



2014

actividades
científicas y de
comunicación

2014

actividades
científicas y de
comunicación



Índice

1. Libros y capítulos de libros	3
1.1. Servicio de Obstetricia	5
1.2. Servicio de Ginecología	10
1.3. Servicio de Medicina de la Reproducción	12
1.4. Servicio de Diagnóstico Ginecológico por Imagen	18
2. Artículos en revistas	19
2.1. Servicio de Obstetricia	24
2.2. Servicio de Ginecología	30
2.3. Servicio de Medicina de la Reproducción	40
2.4. Servicio de Diagnóstico Ginecológico por Imagen	54
3. Ponencias	55
4. Comunicaciones y pósters	67
4.1. Servicio de Obstetricia	73
4.2. Servicio de Ginecología	81
4.3. Servicio de Medicina de la Reproducción	91
4.4. Servicio de Diagnóstico Ginecológico por Imagen	96
5. Tesis doctorales, ensayos clínicos y líneas de investigación	97
5.1. Tesis doctorales	98
5.2. Ensayos clínicos.....	99
5.3. Líneas de investigación	100
6. Actividades de comunicación	102
6.1. Comunicados de prensa	103
6.2. Medios de comunicación	105



1. Libros y capítulos de libros

1.1. Servicio de Obstetricia

1.2. Servicio de Ginecología

1.3. Servicio de Medicina de la Reproducción

1.4. Servicio de Diagnóstico Ginecológico por Imagen

1. Libros y capítulos de libros

La experiencia, el conocimiento y el prestigio de los miembros del Departamento hacen que otras instituciones y/o editoriales soliciten su colaboración para la elaboración de uno o varios capítulos en libros de la especialidad.

En ocasiones la autoría del capítulo es de una sola persona pero es frecuente que participen varios facultativos de la unidad en cuestión, hecho que refleja el trabajo en equipo, una de nuestras principales señas de identidad.

SERVICIO DE OBSTETRICIA

AZUMENDI G, COMAS C. Capítulo: Estudio tridimensional del corazón fetal. En: Cardiología fetal. Editorial Marban. 2014. 103-126.

COMAS C, AZUMENDI G. Capítulo: Evaluación ultrasonográfica precoz del corazón fetal. En: Cardiología fetal. Editorial Marban. 2014. 87-102.

COMAS C, PRATS P. Colaboración en el libro: "3-4D sonographic evaluation of the foetal heart". LAP Lambert Academic Publishing. Germany. 2014.

SERRA B. Protocolos de obstetricia y Medicina Perinatal (5ª edición). Elsevier Masson, 2014.

MELER E, COMAS C. Capítulo: El estudio Doppler en la evaluación de la paciente con un estado hipertensivo del embarazo. En: Tratado de Doppler en Obstetricia. 2014. 143-146.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

PARERA N, SUAREZ M. Capítulo 87: Anticoncepción. En: Tratado de pediatría. 2014. 441-447.

ROS RAHOLA R, PARERA N. Capítulo 88: Embarazo. En: Tratado de pediatría. 2014. 447-453.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ARAN B, VEIGA A. Capítulo 28: Células madre y ovario. En: El óvulo como paciente. Ed. Ascune Hnos. 2014. 347-351.

COHLEN B, TUR R, BUXADERAS R. Capítulo 17: Factors influencing IUI outcome: Ovarian hyperestimations. En: Intra-Uterine Insemination, Evidence-based guidelines for daily practice. CRC Press, 2014. 77-81.

COROLEU B. Capítulo 1: 30 años de reproducción asistida en España.

En: Reproducción humana asistida. Aspectos jurídicos, sociales y psicológicos. Ed. Tirant humanidades, 2014. 29-51.

DEVESA M, COROLEU B. Capítulo 99: Hiporrespuesta sobrevenida. En: Casos clínicos de reproducción asistida e infertilidad. Ed. Panamericana, 2014. 327-329.

GONZALEZ C, BOADA M, DEVESA M, BARRI PN. Capítulo 27: Maduración de ovocitos in Vitro. En: El óvulo como paciente. Ed. Ascune Hnos. 2014. 335-345.

MARTINEZ F. Capítulo 5: Análogos antagonistas de GnRH. En: Manual práctico de farmacoterapia en medicina de la reproducción. Rodríguez-Tabernero, Manzanares y Mendoza. Ed. Panamericana SEF-2014. 57-64.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

PASCUAL MA. Capítulo: Epithelial stromal tumours: serious and mucinous. En: Ovarian neoplasm imaging. Springer Science Business Media New York, 2014. 93-113.

Estudio tridimensional del corazón fetal

G Azumendi Pérez, C Comas Gabriel

INTRODUCCION

La introducción de la ecografía tridimensional (3D) y en cuatro dimensiones (4D) supuso un avance importante en el campo del diagnóstico prenatal, especialmente para ciertos tipos de malformaciones que afectan a la superficie del feto. Sin embargo, su aplicación en ecocardiografía es más compleja, fundamentalmente por la propia dinámica y movimiento del sistema cardiovascular. Existe una modalidad de tecnología tridimensional denominada STIC (*Spatial Temporal Image Correlation*)^{1,2} que ha sido específicamente desarrollada para el estudio ecocardiográfico.

El STIC fue implementado, en el año 2002, en la plataforma Voluson Expert 730 (GE Medical Systems, Kretz Ultrasound, Zipf, Austria). Esta tecnología permite ver, manipular y almacenar digitalmente un volumen (3D) del corazón fetal en modo cine (4D)^{3,4}. Dispone de tres modalidades básicas de imagen, en escala de grises, Doppler color y Power Doppler (Figura 10-1). Cada una de ellas puede mostrarse en dos posibles formatos, multiplanar (planos seccionales perpendiculares entre sí) o renderizado (reconstrucción de superfi-

BASES TÉCNICAS

La tecnología STIC permite la adquisición automática y secuencial de imágenes 2D en un volumen que se almacena digitalmente, efectuando un barrido único a lenta velocidad sobre una área de interés reducida, lo cual permite una alta resolución de imagen (150ir/sg)¹. Es posible optimizar la imagen modificando el tiempo de adquisición (entre 7,5 y 15 segundos, a intervalos de 2,5 segundos) y el ángulo de barrido (de 15 a 40°, a intervalos de 5°). Los pasos a seguir se definen a continuación:

Adquisición automatizada del volumen

Significa que el transductor realiza un barrido único a lenta velocidad, almacenando un volumen único, formado por una serie de imágenes 2D.




Figura 10-1. La tecnología STIC, presenta tres modalidades de imagen, en escala de grises, Doppler Color y Power Doppler.

(A): Modalidad de imagen escala de grises

(B): Modalidad de imagen en escala de grises y Doppler Color.

(C): Modalidad de imagen en escala de grises y Power Doppler.



10 · Estudio tridimensional del corazón fetal

Evaluación ultrasonográfica precoz del corazón fetal



C Comas, G Azumendi



IMPORTANCIA DE LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

Las cardiopatías congénitas (CC) constituyen las malformaciones congénitas severas más frecuentes en el neonato. Afectan aproximadamente al 0.8% de los recién nacidos, siendo aproximadamente la mitad de ellas defectos menores, fácilmente corregibles por cirugía^{1,2}. Sin embargo, la otra mitad son considerados defectos severos que, a pesar de los grandes avances en cirugía cardíaca en las dos últimas décadas, se acompañan de una elevada morbi-mortalidad.

Ante el diagnóstico de una CC en vida fetal hay que considerar que la mortalidad global se acerca al 25-35%, aproximadamente el 60% de ella durante el primer año de vida. Asimismo, las CC son las responsables de más del 50% de la mortalidad infantil debida a anomalías congénitas, así como de un 20-30% de las muertes neonatales, porcentaje que aumenta si consideramos los abortos. Además, la prevalencia de las CC es alrededor de 5-7 veces más frecuente que la de las anomalías cromosómicas y 3-4 veces más que los defectos de tubo neural, dos ejemplos de patologías ante las cuales se han instaurado costosos programas de cribado prenatal poblacional, siendo patologías que no permiten una actuación terapéutica tan efectiva como en el caso de las CC. A su vez, la prevalencia de anomalías cromosómicas en las CC es alta, especialmente en vida fetal y cuando se asocia a otras malformaciones³. Incluso cuando se presenta de forma aislada el riesgo de cromosomopatía alcanza el 15-25%⁴.

El 90% de las CC se presentan en gestantes sin factores de riesgo. Este

hecho condiciona dos elementos de discusión importantes. En primer lugar, implica la necesidad de mejorar nuestra estrategia actual de cribado poblacional, incorporando la evaluación de los trectos de salida al corte convencional de 4 cámaras, experiencia que actualmente ha permitido mejorar nuestras tasas de detección prenatal de CC hasta un 50-70%⁴⁻⁶. Por otro lado, condiciona la necesidad de investigar en la búsqueda de marcadores que se acompañen de un mayor riesgo de CC. En este sentido destaca la asociación de las CC con la translucencia nucal (TN) aumentada^{7,8}, la onda de velocidad de flujo alterada en el estudio Doppler del ductus venoso (DV)^{9,10} o la insuficiencia tricúspide (IT)¹¹ en la semana 11-14 de gestación. Todos estos son marcadores precoces, del primer trimestre de la gestación, transitorios, y que permiten identificar fetos con alto riesgo de tener una CC, por lo que se han incorporado al listado de indicaciones de ecocardiografía fetal.

La identificación de estos marcadores precoces de CC y la progresiva mejora de resolución de la imagen han conducido a intentar adelantar la exploración cardíaca fetal hacia el primer trimestre de la gestación, mediante la ecocardiografía fetal precoz¹¹⁻²³. Como veremos en este capítulo, hoy en día es posible realizar el estudio precoz y detallado del corazón fetal con una alta fiabilidad para comprobar la normalidad y detectar la mayoría de las CC severas.

NUEVOS MARCADORES PRENATALES DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

La TN aumentada es el marcador ecográfico más eficaz y temprano para la



TABLE OF CONTENT

1. Three- and four-dimensional evaluation of the fetal heart: 3
 - Impact of congenital heart diseases: Epidemiology and population at risk: 4
 - Prenatal diagnosis of congenital heart diseases: Current situation: 5
 - History of fetal echocardiography: 8
 - New perspectives in three- and four-dimensional fetal echocardiography: 11
 - Clinical application of three- and four-dimensional sonography in the fetal cardiovascular system: 15
2. Spatio-Temporal Imaging Correlation: a new approach to three- and four-dimensional evaluation of the fetal heart:17
 - Technical bases:17
 - Advantages: 19
 - Limitations: 22
 - Current applications and new perspectives:23
 - Spanish study on Spatio-Temporal Imaging Correlation technology:27
3. References:36
4. Figures:43



Bernat Serra

Josep Mallafré

Protocolos de
**obstetricia
y medicina
perinatal**

del Instituto Universitario
Quirón Dexeus

5.^a edición



El estudio Doppler en la evaluación de la paciente con un estado hipertensivo del embarazo

E. Meier y C. Comas

4.7.1. Introducción

Los estados hipertensivos del embarazo, cuya expresión máxima es la Pre-eclampsia (PE), afectan un 1,5-2% de la población en nuestro medio. La PE es considerada la principal responsable de la morbi-mortalidad materna y perinatal en los países desarrollados¹. El debate etiofisiopatológico sería el déficit de una correcta placentación pero requeriría de una predisposición materna para dar lugar a la extensión sistémica que caracteriza el cuadro clínico de la enfermedad². Existe evidencia científica que correlaciona la alteración del Doppler de las arterias uterinas y la isquemia placentaria secundaria a una mala placentación³.

Como hemos visto en los capítulos anteriores, el estudio Doppler de las arterias uterinas ha demostrado ser útil para la predicción de PE cuando es utilizado en el primer trimestre de la gestación junto a otros parámetros como los marcadores bioquímicos (Pregnancy-Associated Plasma Protein A (PAPP-A), Gonadotropina Coriónica (BHCG) y Placental Growth Factor (PIGF)) y las características maternas tanto desde el punto de vista epidemiológico como clínico. Debemos destacar, no obstante, que esta estrategia predictiva presenta muy buenos resultados para la predicción de PE precoz y muy sub-óptimos para la predicción de la PE de instauración más allá de las 34 semanas⁴. Dado que la prevalencia de esta última es hasta 4 veces más frecuente⁵ y la morbi-mortalidad materna y fetal asociada no es despreciable⁶, parece necesario encontrar una herramienta de cribado que permita identificar en el tercer trimestre aquellas pacientes con mayor riesgo y poder ofrecerles un seguimiento intensivo para establecer un diagnóstico precoz y programar la finalización de la gestación en función de los hallazgos. En este sentido veremos cómo el estudio Doppler de la arteria uterina en el tercer trimestre puede ayudarnos en la predicción de la PE, principalmente de la PE tardía.

La definición clásica de PE incluye la presencia de hipertensión y proteinuria de nueva aparición más allá de las 20 semanas⁷, criterios poco específicos y a veces ausentes como pasa en la PE de manifestación atípica pudiendo conducir a un mal diagnóstico de la misma y por tanto una demora en el manejo y tratamiento o a un falso positivo con la morbilidad que implicaría una finalización precoz de la gestación⁸. Sabemos que hasta el 10% de las PE se manifiestan sin proteinuria y un 5% sin hipertensión⁹. Además, en aquellas pacientes con alguna patología de base como la hipertensión arterial crónica, el diagnóstico de PE según la definición de la International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP) no es siempre evidente. En este capítulo intentaremos analizar también como el estudio Doppler de las arterias uterinas puede ayudarnos en el diagnóstico de la misma.

Los criterios clásicos que definen la PE severa son cada vez más cuestionados ya que no se correlacionan adecuadamente con los resultados maternos y perinatales. Un manejo expectante de la PE precoz ha demostrado disminuir la tasa de ingreso en UCI neonatal y el distres neonatal¹⁰ pero para ello deberemos identificar de forma adecuada a aquellas pacientes que con mayor riesgo elevan de complicaciones y que por lo tanto no pueden optar al manejo expectante. Del mismo modo, un manejo ambulatorio podrá ser ofrecido a aquellas pacientes con PE moderada, sin criterios de severidad¹¹. Para esto será imprescindible encontrar nuevas herramientas para identificar aquellas pacientes con alto riesgo de complicaciones y que permitan además el seguimiento materno y fetal. Venimos como el Doppler gracias al estudio de la unidad fetoplacentaria puede ayudar en el manejo de estas gestaciones aportando valor pronóstico a las mismas. Además en aquellos casos que esté presente de forma concomitante un retraso de crecimiento intrauterino, mucho más frecuentemente asociado a la PE precoz, el estudio Doppler resultará imprescindible en el manejo del mismo.

CAPÍTULO 87

Anticoncepción

N. Parera Junyent y M. Suárez Mayor

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia constituye un problema de salud sexual y reproductiva, dado que la mayoría de las gestaciones que se producen en esta época de la vida son no planificadas o no deseadas.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, en el año 2010 la tasa de embarazos en mujeres de 15 a 19 años en España fue de 23,36 ‰. La proporción de abortos sobre embarazos fue del 54,52 ‰. En el mismo año 2010 se produjeron 25.904 embarazos y 14.122 abortos. La gran mayoría de estos embarazos fueron considerados no planificados o no deseados.

Aunque las cifras de embarazos en adolescentes en España son inferiores a las de otros países (p. ej., en Estados Unidos se trata de un grave problema de salud pública), una anticoncepción adecuada y segura es de gran importancia en este período de la vida.

El adolescente se encuentra en un período de desarrollo psicosocial, con muchos cambios progresivos. Las relaciones interpersonales se vuelven más complejas, y se abren paso al descubrimiento de las otras personas como objeto de amor y de deseo, y a las primeras relaciones sexuales compartidas.

La educación sexual adquiere especial importancia, e incluye el aprendizaje de la anticoncepción. Aunque la familia, la escuela, los amigos, la pareja (si la hay) y los medios de comunicación puedan influir en la educación sexual, el personal sanitario puede tener un importante papel en el asesoramiento anticonceptivo a los jóvenes. Los profesionales sanitarios pueden promover la educación sanitaria preventiva y ayudar a contrarrestar las influencias negativas sociales, culturales y de género, para que los jóvenes se respeten a sí mismos y puedan tomar decisiones saludables e informadas respecto a los diferentes métodos anticonceptivos. En el caso particular del pediatra, éste tiene un importante papel en el cuidado de la salud, dada su frecuente relación con los adolescentes y sus familias a lo largo del crecimiento, y puede ayudarles a tomar decisiones saludables respecto a su sexualidad. La discusión sobre temas de salud sexual y reproductiva debe incluir el tema de la abstinencia. La recomendación de posponer el inicio de las relaciones coitales hasta que la persona se sienta preparada, el asesoramiento sobre una anticoncepción adecuada y la protección frente a las infecciones y enfermedades de transmisión sexual.

EPIDEMIOLOGÍA

Según una encuesta reciente publicada por Serrano et al., el 62,3 ‰ de las jóvenes y el 66,7 ‰ de los jóvenes españoles de 15 a 19 años usan algún método anticonceptivo. Los más empleados son el preservativo (el 45,1 ‰ de las mujeres y el 61,6 ‰ de los varones) y los anticonceptivos orales (el 10 ‰ de las mujeres y el 3,7 ‰ de parejas de los varones). Usan el

doble método el 3,3 ‰ de las mujeres y el 0,2 ‰ de los varones. Los otros métodos (anillo vaginal, parche transdérmico, interrupción del coito) se emplean en porcentajes inferiores al 2 ‰.

CONSULTA DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

El personal sanitario que atiende a adolescentes debe tener interés por ellos, sentir empatía. Ha de tener una mentalidad abierta, sin prejuicios religiosos, morales o éticos. Las opiniones del profesional han de estar basadas en la evidencia científica, no en la ideología. Hay que escuchar a los jóvenes, sin juzgarlos.

La consulta de anticoncepción en la adolescencia debe ser confidencial. Si el o la adolescente cuenta con el apoyo de sus padres, también se puede hablar con ellos, ya que una buena relación con ellos ayudará a un mejor cumplimiento de la anticoncepción. Si los adolescentes tienen una pareja comprometida con la salud sexual y reproductiva, su implicación también puede ser de ayuda.

Para comunicarse con los adolescentes es recomendable evitar el argot médico y ser específico. Es importante aclarar conceptos, pues en muchas ocasiones pueden no haber recibido información o haberla recibido de manera incorrecta, basada en falsos mitos y creencias.

CONSEJO ANTICONCEPTIVO EN LA ADOLESCENCIA

Los profesionales han de explicar ventajas e inconvenientes, pero los jóvenes deben decidir, y así se favorece el buen uso y la adhesión al método anticonceptivo. Es conveniente explicar otros métodos disponibles para que los conozcan. Hay que asesorar sobre las prácticas sexuales: de las más seguras a las de más riesgo. En todos los casos y aunque se quiera utilizar otro método para evitar el embarazo, el profesional tiene que enseñar a practicar habilidades para el buen uso y para la negociación del preservativo, ya que es el único método que protege frente a las infecciones de transmisión sexual. También es necesario ofrecer información correcta sobre la anticoncepción de urgencia e informar de los lugares donde se puede conseguir.

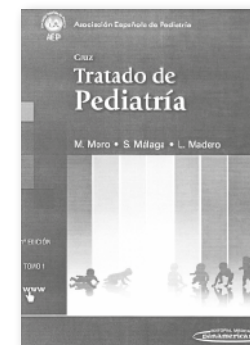
El asesoramiento anticonceptivo en la adolescencia debe considerar una serie de factores (Tabla 87-1):

- Personales: edad, madurez física y psicológica, conocimiento de las necesidades de la adolescentes o de la pareja (frecuencia de relaciones sexuales, estabilidad o no de pareja y riesgo de contagio de las infecciones de transmisión sexual), grado de participación de la pareja, valores y creencias, entorno familiar y social (grupo de iguales), estado de salud (descartar contraindicaciones), nivel educacional y percepción individual de los riesgos asociados al uso de anticoncepción.
- De los métodos anticonceptivos: eficacia (teórica y de uso), seguridad (repercusión negativa en la salud y en el desarrollo), complejidad de uso, accesibilidad, coste económico, relación con el coito y reversibilidad.

Podría definirse el método anticonceptivo ideal en la adolescencia como aquel método o métodos que les permita vivir libremente su sexualidad y les proporcione una alta protección frente al embarazo y las infecciones de transmisión sexual (Tabla 87-2). La legislación y la jurisprudencia española reconocen la plena titularidad de derechos de los menores y

VI

441



Whitaker AK, Dude AM, Neustadt A, Gilliam ML. Correlates of use of long-acting reversible methods of contraception among adolescent and young adult women. *Contraception* 2010; 81: 299-303.

Whitaker AK, Gilliam M. Contraceptive care for adolescents. *Clin Obstet Gynecol* 2008; 51: 268-80.
Williams RL, Fortenberry JD. Update on adolescent condom use. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2011; 23: 350-4.

CAPÍTULO 88

Embarazo

R. Ros Rahola y N. Parera Junyent

INTRODUCCIÓN

El embarazo que se produce en la adolescente entre los 14 y 19 años se considera no planificado o no deseado en casi el 95 % de los casos. Ello supone un impacto negativo para la joven en todos los aspectos vitales del momento: físicos, emocionales, económicos y sociales. También supone efectos negativos, psicosociales y personales, en los futuros niños y en las familias.

Son diversos los factores que se describen como influyentes en el embarazo adolescente, aunque hace tiempo que los expertos en salud sexual y reproductiva lo relacionan directamente con los problemas y dificultades socioeconómicas del país de origen y de sus familias. Su prevalencia suele utilizarse como indicador epidemiológico de situación.

El comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes y su riesgo frente al embarazo no deseado, las infecciones de transmisión sexual y el riesgo de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida se asociaban a menudo al uso de alcohol y otras drogas, pero desde hace unos años preocupan otros factores. Entre ellos cabe mencionar los cambios sustanciales del entorno social y familiar en el que se encuentran y crecen algunos adolescentes. Al mismo tiempo, se observa un exceso de información sin filtrar que reciben desde diferentes fuentes, a menudo heterogénea, contradictoria y poco instructiva, que les puede inducir a adoptar hábitos sexuales poco saludables.

Otra consideración es la de los adolescentes que viven en entornos desfavorecidos. Estos suelen actuar más y mantienen relaciones sexuales desprotegidas y de riesgo con mayor frecuencia.

El profesional de la salud que quiera atender correctamente a los adolescentes tiene que conocer, comprender y asumir el concepto de salud integral del adolescente.

El acompañamiento y la ayuda profesional durante la etapa evolutiva del adolescente equivalen a potenciar sus capacidades y aptitudes, favoreciendo una buena gestión del impulso sexual y de sus conductas y propiciando la prevención.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Conocer algunos datos epidemiológicos de España ayuda a situar las conductas relacionadas con la expresión de la sexualidad, sus riesgos y sus consecuencias desde la objetividad, sin olvidar la relatividad de las cifras.

Como ya se ha mencionado en el capítulo 87, según datos del Instituto Nacional de Estadística, del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, en 2010 la tasa de embarazo en mujeres de 15 a 19 años en España fue de 23,36 ‰. La proporción de abortos sobre embarazos fue del 54,52 ‰. En el mismo año 2010 se produjeron 25.904 embarazos y 14.122 abortos.

Es importante mencionar que muchos de los adolescentes procedentes de otros orígenes culturales mantienen relaciones sexuales con mayor frecuencia y sin protección, e inician sus relaciones sexuales a edades más tempranas. Podrían ser muchos los factores que intervienen en esta conducta, entre ellos su situación de vulnerabilidad social y económica por su condición de inmigrantes, aunque el peso más importante quizás estaría en sus hábitos y costumbres según la cultura de origen. En especial las comunidades de América Latina y Europa del este han colaborado en el aumento del número total de embarazos, en el porcentaje de abortos (casi la mitad del total) y en el número de nacidos vivos en nuestro país.

En el año 2006, el Centro de Investigaciones Sociológicas del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), en colaboración con la Fundación Española de Contracepción (FEC), realizó una encuesta a 9.737 mujeres españolas para conocer la influencia del embarazo en la biografía futura de la adolescente. Los resultados informaron de un adelanto en la edad de inicio de las relaciones sexuales al comparar a las mujeres nacidas antes de 1945 en comparación con las nacidas entre 1976 y 1980. Menos del 20 % del primer grupo tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años, y en el segundo grupo eran más del 80 %. Entre las mujeres que fueron madres en su etapa adolescente, se observaba un menor uso de anticoncepción en la primera relación coital (37,8 % frente al 80,8 %). Estas madres adolescentes eran, en general, solteras no emancipadas, procedían de hogares con mayor número de hijos y tenían mayor número de hijos, mayor abandono de los estudios y menor actividad profesional; tardaban más en incorporarse al mercado laboral y tenían trabajos más inestables y mayor riesgo de separación o divorcio. Todo ello supone una situación social desfavorecida para estas mujeres.

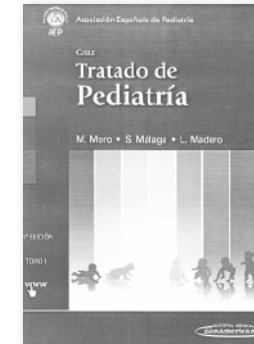
ASPECTOS GENERALES DE LA ADOLESCENCIA EN RELACIÓN CON EL EMBARAZO

Además de las características personales y las de la adolescencia, muchos de los factores presentes en las sociedades actuales (biológicos, psicológicos y sociales) han contribuido a modificar los hábitos sexuales de los jóvenes y, con ello, los riesgos a que se ven expuestos en relación con la salud afectivo-sexual y reproductiva.

Entre estos factores más actuales, no deben olvidarse los cambios en la estructura familiar, el exceso de permisividad y la disminución o la pérdida en el acompañamiento y soporte de los adultos de referencia durante esta etapa tan importante. Es probable que en la sociedad actual sea más complicado

VI

447



CÉLULAS MADRE Y OVARIO

Begoña Aran Corbella
Anna Veiga Lluch

INTRODUCCIÓN

DESARROLLO EMBRIONARIO Y CÉLULAS MADRE

El desarrollo embrionario en los mamíferos empieza en el momento en que el embrión totipotente es capaz de dar lugar a todos los tipos celulares especializados que conformarán el organismo adulto. Por lo tanto, el término totipotencia hace referencia a la capacidad que tiene una célula de dividirse y dar lugar a todos los tipos celulares que se encuentran en el organismo, teniendo en cuenta también los tejidos extraembrionarios (placenta y corion). El desarrollo embrionario en el ser humano comienza en el momento en que el óvulo es fecundado por el espermatozoide dando lugar al cigoto, única célula totipotente, ya que es la única célula con el potencial para dar lugar a un embrión que contendrá todos los tipos celulares que formarán un ser vivo.

A diferencia de las células totipotentes, una célula madre pluripotente (CMP) puede dar lugar a cualquiera de los más de 200 tipos celulares fetales o adultos, pero no a un organismo entero. Una célula madre multipotente (CMM) puede dar lugar únicamente a varios tipos celulares correspondientes al tejido donde reside o a tejidos similares. Las células madre (CM) son células indiferenciadas (no especializadas) que se caracterizan por dos propiedades clave: la primera es su capacidad de autorrenovación

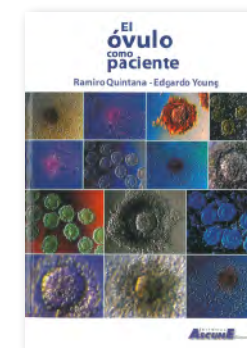
con un potencial proliferativo indefinido; y la segunda, la capacidad de diferenciación a otros tipos celulares especializados.

Según su origen, las CM pueden clasificarse en embrionarias, adultas o fetales. Las CM embrionarias (CME) son pluripotentes y se encuentran en la masa celular interna del blastocisto (embrión en estadio de 5-6 días). Las CM adultas (CMA) se encuentran en tejidos y órganos adultos y pueden diferenciarse a células especializadas propias de dicho tejido u órgano. Normalmente son multipotentes y su frecuencia y capacidad de proliferación es baja. Un ejemplo sería las CM hematopoyéticas que dan lugar a todos los tipos celulares sanguíneos. Las CM fetales (CMF) se encuentran en el cordón umbilical y otros tejidos fetales.

En los últimos años, mediante una nueva metodología llamada reprogramación nuclear, se ha logrado obtener un nuevo tipo de CM, llamadas CM de pluripotencia inducida (o IPS), a partir de células totalmente diferenciadas.

OVARIO Y CÉLULAS MADRE

Algunos aspectos fundamentales del desarrollo embrionario y posnatal siguen siendo, aún actualmente, en cierto modo desconocidos. El ovario es un órgano dinámico y regenerativo durante toda la vida reproductiva de los mamíferos. En la mujer, con cada ciclo menstrual ocurren cambios sustanciales en el tejido ovárico que requieren una reposición y



17

Factors Influencing IUI Outcome: Ovarian Hyperstimulation

Ben Cohen, Rosa Tur, and Rosario Buxaderas

Introduction

The rationale behind intra-uterine insemination (IUI) is increasing the number of available motile spermatozoa at the site of fertilization. In addition to increasing the number of spermatozoa, one can also increase the number of available oocytes by applying ovarian hyperstimulation. With the use of hyperstimulation one might also overcome subtle cycle disturbances, and increase the accuracy of timing of the insemination. On the other hand, applying hyperstimulation increases the probability of achieving multiple pregnancies. Therefore, ovarian hyperstimulation in IUI programs should be applied when proven effective only. One should make a distinction between ovarian hyperstimulation (striving after multi-follicular development) and ovulation induction for women with anovulation (striving after mono-follicular development and ovulation). This chapter will focus on the indications for IUI in combination with (mild) ovarian hyperstimulation, its methods, and risks.

Overview of Existing Evidence

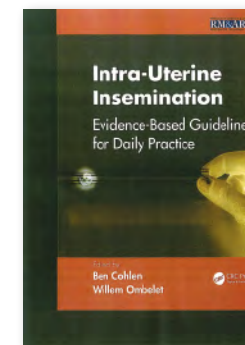
As stated in Chapter 4, IUI in combination with (mild) ovarian hyperstimulation has been proven effective in couples with unexplained subfertility (LOE 1a), with minimal to mild endometriosis (LOE 1b), and mild male subfertility defined as an average (total) motile sperm count above 10 million (LOE 1b). In couples with a cervical factor or moderate male subfertility the addition of ovarian hyperstimulation has been proven ineffective (LOE 1b and 1a).

The goal of ovarian hyperstimulation should be the development of two to three dominant follicles (LOE 1a).¹ This strategy, however, increases the risk of achieving a multiple pregnancy. The line drawn between maximizing the probability of conception and the unacceptable high percentages of multiple pregnancy rates is thin.

Several drugs are available to achieve ovarian hyperstimulation. Probably the oldest one is clomiphene citrate (CC) in dosages of 50–150 mg per day for 5 days starting early in the cycle. Being an oral drug and relatively cheap, it is a popular option, easy to apply, although side effects, such as hot flushes and headaches are present. Being an anti-estrogen, one should be aware of its negative action on the endometrium. This might explain the observed lower pregnancy rates with CC compared with other drugs.² Furthermore, the use of CC for ovarian hyperstimulation does not prevent the occurrence of multiple pregnancies.¹ Tamoxifen might also be chosen instead of CC. Although tamoxifen might have a less negative effect on the endometrium, compared with CC, it does not seem to further improve pregnancy rates significantly (LOE 1b).

In addition to CC, gonadotrophins are applied frequently. These drugs are more expensive, invasive, and potent compared with CC. A meta-analysis clearly shows gonadotrophins to be more effective compared with CC (Figure 17.1) (LOE 1a).³ Different types of gonadotrophins are available but a meta-analysis of

27



Capítulo 1 30 años de Reproducción Asistida en España

Buenaventura Coroleu Lletget
Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona

I. INTRODUCCIÓN

Cuando los editores de este libro me plantearon que participara con la redacción de este capítulo, pensé que sería una gran oportunidad para explicar mi punto de vista de esta etapa tan fascinante de nuestra especialidad. Lógicamente he tenido la suerte de participar en momentos muy importantes; muchos de los logros e hitos conseguidos en España pasan por la vida de mi casa, el Institut Universitari Dexeus. Esta circunstancia, que podría suponer una ventaja en el redactado, ha sido la losa más importante en el momento de ponerme delante del ordenador. Espero que lo plasmado en estas páginas sea valorado con objetividad y que nadie interprete una intención de olvido si hay cosas que han quedado en el tintero.

Si analizamos los 30 años últimos de la Reproducción Asistida debemos considerar que esta frontera se inicia con los años previos al nacimiento del primer niño en nuestro país (en este caso niña) conseguido por Fecundación In Vitro; por ello todos los apartados de este capítulo irán de la mano de esta técnica y de sus variantes. Lógicamente también haremos mención de otras circunstancias alrededor de la FIV que considero fundamentales para entender estos 30 magníficos años de nuestra vida.

II. COMIENZOS DE UNA NUEVA TÉCNICA: LA FECUNDACIÓN IN VITRO

II.1. *Los inicios de la FIV en el mundo*

La Fecundación In Vitro (FIV) empieza su andadura a nivel mundial con los primeros trabajos aparecidos en los años 60s. Debemos recor-



Capítulo 99 Hiporrespuesta sobrevenida

M. Devesa, B. Coraleu

Mujer de 36 años de edad, con menarquia a los 12 años, ciclos regulares cada 28 días, IMC de 24 con esterilidad primaria de origen desconocido de 2 años de evolución. Tras 3 ciclos de IAC fallidos, acude con su pareja a la consulta para valorar la conducta a seguir, aportando las siguientes pruebas: FSH basal de 8 mUI/mL, estradiol basal de 60 pg/mL, recuento de folículos antrales (RFA) 9 folículos, histerosalpingografía y seminograma normales.

Se le plantea la realización de un ciclo de FIV con agonistas de la GnRH (protocolo largo) y estimulación con FSH recombinante (225 UI/día) los primeros 5 días.

El control del 6º día de estimulación muestra un estradiol < 50 mUI/mL y 3 folículos < 10 mm en total. Ante esta respuesta se decide aumentar la dosis a 300 UI/día de FSH recombinante. Tras 10 días de estimulación, el estradiol es de 290 y sólo se observan 3 folículos > 10 mm (1 de 12 mm y 2 de 11 mm).

¿Cómo calificaríamos esta respuesta?

Baja respuesta o hiporrespuesta.

¿Con qué frecuencia hay baja respuesta en los ciclos de FIV?

Se estima que un 5-18% de los ciclos se complican con baja respuesta al tratamiento de estimulación ovárica, siendo más frecuente en pacientes de edad avanzada, debido al descenso de la reserva ovárica ligado a la edad (> 50% en mayores de 40 años).

Teniendo en cuenta los datos de reserva ovárica que aporta la paciente, ¿era esperable esta respuesta?

La respuesta no era esperable, pues la paciente tiene una analítica hormonal basal y un RFA dentro de los límites de la normalidad. No obstante, los puntos de corte de normalidad establecidos para estos parámetros (FSH, RFA) son fijos, independientemente de la edad. Es importante tener en cuenta que existe un declive cuantitativo y cualitativo del funcionamiento ovárico, sobre todo, relacionado con la edad y, probablemente, sería más exacto estudiar la reserva ovárica de una paciente comparando sus datos con los de un nomograma por edad para cada parámetro.

El estudio correcto de la reserva ovárica es determinante para optimizar el tratamiento de estimulación y minimizar los riesgos de hiporrespuesta o hiperrespuesta inesperadas. No obstante, estas respuestas anómalas pueden ocurrir en algunas ocasiones.

¿A qué se puede deber una hiporrespuesta inesperada?

Se han descrito múltiples factores que podrían estar relacionados con una hiporrespuesta inesperada. Algunos de ellos son la infradosificación (de ahí la importancia de

conocer el IMC), los polimorfismos del gen del receptor de la FSH, la disminución del número de receptores de FSH en las células de la granulosa y la presencia de anticuerpos anti-FSH. Ante una hiporrespuesta sobrevenida debemos verificar siempre con la paciente que la administración de la medicación sea correcta.

¿Tendría sentido en estos casos incrementar la dosis de tratamiento?

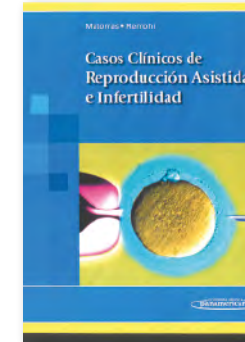
Diversos estudios realizados en pacientes con baja reserva ovárica no han logrado demostrar que las dosis de gonadotropinas superiores a 300 UI/día aporten beneficios adicionales. No obstante, las pacientes con una reserva ovárica adecuada que, generalmente, inician la estimulación con menos dosis, sí que parecen beneficiarse de incrementos de dosis o prolongaciones del tratamiento.

¿En estos casos es necesario añadir el efecto LH en la estimulación ovárica?

La adición de actividad LH no ha demostrado aportar beneficios adicionales en las tasas de embarazo en la población general, independientemente del tipo de análogo de GnRH utilizado. En pacientes con baja reserva y baja respuesta ovárica tampoco parece haber un beneficio adicional. Sin embargo, algunos autores han demostrado ventajas en casos en los que la respuesta inicial a la monoterapia con FSH recombinante fue baja o inadecuada a pesar de tener una reserva ovárica normal.

En el caso que se presenta, ante la perspectiva de poder recuperar como máximo 3 ovocitos maduros, a expensas de haber incrementado la dosis de tratamiento y de prolongar su duración, ¿cancelaríamos el ciclo?

Efectivamente, la cancelación es una alternativa válida ante una paciente que, con reserva ovárica normal, presenta una



MADURACIÓN DE OVOCITOS IN VITRO

Clara González
Montserrat Boada
Marta Devesa
Pedro N. Barri

INTRODUCCIÓN

El estudio de la maduración ovocitaria ha sido clave para el desarrollo de las técnicas de reproducción asistida y más concretamente, de la fecundación in vitro (FIV). El conocimiento del tiempo promedio requerido por los ovocitos inmaduros para completar su maduración nuclear y citoplasmática es de vital importancia ya que condiciona el momento de la inseminación para lograr un correcto desarrollo embrionario.

Ya en 1935, Pincus y Enzmann publicaron los primeros trabajos sobre la maduración in vitro de ovocitos (MIV) de conejo tras ser cultivados durante 12 h fuera de su ambiente folicular¹. Pocos años más tarde, Pincus y Saunders iniciaron los estudios en la especie humana² y fue Edwards, en 1965, quien determinó el tiempo necesario para la MIV de los ovocitos humanos³.

El primer nacimiento tras MIV de ovocitos humanos fue descrito por Veeck y cols. en 1983. En este caso, los ovocitos madurados provenían de un ciclo de FIV convencional con estimulación ovárica⁴.

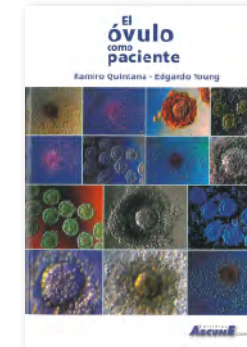
El primer embarazo en un ciclo no estimulado tras MIV de ovocitos humanos fue reportado en 1991 por Cha y cols. Cinco embriones provenientes de ovocitos inmaduros de donantes que no habían recibido estimulación ovárica fueron transferidos a una receptora y como resultado, nacieron tres niñas sanas. Este grupo sugirió que la maduración MIV de ovocitos procedentes

de ciclos no estimulados podría constituir una opción para tener en cuenta en los programas de FIV y de donación de ovocitos⁵.

FOLICULOGÉNESIS IN VIVO

Se conoce por foliculogénesis al proceso mediante el cual los folículos primordiales crecen y se diferencian hasta folículo preovulatorio o folículo de Graaf. En la pubertad, los pulsos hormona foliculo estimulante (FSH) activan el crecimiento de los folículos primordiales. Las células somáticas que rodean al ovocito se hacen cuboidales e incrementan su actividad proliferativa, formando la granulosa. A partir de este momento al folículo primordial se le denomina folículo primario.

Cuando el folículo primario alcanza un diámetro de 200-250 μm y se incrementan las capas de células de la granulosa, se denomina folículo secundario⁶. Las células del estroma ovárico circundantes a la membrana basal se diferencian y son denominadas células de la teca interna, mientras que las más alejadas reciben el nombre de teca externa. Las uniones intercelulares tipo *gap junction* existentes entre las células de la granulosa y el ovocito facilitan la comunicación bidireccional y permiten el paso de nutrientes, precursores metabólicos y factores de crecimiento. El ovocito va incrementando su tamaño y secreta las glicoproteínas indispensables para la formación de la zona pelúcida. Los receptores para la FSH se expresan en las células de la granulosa mientras que



6 ANÁLOGOS ANTAGONISTAS DEL FACTOR LIBERADOR DE GONADOTROPINAS

F. Martínez

Puntos clave

- Los antagonistas son útiles para evitar el aumento no deseado de hormona luteinizante (LH) endógena en cualquier momento de la fase folicular y para inducir luteólisis rápida, lo que permite una gran variedad de aplicaciones.
- Permiten realizar la estimulación ovárica con gonadotropinas, y también con citrato de clomifeno o inhibidores de la aromataasa, al conservar intacta la hipófisis.
- Comparados con el protocolo largo, en los ciclos de fecundación *in vitro* (FIV) estimulados bajo supresión con antagonistas, la dosis total de gonadotropinas utilizada y la duración del tratamiento de estimulación son menores y se ha observado una menor incidencia de síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO).
- La tasa de embarazo no es significativamente diferente.
- Por su mecanismo de acción, permiten realizar la descarga preovulatoria con un bolo de agonista de GnRH para evitar el riesgo de SHO.

INTRODUCCIÓN

Los antagonistas de GnRH son péptidos sintéticos que se unen con mayor afinidad al receptor de GnRH, bloqueándolo de manera inmediata y persistente. Por el bloqueo competitivo de los receptores se impide que la GnRH nativa induzca la liberación de FSH y LH, por lo que tras su administración se produce una rápida supresión de la secreción endógena de gonadotropinas, sin efecto de *flare up* ni hipoestronismo, que revierte rápidamente, a diferencia de los agonistas de GnRH.

FARMACOLOGÍA

Actualmente se encuentran comercializados el cetrorelix y el ganirelix, aunque se han estudiado más antagonistas de GnRH. Tras su adminis-





Epithelial Stromal Tumors: Serous and Mucinous (Clinical Setting and Ultrasound)

María Ángela Pascual

Abstract

Benign serous and mucinous tumors of the ovary are mostly cystic and are derived from the epithelium and stroma of the surface, often without evidence of hormonal activity or clinical manifestations, and are often discovered incidentally during the course of routine gynecological or abdominal scans performed for other reasons. They can occur at any age, and if there are clinical manifestations, they are usually due to size. They can be large and although less frequent can cause twisting, bleeding, or rupturing of the cyst. This is manifested by acute pain. Excellent definition provided by transvaginal ultrasound with color Doppler can allow a diagnosis of these types of cysts. Based on microscopic descriptions provided by pathologists and the correlation of both the morphological sonographic findings as well as those derived from the vascularization of the cyst studied, the diagnosis can be made. The contribution of three-dimensional sonography allows diagnosis of these types of cysts based primarily on the fact that it allows for more of an anatomical view of the structure to be studied, both from a morphologic and a vascular point of view.

Keywords

Epithelial stromal tumor • Serous stromal tumor • Mucinous stromal tumor • Imaging • Ultrasound

Introduction

Mature ovaries measure from 2 to 4.5 cm in length by 0.5 to 1.5 cm in width. They can weigh between 5 and 10 g and are connected to the rest of the pelvis via the mesovarium.

Broadly, the ovary is composed of two main areas: cortical and medullary.

The cortical, or peripheral, area accounts for about one-quarter of the ovarian volume. In the stroma there are ovarian follicles in various stages of development. This cortical area is, essentially, the functional region of the ovary, where

two types of phenomena play out: the hormonal secretion of progesterone and estrogen and ovulation.

The surface of the ovary is almost always coated by simple cuboidal epithelia, the only epithelial element of the gland.

The spinal cord is the central area, rich in blood and lymphatic vessels, immersed in low-density stroma, ensuring vascularization of the cortical layer. There aren't any follicles in the medullary zone.

The ovarian hilum is the zone where blood vessels penetrate into the gland. At the hilum level, the peritoneum replaces the inconsistent cuboidal epithelia of the ovarian lining.

Thus, the ovary contains several cell types:

- Epithelial tissue: cubic epithelial lining
- Connective tissues: ovarian stroma
- Germ cells: intrafollicular oocytes
- Follicular cells: cells of the theca and granulosa

M.A. Pascual, MD, PhD
Gynecologic Imaging Service, Department of Obstetrics,
Gynecology and Reproduction, Institut Universitari Dexeus,
Granvia Cuatro 41, 71, 75, Barcelona 08028, Spain
e-mail: mpascua@dexeus.com

L. Saba et al. (eds.), *Ovarian Neoplasm Imaging*,
DOI 10.1007/978-1-4614-8683-6_5 © Springer Science+Business Media New York 2013



2. Artículos en revistas

2.1. Servicio de Obstetricia

2.2. Servicio de Ginecología

2.3. Servicio de Medicina de la Reproducción

2.4. Servicio de Diagnóstico Ginecológico por Imagen

2. Artículos en revistas

El Departamento apoya todas las iniciativas de edición de publicaciones que avalen su acción en la promoción de la salud de la mujer, pero al mismo tiempo da un soporte decidido a los facultativos del Departamento para impulsar la publicación en revistas del más alto impacto en la comunidad científica.

Dicho soporte se concreta en la facilitación del planteamiento metodológico adecuado por la Unidad de Epidemiología, la revisión interna por los respectivos responsables de Investigación para cada línea y la traducción adecuada y correcta en el caso de ser necesaria.

SERVICIO DE OBSTETRICIA

COMAS C, ECHEVARRIA M, RODRIGUEZ MA, RODRIGUEZ I, SABRIA J. Control de calidad en el cribado prenatal de aneuploidias. Rev. Latin. Perinat. 2014; 17 (1): 12-20.

COMAS C, ECHEVARRIA M, RODRIGUEZ I, SERRA B, CIRIGLIANO V. Prenatal invasive testing: a 13-year single institution experience. J Mat Fetal Med, 2014; 27 (12): 1209-1212.

COMAS C, ECHEVARRIA M, RODRIGUEZ MA, PRATS P, RODRIGUEZ I, SERRA B. Initial experience with non-invasive prenatal testing of cell-free DNA for major chromosomal anomalies in a clinical setting. J Mat Fetal Med, 2014. Early online: 1-6.

COMAS C, PLAJA A. Editorial del primer número semestral de la Revista

Diagnostico Prenatal. Diagnostico Prenatal, 2014; 25 (1): 2.

COMAS C, PLAJA A. Editorial del segundo número semestral de la Revista Diagnostico Prenatal. Diagnostico Prenatal, 2014; 25 (2): 34.

CROVETTO F, CRISPI F, SCAZZOCCHIO E, MERCADE I, MELER E, FIGUERAS F, GRATACOS E. First-trimester screening for early and late small-for-gestational-age neonates using maternal serum biochemistry blood pressure and uterine artery Doppler. Ultrasound Obstet Gynecol, 2014 ; 43 (1): 34-40.

ECHEVARRIA M, COMAS C, RODRIGUEZ MA, RODRIGUEZ I, SERRA B. Initial experience of non-invasive prenatal testing with cell-free DNA: comparison between Panorama and Harmony. Ultrasound Obstet Gynecol. 2014; 44 (1): 70.

ECHEVARRIA M, MUÑOZ A. ¿Cuál es tu diagnóstico? Caso icnográfico num. 16. Lipoma de cuerpo calloso. Diagnostico Prenatal, 2014; 25 31-32.

MELER E, SCAZZOCCHIO E, PEQUERO A, TRIUNFO S, GRATACOS E, FIGUERAS F. Role of maternal plasma levels of placental growth factor for the prediction of maternal complic in preeclampsia according to the gestational age at onset. Prenatal Diagnosis. 2014; 34 (7): 706-710.

PRATS P, RODRIGUEZ I, COMAS C, PUERTO B. Systemic review of screening for trisomy 21 in twin pregnancies in first trimester combining nuchal translucency and first trimester biochemical markers: a meta-analysis. Prenat Diagn, 2014; DOI:10.1002/pd.4431 (online).

RODRIGUEZ MA, PRATS P, MUÑOZ A, RODRIGUEZ I, COMAS C. Sonographic evaluation of the fetal conus medullaris. Prenatal Diagnosis, 2014; 34 1111-1114.

RODRIGUEZ MA, PRATS P, RODRIGUEZ I, CUSI V, COMAS C. Concordance between prenatal ultrasound and autopsy findings in a tertiary center. Prenatal Diagnosis, 2014; 34 1-6.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

ALONSO ALCONADA L, MUINELO-ROMAY L, MADISSON K, DIAZ-LOPEZ A, KRAKSTAD C, TROVIK J, WIK E, HAPANGAMA D, COENEGRACHTS L, CANO A, GIL-MORENO A, CHIVA L, CUEVA J, VIEITO M, ORTEGA E, MARISCAL J, COLAS E, CASTELLVI J, CUSIDO MT, ET AL. Molecular profiling of circulating tumour cells links plasticity to the metastasis process in endometrial cancer. Molecular cancer, 2014; 13: 223.

BAULIES S, CUSIDO MT, TRESSERRA F, RODRIGUEZ I, UBEDA BELEN, ARA C, FABREGAS R. Cáncer de mama asociado al embarazo: estudio analítico observacional. Med Clin, 2014; 141 (5): 200-204.

BAULIES S, DEVESA M, CUSIDO MT, FARGAS FR, ARA C, COROLEU B, FABREGAS R. Fertility preservation in breast cancer: an oncological view. Medicine de la Reproduction Gynec Endoc, 2014; 16 (4): 233-238.

BERNET L, PIÑERO A, VIDAL-SICART S, PEG V, GIMENEZ J, ALGARA M, DUEÑAS B, TRESSERRA F, CANO R, CORDERO JM. Consenso sobre la biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama. Revisión 2013 de la SESPM. Rev Senol Patol Mamar, 2014; 47: 22-32.

BERNET L, PIÑERO A, VIDAL-SICART S, PEG V, GIMENEZ J, ALGARA M, DUEÑAS B, TRESSERRA F, CANO R, CORDERO JM, NAVARRO B, ET AL. Consenso sobre la biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama. Revisión 2013 de la SESPM. Rev Senol Patol Mamar, 2014; 27 (1): 43-53.

CASTELO-BRANCO C, PARERA N, MENDOZA N, PEREZ-CAMPOS E, LETE I and the CEA Group. Alcohol and drug abuse and risky sexual behaviours in young adult women. Gynecological Endocrinology, 2014; 30(8): 581-586.

CUSIDO MT. Oncoguía SEGO: cáncer epitelial, trompa y peritoneo. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, Octubre 2014; 7.

CUSIDO MT. Oncoguía SEGO: Sarcomas uterinos. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, Octubre 2014; 8.

CUSIDO MT. Oncoguía SEGO: Prevención del cáncer de cuello de útero. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, Octubre 2014; 9.

DAVEAU C, BAULIES S, LALHOUM M, BOLLET M, SIGAL-ZAFRANI B, SASTRE X, ET AL. Histological grade concordance between diagnostic core biopsy and corresponding surgical specimen in

HR-positive/HER2-negative breast carcinoma. Br J Cancer, Apr 2014; 110 (9): 2195-2200.

FARGAS FR, CUSIDO MT, TRESSERRA F, BAULIES S, FABREGAS R. Malignant transformation of abdominal wall endometriosis with lymph node metastasis. Case report and review of literature. Gynecologic Oncology Reports, 2014; 8: 10-13.

FARGAS FR. Resumen del 40 Symposium Internacional de ginecología oncológica. Gaceta Electrónica SEGO, 2014.

FARGAS FR, CUSIDO MT, PLANA A, BAULIES S, RODRIGUEZ I, TRESSERRA F, PASCUAL MA, FABREGAS R. Morbilidad asociada a la morcelación del sarcoma uterino: caso clínico y revisión. Tokó Ginecol Pract, 2014; 73 (3): 57-60.

FERNANDEZ-VEGA L, TRESSERRA F, DE LA PAZ MF. Crecimiento de novo de un hemangioma capilar conjuntival. Archivos Sociedad Española de Oftalmología, 2014; 89: 127-129.

KAMIENIAK M, RICO D, MILNEC R, MUÑOZ-REPETO I, IBÁÑEZ K, GRILLO MA, DOMINGO S, BORREGO S, CAZORLA A, GARCIA-BUENO JM, HERNANDO S, GARCIA-DONAS J, HERNANDEZ-AGUDO E, RAMON Y CAJAL T, ROBLES-DIAZ L, MARQUEZ-RODAS I, CUSIDO MT, ET AL. Deletion at 6q24.2e26 predicts longer

survival of high-grade serous epithelial ovarian cancer patients. Molecular Oncology, 2014.

MICHAEL R, OTTO C, LENFERINK A, GELPI E, MONTENEGRO GA, ROSANDI J, TRESSERRA F, BARRAQUER RI, VRENSEN GFJM. Absence of amyloid-beta in lenses of Alzheimer patients: a confocal raman microspectroscopic study. Ex Eye Res, 2014; 119: 43-53.

PARERA N, VILLEGAS E. Progesterona natural en el manejo del sangrado uterino anormal durante la adolescencia. 1-14. Laboratorios EFFIK, S.A. 2014.

TRESSERRA F, CASTELLA M, FDEZ.-CID C, FABRA G, DOMINGUEZ MA, RAMOS C, MARTINEZ MA. Encuesta nacional sobre el estado actual del estudio citológico de la patología mamaria. Rev Esp Patol 2014; 27: 142-148.

TORNE A, DEL PINO SALADRIGAS M, CUSIDO MT, ALAMEDA F, ANDIA D CASTELLSAGUE X, CORTES J, GRANADOS R, ET AL. Guía de prevención del cáncer de cuello uterino en España. Prog Obstet Ginecol, 2014; 57 (1): 1-52.

TORNE A, DEL PINO SALADRIGAS M, CUSIDO MT, ALAMEDA F, ANDIA D CASTELLSAGUE X, CORTES J, GRANADOS R, ET AL. Guía de prevención del cáncer de cuello uterino en España. Rev Esp Patol, 2014; 47 (1): 1-43.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ALVAREZ M, SOLE M, DEVESA M, FABREGAS R, BOADA M, TUR R, COROLEU B, VEIGA A, BARRI PN. Live birth using vitrified-warmed oocytes in invasive ovarian cancer: Case report and literature review. Reproductive Biomedicine On line, 2014;28(6):663-668.

ARCE JC, NYBOE ANDERSEN A, FERNANDEZ M, VISNOVA H, BOSCH E, GARCIA-VELASCO JA, BARRI PN, DE SUTTER P, KLEIN BM, FAUSER B. Ovarian response to recombinant human follicle-stimulating hormone: a randomized antimullerian hormone-stratified, dose-response trial in women undergoing in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection. Fertil Steril, 2014 Dec; 102(6):1633-40.

BARRI PN, COROLEU B, CLUA E, TUR R, BOADA M, RODRIGUEZ I. Investigations into implantation failure in oocyte-donation recipients. Reproductive Biomedicine On line, 2014 Jan;28(1):99-105.

BARRI PN, PELLICER A. Fertility preservation: moving ahead faster than expected! J Assist Reprod Genet, 2014; 31(1): 3-5.

BOADA M, LUNA M. Excelencia en reproducción asistida. AENOR. Rev. de la

normalización y certificación, 2014. 296-4.649.

BOADA M, ATANCE M, JODA L, MONTANUY H, OLLER G, ROCAFORT E, VENDRELL JM, COROLEU B.

Transexualidad y reproducción: situación actual desde el punto de vista clínico y legal. Rev. Internacional de Andrología, 2014;12(1):24-31.

CLUA E. ASEBIR participa en un seminario internacional sobre los distintos modelos de donación de óvulos. ASEBIR, 2014; 19 (2): 33-34.

COLL LI, PARRIEGO M, BOADA M, VENDRELL JM, COROLEU B, VEIGA A. Screening genético preimplantacional (PGS) por factor masculino. Análisis mediante dos técnicas: FISH y a-CGH. Rev Asoc. Est Biol Rep, 2014; 19 (2): 20-23.

DE LOS SANTOS MJ, ARROYO G, BUSQUET A, CALDERÓN G, CUADROS J, HURTADO DE MENDOZA MV, MORAGAS M, ET AL. A multicenter prospective study to assess the effect of early cleavage on embryo quality, implantation, and live-birth rate. Fertil Steril 2014;101(4):981-987.

DEVESA M, MARTINEZ F, COROLEU B, RODRIGUEZ I, GONZALEZ C, BARRI PN. Ovarian response to controlled ovarian hyperstimulation in women with cancer is as expected according to an

age-specific. J Assist Reprod Genet, 2014; 31 (5): 583-588.

DONDORP W, WERT G, PENNING S, SHENFIELD F, DEVROEY P, TARLATZIS B, BARRI PN, DIETRICH K, EICHENLAUB-RITTER U, TUTTELMANN F, PROVOST V. ESHRE Task Force on Ethics and Law 21: genetic screening of gamete donors: ethical issues. Hum Reprod, 2014;29(7):1353-1359.

GONZALEZ C, DEVESA M, BOADA M, UBEDA A, COROLEU B, BARRI PN, VEIGA A. Trasplante de útero: ¿realidad o ficción? Medicina Reproductiva, 2014;1(1): 26-31.

GRIS JM, RAMOS C, BOADA M, MARINA F, LLUCH A, CALLEJO J. Resultados de la encuesta nacional sobre información de hematólogo y oncólogo acerca de las técnicas de preservación. Med Reprod Embriol Clin 2014;1(1): 9-14.

HARPER J, GERAEDTS J, BORRY P, CORNEL MC, DONDORP WJ, GIANAROLI L, HARTON G, MILACHICH T, KAARIAINEN H, LIEBAERS I, MORRIS M, SEQUEIROS J, SERMON K, SHENFIELD F, SKIRTON H, SOINI S, SPITS C, VEIGA A, ET AL. Current issues in medically assisted reproduction and genetics in Europe: research, clinical practice, ethics, legal issues and policy. Hum Reprod. 2014 Aug;29(8):1603-9.

KURTZ A, STACEY G, KIDANE L, SERIOLA A, STACHELSCHIED H, VEIGA A. Regulatory insight into the European human pluripotent stem cell registry. Stem Cells. 2014 Dec;23(1):51-55.

MARTINEZ F. Inducción de la ovulación con hMG-HP en inseminación artificial en paciente con síndrome de ovario poliquístico. Revista Medicina de la Reproducción, 2014. 3-8.

MARTINEZ F, CLUA E, DEVESA M, RODRIGUEZ I, ARROYO G, GONZALEZ C, SOLE M, TUR R, COROLEU B, BARRI PN. Comparison of starting ovarian stimulation on day 2 versus day 15 of the menstrual cycle in the same oocyte donor and pregnancy. Fertil Steril, 2014; 102 (5): 1.307-1.311.

MARTINEZ F, MANCINI F, SOLE M, GOMEZ F, RODRIGUEZ D, BUXADERAS R, RODRIGUEZ I, BARRI PN. Antagonist rescue of agonist IVF cycle at risk of OHSS: a case series. Gynecological Endocrinology, Early online, 2014; 30 (2): 145-148.

NICOLAU J. Al voltant dels escrits de Charles Darwin. In vitro veritas 2014; 15:10-16.

NICOLAU J. El gen egoista, revisitat. In vitro veritas 2014; 15:36-40.

PONS MC, DE LOS SANTOS MJ, MUGICA A, VILCHES MA, ARROYO G, GONZÁLEZ

B, MORAGAS, GARCIA-CERRUDO E, ET AL. Grupo de interés de Embriología de ASEBIR: estudio multicéntrico para la validación del criterio ASEBIR de valoración morfológica de embriones tempranos en día +3 y su asociación con la tasa de nacido vivo. Med Reprod Embriol Clin 2014;1(1):50-55.

PRADOS F, VIDAL E, HERNANDEZ J, MARQUETA J, HERRERO J, CABELLO Y, DE LOS SANTOS MJ, BUXADERAS R, SEGURA A, ZAMORA S, DE ANDRES M, CUEVAS I, CASTILLA JA. Registro de fecundación in vitro e inyección espermática intracitoplasmática de la SEF de los años 2010 y 2011. Med Reprod y Embriol Clinica, 2014;1(1): 33-42.

RAMOS L, DEL REY J, DAINA G, GARCIA-ARAGONES M, ARMENGOL L, FERNANDEZ-ENCINAS A, PARRIEGO M, BOADA M, MARTINEZ-PASSARELL O, MARTORELL MR, CASAGRAN O, BENET J, NAVARRO J. Oligonucleotide arrays vs. metaphase-comparative genomic hybridisation and BAC arrays for single-cell analysis: first applications to preimplantation genetic diagnosis for Robertsonian translocation carriers. Plos One, 2014 Nov;9(11):e113223.

RAMOS C, DEL REY J, DAINA G, MARTINEZ-PASSARELL O, RIUS M, TUÑÓN D, CAMPILLO M, BENET J, NAVARRO JL. Does the S phase have an

impact on the accuracy of comparative genomic hybridization profiles in single fibroblasts and human blastomeres? Fertil Steril. 2014 Feb;101(2):488-95.

TUÑÓN D, BOADA M, VEIGA A. Análisis genético de los embriones antes de su implantación en el útero: aspectos éticos y legales. Derecho de familia. Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia. 2014, nº63, pags:101-125.

WERT G, DONDORP W, SHENFIELD F, DEVROEY P, TARLATZIS B, BARRI PN, DIETRICH K, PROVOST V, PENNINGGS G. ESHRE Task Force on Ethics and Law 22: Preimplantation Genetic Diagnosis. Hum Reprod, 2014;29(8):1610-1617.

WERT G, DONDORP W, SHENFIELD F, BARRI PN, DEVROEY P, DIETRICH K, TARLATZIS B, PROVOST V, PENNINGGS G. ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reprod in singles, lesbian and gay couples and transsexual. Hum Reprod, 2014;29(9):1859-1865.

ZAMORA S, DE ANDRES M, HERRERO J, CABELLO Y, PRADOS F, VIDAL E, HERNANDEZ J, MARQUETA J, DE LOS SANTOS MJ, BUXADERAS R, SEGURA A, CUEVAS I, CASTILLA JA. Registro de inseminaciones intrauterinas (conyugales y de donante) de la Sociedad Española de Fertilidad, años

2010 y 2011. Med Reprod y Embriol Clinica, 2014;1(1): 43-49.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

LUDOVISI M, DE BLASIS I, VIRGILIO B, FISHEROVA D, FRANCHI D, PASCUAL MA, SAVELLI L, EPSTEIN E, ET AL. Imaging in gynecological disease (9): clinical and ultrasound characteristics of tubal cancer. Ultrasound Obstet Gynecol, 2014; 43: 328-335.

ARTÍCULO ORIGINAL

Control de calidad en el cribado prenatal de aneuploidias.
Quality control in prenatal aneuploidy screening.

* Dra. Carmina Comas
* Dra. Mónica Echevarría
* Dr. M. Angeles Rodríguez
** Dr. Ignacio Rodríguez
*** Dr. Joan Sabrià

RESUMEN

Un aspecto esencial e imprescindible de los programas de cribado prenatal es el control de calidad. Contrariamente a lo que ocurre en el ámbito del laboratorio clínico, donde las pruebas analíticas están sometidas a estrictos controles para determinar y confirmar su fiabilidad, en el campo de la medicina fetal y más concretamente en el ámbito de la ecografía prenatal, este concepto sólo recientemente ha sido objeto de interés. Los esfuerzos en el control de calidad del cribado prenatal de aneuploidias deben incluir indicadores más fiables y realistas que la tasa de detección. En este reporte, se expone que el control de calidad en el ámbito del cribado prenatal de aneuploidias, proporciona información relevante en relación al cálculo de riesgo; se proponen estrategias y recomendaciones para mejorar la fiabilidad del cribado y por último se presentan datos sobre la experiencia propia.

PALABRAS CLAVES: Cribado prenatal de aneuploidias; Control de calidad en estudios y pruebas perinatales.

ABSTRACT

An essential and indispensable aspect of prenatal screening programs is quality control. Contrary to what happens in the field of clinical laboratory where analytical tests are subject to strict controls to determine and confirm its reliability in the field of fetal medicine and more specifically in the field of prenatal ultrasound, this concept only recently has been the subject of interest. Efforts to control quality prenatal aneuploidy screening should include more reliable and realistic than the detection rate indicators. In this report, it is stated that quality control in the field of prenatal aneuploidy screening provides relevant information regarding the calculation of risk, strategies

and recommendations to improve the reliability of screening are proposed and finally data is presented by the own experience.

KEYWORDS: Prenatal aneuploidy screening; Quality Control in perinatal tests.

INTRODUCCIÓN

Un aspecto esencial e imprescindible de los programas de cribado prenatal es el control de calidad. En este sentido, contrariamente a lo que ocurre en el ámbito del laboratorio clínico, donde las pruebas analíticas están sometidas a estrictos controles de calidad para determinar y confirmar su fiabilidad (1,2,3) en el campo de la medicina fetal y más concretamente en el ámbito de la ecografía prenatal, el concepto de evaluación de la calidad y la certificación sólo recientemente ha sido objeto de interés (1,4-8).

Los esfuerzos en el control de calidad del cribado prenatal de aneuploidias deben incluir indicadores más fiables y realistas que la tasa de detección. En este artículo se revisa el control de calidad en el ámbito del cribado prenatal de aneuploidias; se proporciona información relevante en relación al cálculo de riesgo; se proponen estrategias y recomendaciones para mejorar la fiabilidad del cribado y por último se presentan datos sobre la experiencia propia.

1. CONTROL DE CALIDAD EN EL CRIBADO PRENATAL DE ANEUPLOIDIAS

La importancia de la ecografía de 11-14 semanas viene dada por las repeticiones clínicas que su resultado conlleva. La evaluación de los marcadores ecográficos durante este periodo gestacional permite individualizar el riesgo de cromosomopatía, malformaciones estructurales, patología sintromática y resultado perinatal adverso, con las implicaciones de cara

* Sección de Medicina Fetal, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Institut Universitari Dexeus, Barcelona.

** Estadística, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Institut Universitari Dexeus, Barcelona.

***Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España.

ORIGINAL ARTICLE

Prenatal invasive testing: a 13-year single institution experience⁶

Carmen Comas¹, Mónica Echevarría¹, Ignacio Rodríguez¹, Bernat Serrà¹, and Vincenzo Cirigliano²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Fetal Medicine Unit, Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona, Spain and ²Department of Molecular Genetics, LABCO Diagnostics, Barcelona, Spain

Abstract

Objective: To analyze trends in screening and invasive prenatal diagnosis over a 13-year period in relation to changes in the national prenatal screening policy.

Methods: Fetal karyotypes obtained following 11 043 prenatal invasive procedures between January 1999 and December 2011 were retrospectively reviewed. Referral indications were classified as medical and non-medical (anxiety). The number of tests per relevant chromosomal abnormalities (CA) detected in both groups adjusted for indication was calculated.

Results: A total of 414 CA were detected (3.8%), 355 of which were considered clinically significant. The percentage of invasive procedures was constant from 49% to 12%, although cases referred by anxiety have increased from 22% to 55%. A total of 3127 invasive procedures did not have any medical indication (28%) and 13 relevant CA (0.42%) were found in this group. In the low-risk cases, the index "number of invasive testing needed to detect 1 relevant CA" adjusted for indication was 241.

Conclusion: Changes in our national prenatal policy through this 13-year period show an increasing efficiency of prenatal detection of CA. However, despite the intensifying screening policies, low-risk pregnant women show a growing demand for prenatal invasive testing and a baseline risk for cytogenetic abnormality of 1/281.

Introduction

Current strategies for prenatal diagnosis of chromosomal abnormalities (CA) focus on the selection of higher-risk pregnancies to perform invasive diagnostic procedures. Traditionally, advanced maternal age was the main risk factor for Down syndrome (DS) and prenatal invasive procedure was routinely performed in women over 35 years (1,2). This strategy only detects about half of DS cases, with many women undergoing an invasive procedure for each CA detected.

Second trimester prenatal screening was introduced in our country at the end of the 80's increasing the detection rate for DS to 60% for a 5% false-positive rate (FPR) (3). The implementation of first trimester prenatal screening during the last decade has been shown to identify up to 90% of DS cases for a 5% FPR (4,5). Currently, DS screening is the most common and costly prenatal detection policy. Most protocols recommend invasive testing when the estimated risk for DS is higher than 1/270.

The aim of this descriptive study was to analyze trends in screening and invasive prenatal diagnosis over a 13-year period in relation to changes in the national prenatal screening

Keywords

Audit; chromosomal abnormalities; Down syndrome; karyotyping; screening

History

Received 27 March 2013

Accepted 12 October 2013

Published online 8 November 2013

policy. We focus particularly on the low-risk population to determine the incidence of clinically relevant CA.

Objectives

To evaluate the impact of the introduction and expansion of early aneuploidy screening program on the number of genetic invasive procedures in our institution.

To describe the efficiency of the invasive prenatal diagnostic practice in a single-center over a 13-year period, according to indication for referral.

To assess the incidence of clinically relevant CA in low-risk pregnancies.

Methods

This is a retrospective cohort study of all consecutive pregnancies undergoing prenatal screening for DS and genetic invasive procedures (amniocentesis or chorionic villus sampling – CVS) between January 1999 and December 2011 at Dexeus Institut, a private center with a reference fetal medicine unit. Outcome follow-up until delivery or termination of pregnancy (TOP) were reviewed from one database.

Second trimester screening for DS was carried out during the first 4 years and first trimester combined screening from 2003 onwards, either in a one-step (blood tests and nuchal translucency – NT – measurements adjusted to CRL 45–85 mm) or a two-step strategy (blood test adjusted to CRL 15–85 mm, NT measurement adjusted to CRL 45–85 mm),

⁶Changes in prenatal screening and invasive practice occurred in a single institution over a 13-year period.

Address for correspondence: Carmen Comas, Department of Obstetrics and Gynecology, Fetal Medicine Unit, Hospital Universitari Quirón Dexeus, Gran Via, Carles III 71-75, Barcelona 08028, Spain. Tel: 0034 932274709; Email: carcom@quiron.com

ORIGINAL ARTICLE

Initial experience with non-invasive prenatal testing of cell-free DNA for major chromosomal anomalies in a clinical setting

Carmina Comas, Mónica Echevarría, M Angeles Rodríguez, Pilar Priets, Ignacio Rodríguez, and Bernat Serra

Fetal Medicine Unit, Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona, Spain

Abstract

Objective: To evaluate non-invasive prenatal testing (NIPT) of cell-free DNA (cfDNA) as a screening method for major chromosomal anomalies (CA) in a clinical setting.
Methods: From January to December 2013, Panorama™ test or Harmony™ prenatal test were offered as advanced NIPT, in addition to first-trimester combined screening in singleton pregnancies.
Results: The cohort included 333 pregnant women with a mean maternal age (MA) of 37 years who underwent testing at a mean gestational age of 14.6 weeks. Eighty-four percent were low-risk pregnancies. Results were provided in 97.3% of patients at a mean reporting time of 12.9 calendar days. Blood sampling was performed in six cases and results were obtained in five of them. No results were provided in four cases. Four cases of Down syndrome were detected and there was one discordant result of Turner Syndrome. We found no statistical differences between commercial tests except in reporting time, fetal fraction and MA. The cfDNA fraction was statistically associated with test type, maternal weight, BMI and log₁₀ βHCG levels.
Conclusions: NIPT has the potential to be a highly effective screening method for major CA in a clinical setting.

Keywords

Cell-free DNA, chromosomal anomalies, first-trimester screening, non-invasive prenatal testing, prenatal diagnosis, trisomy 21

History

Received 11 June 2014
Accepted 20 July 2014
Published online 12 August 2014

Introduction

The recent development of non-invasive prenatal testing (NIPT) for aneuploidies marks the beginning of a new era for prenatal screening. Several recent studies have demonstrated that the most effective method of NIPT for trisomy 21, with detection rates >99% and false-positive rates (FPR) of ~0.1%, is derived from the examination of cell-free DNA (cfDNA) in maternal plasma [1–8]. Conventional first-trimester combined screening (FTS) including serum markers and nuchal translucency has 83–90% detection rates with 5% FPRs [9–11]. Consequently, cfDNA testing is far superior to screening methods that are currently in use, and should lead to widespread future use of the test in routine clinical practice.

There are two different approaches to analyzing cfDNA to screen for chromosomal anomalies (CA): quantitative and single-nucleotide polymorphism (SNP)-based methods. In the first approach, maternal plasma cfDNA molecules are sequenced and the chromosomal origin of each molecule is identified by comparing it with the human genome. In trisomic pregnancies, the quantity of molecules derived from the trisomic chromosomes, as compared with an assumed disomic reference chromosome, is higher than in euploid

pregnancies. In addition to random massively parallel shotgun sequencing (MPS) technology [1–3,7,12–17], targeted massively parallel sequencing (t-MPS) has been successfully applied, reducing costs and increasing efficiency [4–6,8,18–20]. In contrast, SNP-based methods determine the number of chromosomal copies by looking for specific patterns in allelic measurements [21,22]. Previously published experiences have demonstrated advantages and limitations to both approaches, but there is still a lack of evidence to definitively support either one of them. Consequently, current scientific opinion is not clearly positioned with respect to a preferred technique.

Regardless of the approach, the ability to complete the analysis and thus obtain a reliable clinical result is related to the proportion of fetal to maternal cfDNA in maternal plasma, where the minimum cfDNA needed for analysis is ~4% [6]. Lower fetal fractions correlate with an increased error rate, particularly in counting methods. Other than gestational age (GA) and maternal weight [23,24], little is known about the clinical and biologic factors influencing this parameter.

We describe our initial 12-month experience prospectively implementing NIPT in a private practice. Our primary aim was to report our experience in the introduction of this new technology in a real clinical setting. A secondary aim was to compare cfDNA NIPT for aneuploidies using different tests. And finally, we also tried to assess clinically significant factors influencing cfDNA fetal fraction.



Address for correspondence: Carmen Comas (Senior), Fetal Medicine Unit, Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital Universitari Quirón Dexeus, Gran Via de Catalú III 71-75, Barcelona 08028, Spain. Tel: 0034-932774706. Fax: 934187832. E-mail: carcom@dexeus.com



Editorial



Estimados colegas,

Carmina Comas y Alberto Plaja, en calidad de editores de Diagnóstico Prenatal, órgano oficial de difusión de la Asociación Española de Diagnóstico Prenatal (AEDP), lamentamos comunicarnos el cese temporal de publicación de la revista, a partir del próximo año 2015. Debido a problemas económicos actualmente irresolubles, la Junta de la AEDP ha decidido la suspensión temporal de la publicación de la revista en su formato actual, hasta poder asegurar la sostenibilidad económica de la misma. El reciente cese de la colaboración económica de la Asociación Portuguesa de Diagnóstico Prenatal y Neonatal (APDPN) no permite sostener económicamente la publicación de la revista en su formato actual. Actualmente la Junta de la AEDP tiene como prioridad absoluta la captación de fondos económicos, a través de diferentes proyectos, a fin de poder recuperar lo antes posible la publicación de la revista en el formato que sea posible y más económico.

Los editores lamentamos profundamente la decisión tomada, especialmente después del creciente esfuerzo por editar esta publicación con rigurosidad de contenidos y cronología, en cuyo esfuerzo vosotros habéis contribuido. Y especialmente en un momento álgido de la revista, en proceso de indexación en diferentes bases bibliográficas. Sin embargo, en el momento actual la viabilidad económica de la sociedad no permite otra solución.

Como editores invitados, os comunicamos que los artículos que no han sido publicados en la revista, a excepción de los artículos actualmente disponibles en el apartado de Avance online, quedan a disposición de los autores correspondientes, a fin de poder decidir su futuro destino.

Para este año 2014 tenemos prevista la publicación de 2 números exclusivos, a fin de dar salida a los artículos actualmente accesibles en formato online. Aquí tenéis el número de ellos, en el que destacamos la publicación de una nueva guía práctica, en este caso sobre la patología del procedimiento de amniocentesis genética, acompañado de 3 artículos originales centrados en el papel de los marcadores biológicos en los trastornos hipertensivos del embarazo y en el cálculo de riesgo de aneuploidías en la gestación gemelar según su corionicidad. El segundo y último número del 2014 publicará un volumen monográfico centrado en la gestación gemelar, coordinado nuevamente por un editor invitado, en este caso la Dra. Alejandra Matias (Porto, Portugal).

Finalmente, os comunicamos que en la página web de la revista podéis leer un comunicado oficial de la Junta de la AEDP explicando la situación actual de la revista y de la sociedad. Esperemos que la situación económica de la sociedad se reanote y podamos informaros de la recuperación de este proyecto en un futuro próximo. Os agradecemos sinceramente nuestra desinteresada colaboración y nuestra comprensión.

Un cordial saludo.

Carmina Comas* y Alberto Plaja
Editores de DIAGNÓSTICO PRENATAL

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carcom@dexeus.com (C. Comas).
2173-7058/2014 Asociación Española de Diagnóstico Prenatal. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dia.2014.05.001>



Editorial

Estimados compañeros:

Este segundo y último número del 2014 publica un volumen monográfico centrado en la gestación gemelar, coordinado nuevamente por un editor invitado, en este caso la Dra. Alejandra Matias (Faro, Portugal). La complejidad y severidad de la patología propia de la gestación gemelar monocorial por sí misma en este número exclusivamente en dicha condición, abarcando desde aspectos básicos prioritarios, como el diagnóstico ecográfico temprano de la corionidad, hasta aspectos más complejos como la mortalidad neurológica y cardíaca asociada a sus complicaciones. Para ello, bajo la coordinación de la Dra. Matias, tenemos la oportunidad de profundizar en este ámbito tan apasionante de la medicina fetal, de la mano de expertos como Vincenzo D'Altilio, Enrico Lopriore o Isaac Bliekstein.

Aprovechamos este espacio editorial para recordaros el próximo XVI Congreso de la AEDP, que tendrá lugar próximamente en Valencia, en las fechas del 20 y 21 de noviembre (<http://www.goyescos.es/aedp2014/>). El tema monográfico elegido para el evento es la incorporación del test no invasivo de aneuploidías en sangre materna mediante cfDNA, un tema que ha irrumpido recientemente en nuestro entorno clínico, después de décadas de investigación experimental. Su impacto en las actuales estrategias de cribado prenatal de aneuploidías, su implementación directa a través las casas comerciales, los recientes estudios acerca de su validez clínica y analítica, la complejidad de su asesoramiento, la posibilidad creciente de inclusión de otras condiciones más allá de las principales trisomías autosómicas, son todos ellos temas importantes de controversia que serán debatidos en profundidad a lo largo del congreso. Esperamos que el interés del tema y la organización del evento sean de vuestro agrado y consigamos mantener e incrementar el papel aglutinador de este evento por parte de la sociedad que nos amara.

Finalmente, como editores de la revista desde 1998 y hasta la fecha actual, lamentamos recordaros que con este volumen cerramos temporalmente esta etapa. Como comentamos en el volumen precedente, lamentamos comunicaros el cese

temporal de la publicación de la revista a partir del próximo año 2015, debido a que la Junta de la AEDP ha decidido la suspensión temporal de la publicación de la revista en su formato actual, hasta poder asegurar la sostenibilidad económica de la misma. Actualmente, la Junta de la AEDP tiene como prioridad absoluta la captación de fondos económicos, a través de diferentes proyectos, a fin de poder recuperar lo antes posible la publicación de la revista en el formato que sea posible y más económico. Los editores y la Junta lamentamos profundamente la decisión tomada, especialmente después del crecientemente esfuerzo por editar esta publicación con rigurosidad de contenidos y cronología, en cuyo esfuerzo vosotros habéis contribuido. Es especialmente duro que el cierre temporal se produzca en un momento álgido de la revista, en proceso de indexación en diferentes bases bibliográficas. Sin embargo, el momento económico actual no permite otra solución. Las comunicamos que actualmente ya no es operativo el circuito editorial, motivo por el cual no procedemos a aceptar más publicaciones: los artículos que no han sido publicados en la revista quedan a disposición de los autores correspondientes, a fin de poder decidir su futuro destino.

En la página web de la revista podréis leer un comunicado oficial la Junta de la AEDP explicando la situación actual de la revista y de la sociedad. Esperamos que la situación económica evolucionada de forma que podamos informaros de la recuperación de este proyecto en un futuro lo más próximo posible. De agradeceremos sinceramente vuestra desinteresada colaboración y vuestra comprensión.

Nos vemos próximamente en el XVI Congreso de la AEDP. Un cordial saludo,
Barcelona, 21 de octubre del 2014

Carmela Comas y Alberto Plaza
Editores de Diagnóstico Prenatal

<http://dx.doi.org/10.1016/j.diagpren.2014.10.001>

2173-4122/09/2014 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Diagnóstico Prenatal.

First-trimester screening for early and late small-for-gestational-age neonates using maternal serum biochemistry, blood pressure and uterine artery Doppler

F. CROVETTO*†, F. CRISPI*†, E. SCAZZOCCHIO‡, I. MERCADE*, E. MELER*†, F. FIGUERAS* and E. GRATACOS*

*Maternal-Fetal Medicine Department, ICGON, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona; Fetal and Perinatal Medicine Research Group, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Suñer (IDIBAPS); and Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER), Barcelona, Spain; †Fondazione Cà' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Dipartimento Ostetricia e Ginecologia, Università degli Studi di Milano, Milan, Italy; ‡Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine Department, Istituto Universitario Dexeus, Barcelona, Spain

KEYWORDS: first trimester; pre-eclampsia; screening; small-for-gestational age; uterine artery Doppler

ABSTRACT

Objective To assess the effectiveness of first-trimester screening for early and late small-for-gestational-age (SGA) neonates using maternal serum biochemistry, blood pressure and uterine artery Doppler.

Methods This was a prospective study of 4970 women with a singleton pregnancy who underwent routine first-trimester screening between 2009 and 2011. A logistic regression-based predictive model for SGA, defined as birth weight < 10th percentile, divided into early- or late-onset based on gestational age at delivery before or after 34 weeks' gestation, was constructed. The model included maternal baseline characteristics; serum levels of pregnancy-associated plasma protein-A and free β -human chorionic gonadotropin at 8–12 weeks and blood pressure and uterine artery Doppler at 11 + 0 to 13 + 6 weeks.

Results The prevalence of early and late SGA was 0.6% and 7.9%, respectively. Association with pre-eclampsia was 67% and 8%, respectively. At a false-positive rate of 15%, the detection rate for early SGA was 73%; however it differed substantially for cases with and without pre-eclampsia (90% vs 40%). For late SGA, at false-positive rates of 15 and 50%, detection rates were 32% and 70%, respectively, and did not substantially differ between cases with and without pre-eclampsia.

Conclusions First-trimester screening predicts early SGA mainly because of its strong association with pre-eclampsia. Although prediction of late SGA was poorer, at a high false-positive rate it might be considered as part of a first-trimester strategy to select women requiring ultrasound assessment in the third trimester. Copyright © 2013 ISUOG. Published by John Wiley & Sons Ltd.

INTRODUCTION

Small-for-gestational-age (SGA) newborns are at increased risk of mortality and morbidity in the perinatal period^{1,2}. The condition is also associated with permanent neurodevelopmental, metabolic and cardiovascular changes, conferring an increased risk of morbidity and mortality that persists into adulthood^{3–5}. Antenatal identification of SGA is of obvious importance for optimizing the timing of delivery and reducing perinatal risks⁶. Detection of SGA is challenging, and the detection rates achieved in routine care settings are normally low⁷. Early identification of risk by means of first-trimester screening may offer an opportunity to select patients for targeted follow-up, and allow higher detection rates⁸.

Previous studies have assessed the performance of first-trimester screening for SGA by combining different variables, such as maternal history and biochemical and biophysical markers^{9–23}. Nevertheless, the reported detection rate varies widely, from 12 to 73%, which may partially reflect some heterogeneity in the definition of SGA used in previous studies^{9,20}. The existence of differences in the detection of early-onset vs late-onset forms of SGA has only rarely been considered²⁰. However, there is a growing consensus that early- and late-onset forms of SGA must be dealt with as separate conditions, from both clinical and research perspectives²⁴. Early-onset SGA is always a severe disease, highly associated with pre-eclampsia and abnormal placental implantation²⁵. Late-onset SGA is rarely associated with pre-eclampsia but, because it is far more prevalent than the early-onset clinical form, it is responsible for a large proportion of perinatal deaths²⁶. Furthermore, the association of late-onset SGA with poorer outcome is now well known^{3,27}, consequently the importance of its early detection is

Correspondence to: Prof. E. Gratacos, Department of Maternal-Fetal Medicine, Hospital Clínic, University of Barcelona, Sabino de Arana 1, 08028, Barcelona, Spain (e-mail: egratacos@clinic.ub.es)

Accepted: 29 May 2013

Results: The fetal karyotype was normal in 4172 (78.6%) cases and abnormal in 1134 (21.4%), including 1009 with likely clinically significant adverse outcome. Universal CVS with full karyotyping would lead to the diagnosis of all clinically significant abnormalities. A policy of relying solely on NIPT in all of these cases would have led to the diagnosis of 85.9% of clinically significant abnormalities. A strategy whereby NIPT is the main method of analysis, with CVS reserved for those cases with NT ≥ 3.0 mm, would require CVS in 21.7%, identify 94.8% of clinically significant abnormalities and avoid miscarriage in 41 (77.4%) pregnancies compared to CVS for all. With a current UK price for NIPT of £400 and the need to confirm abnormal results by CVS, the cost of the three policies would be £2.0m, £2.6m and £2.3m, respectively.

Conclusions: A policy of NIPT for increased first trimester aneuploidy risk, with CVS with full karyotype performed only if the fetal NT thickness is ≥ 3.0 mm, would reduce the risk of procedure-related miscarriage five-fold, yet still identify 95% of clinically significant chromosomal abnormalities.

OP03.05

Initial experience of non-invasive prenatal testing with cell-free DNA: comparison between Panorama™ and Harmony™

M. Echevarría, C. Comas, M. Rodríguez, I. Rodríguez, B. Serra

Obstetrics and Gynecology, Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona, Spain

Objectives: Compare non-invasive prenatal DNA screening (NIPS) for aneuploidies through different commercial tests in an obstetrical clinical practice setting.

Methods: Observational prospective study of singleton pregnancies that underwent prenatal screening for fetal trisomy from January to December 2013. NIPS through cell-free (cf) DNA was offered in addition to first trimester combined screening (FTS) in all singleton pregnancies except in cases of ultrasound anomalies or high-risk for other genetic conditions. Panorama™ Test (Natera) or Harmony™ Prenatal Test (Arca Diagnostics) was offered as an advanced NIPS.

Results: The cohort included 333 pregnant women with a mean maternal age of 37 years who underwent testing at a mean gestational age of 14.6 weeks. There were 213 cases of Panorama™ Test and 120 cases of Harmony™ Test. Regarding the indication, 84% were low-risk pregnancies and 11.4% were FTS high-risk pregnancies, with a higher proportion of high-risk pregnancies in Panorama™ test. The average cfDNA fetal fraction was 12.7% (range 4.2–27.9). A total of 11.4% cases had a low fetal fraction (<8%). NIPS results were provided in 97.3% of patients at a mean reporting time of 12.9 (8–21) calendar days.

We found statistical differences between Harmony™ and Panorama™ Tests results in reporting time (14.7 and 10.9 days, respectively), mean fetal fraction (13.1% and 12.7%, respectively) and maternal age. There were no differences regarding gestational age, body mass index, method of conception, percentage of conclusive results, distribution of results (low-risk, high-risk and redraws) and low fetal fraction cases (<8%).

Conclusions: We found no clinical significant statistical differences between Panorama™ and Harmony™ Tests results except in reporting time, lower in the former. Fetal fraction distribution was also different, with lower levels in Panorama™ test, although with no clinical significance (the percentage of low fetal fraction levels was similar).

OP03.06

The efficacy of real-time nuchal translucency quality review using exponentially weighted moving average chart

M. Hynek¹, D. Smetanova¹, D. Stejskal¹, J. Zvarova²

¹Fetal Medicine, GENNET, Prague, Czech Republic; ²European Center for Medical Informatics, Statistics and Epidemiology, Institute of Computer Science AS CR, Prague, Czech Republic

Objectives: It was repeatedly reported that an establishing of ongoing audit for first-trimester nuchal translucency (NT) measurements is of paramount importance. The aim of this study was to assess the efficacy of real-time NT quality control using exponentially weighted moving average (EWMA) chart at a tertiary center. EWMA has been recently published to be universal, easy and efficient tool for NT quality review with the advantages of being suitable even for long-term real-time monitoring, with intuitive graphical output, excellent interpretability and with the ability to show promptly the rectification of out-of-control performance to in-control state (Hynek et al., Prenat Diagn 2014;34:367-76).

Methods: This was a prospective study ongoing from January 2011 till March 2014 in the Center for Fetal Medicine Genet in Prague. The quality of NT measurements of eight sonographers was assessed using EWMA charts twice a year and every sonographer was given a distinct feedback by means of EWMA curve clearly showing periods of underestimation and overestimation over a past period and also the subsequent rectification of previous malperformance.

Results: Overall, 15131 NT measurements were obtained by eight sonographers during the study period. A number of measurements obtained by each sonographer ranged from 1443 till 3094. Looking at individual EWMA charts we observed three main outcomes: first, a clear improvement after every individual audit in performance of sonographers with primarily poor performance; second, the effect of maintaining perfect performance in sonographers with primarily good performance; and last, sonographers appreciated an unequivocal and straightforward graphical presentation of EWMA curve.

Conclusions: EWMA proved to be an efficient and suitable tool for real-time monitoring of NT quality which led to the overall improvement of sonographers' performance and helped to maintain it.

OP03.07

CRL audit using sonologist-specific PAPP-A and β -hCG median MoMs plots

J. Sabria¹, A. Borrell¹, R. Navarro², E. Mazarico¹, M. Pérez Cruz¹, M. Gómez Roig¹, E. Gratacós¹

¹Fetal Medicine, BCNatal, Barcelona Center for Maternal Fetal and Neonatal Medicine, Hospital Sant Joan de Déu and Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain; ²Laboratori Clínic l'Hospitalet-Cornellà, Barcelona, Spain

Objectives: To audit the CRL measurements taken at the time of aneuploidy screening, using operator-specific biochemical markers median MoMs plots, to identify deviations potentially related to a systematic CRL bias.

Methods: The study population included 13,643 consecutive singleton pregnancies undergoing first trimester combined screening, scanned by sonologists with more than 100 NT measurements during the 2011-2012 period. Previously described plots for EAFP-A and β -hCG median MoMs (and their 95% CI intervals), and the line representing the expected MoM variation for each CRL millimeter bias were used. The line was modified to allow biochemical markers determined before 10 gestational weeks.



Diagnóstico Prenatal

www.elsevier.es/diagnprenat



Resolución del caso iconográfico

Caso iconográfico número 16: lipoma de cuerpo calloso

Illustrated case number 16: Corpus callosum lipoma

Mónica Echevarría* y Ana Muñoz

Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona, España

Paciente de 31 años, primigesta, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Controles analíticos y ecográficos normales hasta la semana 20.

Ecografía semana 25 (fig. 1): VMG leve (9 y 10 mm) y cuerpo calloso en el percentil 5 (fig. 2).

Neurosonografía semana 28 (fig. 3): cuerpo calloso menor del percentil 5 y engrosado.

Resonancia magnética semana 28: hipoplasia de la porción posterior del cuerpo calloso.

Amniocentesis semana 28: cariotipo y array normal.

Neurosonografía semana 35 (fig. 4): cuerpo calloso de 31 mm (menor del percentil 5), de ecogenicidad incrementada, sugestivo de lipoma curvilíneo de cuerpo calloso.



Figura 1 – VMG leve (9 y 10 mm).



Figura 2 – cuerpo calloso en el percentil 5.

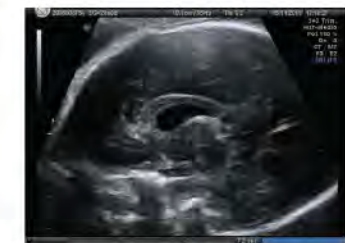


Figura 3 – Cuerpo calloso menor del percentil 5 y engrosado.

Últimas noticias relacionadas en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dia.2013.07.002>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mones@quiron.es (M. Echevarría).

2173-4127/\$ - see front matter © 2013 Asociación Española de Diagnóstico Prenatal. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dia.2013.07.002>

ORIGINAL ARTICLE

Role of maternal plasma levels of placental growth factor for the prediction of maternal complications in preeclampsia according to the gestational age at onset[†]

Eva Meler^{1,2}, Elana Scazzochoa^{1,2}, Anna Peguera¹, Stefania Tiufo¹, Eduard Gratacos¹ and Francesc Figuera¹*

¹Department of Maternal-Fetal Medicine, ICGON, Fetal and Perinatal Medicine Research Group (IDIBAPS) and Center of Biomedical Research on Fetal Diseases (CIBERER), Hospital Clinic, University of Barcelona, Barcelona, Spain

²Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine Department, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, Spain

*Correspondence to: Francesc Figuera. Email: figuera@clinic.uib.es

[†]Part of the study has been presented as an oral presentation in the XX FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics.

ABSTRACT

Objective This study aimed to describe the distribution of placental growth factor (PlGF) plasma levels in pregnancies complicated by preeclampsia (PE) according to the gestational age at clinical onset and to assess PlGF's predictive role for maternal complications.

Methods A total of 84 women whose pregnancies were complicated by PE before 37 weeks' gestation were enrolled. According to gestational age at onset, three groups were defined: group I, <28 weeks; group II, 28 to 31⁶ weeks; and group III, 32 to 36⁶ weeks. PlGF plasma levels were measured at diagnosis, and their association with maternal complications was investigated. Plasma PlGF levels below 12 pg/mL were designated as very low.

Results PlGF levels were very low in seven (87.5%) of eight women diagnosed before 28 weeks' gestation, 29 (78.4%) of 37 patients diagnosed between 28 and 32 weeks' gestation, and 16 (41%) of 39 cases diagnosed after 32 weeks' gestation. The sensitivity of very low PlGF values for predicting maternal complications was 76.9%, but the false positive rate was 65.5%. Positive and negative predictive values were 54.5% and 76.9%, respectively.

Conclusion The predictive role of a low PlGF level in predicting maternal complications in very early PE is limited because of both its low specificity and low positive predictive value. © 2014 John Wiley & Sons, Ltd.

Funding sources: Biochemical measurements of PlGF were sponsored by Akers, San Diego (USA).

Conflicts of interest: None declared.

INTRODUCTION

Preeclampsia (PE) is a leading cause of maternal and neonatal morbidity and mortality; it complicates approximately 2% to 8% of pregnancies, with a trend toward an increase in recent years.^{1,2} Although the pathophysiology of PE is not yet fully understood, evidence supports the concept of two different entities.³ On one end of the spectrum is early PE, characterized by significant placental dysfunction and thus a high risk of intrauterine growth restriction. On the other end is late PE, in which minimal placental involvement is present, and pre-existing maternal systemic inflammation is the most likely pathogenic pathway.⁴ Certainly, this distinction is not merely an academic issue; it has profound consequences on clinical practice, as disease onset before 32 weeks' gestation is associated with a 20-fold increased risk of maternal mortality.⁵ Similarly, the likelihood of perinatal mortality or severe neonatal morbidity is 16-fold higher in early-onset PE.⁶

In early-onset PE, decision making basically consists of a trade-off between reducing the risks of prematurity by prolonging gestation and minimizing the risks of maternal complications by delivery. Nevertheless, evidence suggests that stratifying women with early-onset PE as high and low risk for adverse events cannot confidently rely upon the classic severity criteria, which are based on nonspecific clinical and laboratory markers.^{7–10} Consequently, establishing new markers has been identified as a major challenge for PE research in the upcoming years.³

Placental growth factor (PlGF) has emerged as a potential tool to be included in prognostic algorithms.³ Mainly produced in the placenta, this pro-angiogenic marker seems to be a more sensitive and precise predictor of PE than any other single biomarker, as it reflects placental function.¹¹ Low concentrations of PlGF, detected even 5 weeks before clinical manifestations of the disease,¹² would reflect poor placentation and thus a response to oxidative stress in the placenta (which are mainly

SYSTEMATIC REVIEW OF SCREENING FOR TRISOMY 21 IN TWIN PREGNANCIES IN FIRST TRIMESTER COMBINING NUCHAL TRANSLUCENCY AND BIOCHEMICAL MARKERS: A META-ANALYSIS.

Short title: SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF SCREENING FOR TRISOMY 21 IN TWINS

Keywords: twins, combined test, Down syndrome, first trimester, screening, nuchal translucency.

Word count: 3329; **figures:** 5; **Table:** 1.

Pilar Prats, PhD¹

Ignacio Rodriguez¹

Carmina Comas, PhD¹

Bienvenido Puerto, PhD²

¹Fetal Medicine Service, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine, Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona, Spain

²Department of Maternal Fetal Medicine, Institut Clinic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia, Hospital Clinic, Barcelona, Spain

This article has been accepted for publication and undergone full peer review but has not been through the copyediting, typesetting, pagination and proofreading process, which may lead to differences between this version and the Version of Record. Please cite this article as doi: 10.1002/pd.4431

This article is protected by copyright. All rights reserved.

ORIGINAL ARTICLE

Sonographic evaluation of the fetal conus medullaris

M. Angeles Rodríguez¹*, P. Pla¹, Ana Muñoz², Ignacio Rodríguez³ and Carmo Gómez⁴¹Fetal Medicine Service, Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine Department, Institut Universitari Quirón Dexeus, Barcelona, Spain; ²Perinatal Fetal Medicine Service, Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine Department, Institut Universitari Quirón Dexeus, Barcelona, Spain; ³Neonatology, Institut Quirón Dexeus, Barcelona, Spain; ⁴Neonatology, Institut Quirón Dexeus, Barcelona, Spain

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to determine the most reproducible method in the sonographic evaluation of the conus medullaris (CM) and its relationship with gestational age (GA).**Methods:** This is a prospective study of singleton structurally normal fetuses between 20 and 30 weeks' gestation. Sonographic evaluation of the CM was performed using two methodologies: a qualitative assessment of the CM level in relation to the lumbar vertebrae and a quantitative measurement of the distance from the CM to the last spine ossification centre (conus-sacrum) or CS distance. Both parameters were analysed offline by two operators using 3D stored volumes. Intraobserver variability of methods, the relationship between CS and femur length (FL) or GA, was evaluated.**Results:** We analysed 101 3D volumes. Intraobserver concordance was low for the CM level ($k=0.4$, $P<0.05$) and high for CS distance (ICC=0.850). A significant correlation between CS and both FL and GA was observed.**Conclusions:** CS distance but not CM level is reproducible. US distance is significantly correlated with both FL and GA. CS distances could be useful in the assessment of prenatal skin-covered spinal dysraphisms. © 2014 John Wiley & Sons, Ltd.

*Correspondence to: M. Angeles Rodríguez Pizarro, Fetal Medicine Unit, Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine Department, Institut Quirón Dexeus, Barcelona, Spain. E-mail: marrodr@quiron.es

INTRODUCTION

Spina bifida includes a continuum of anomalies that have in common a defect of closure (dysraphism) of the neural tube. Although different types are described and different terminologies are used, it is commonly accepted that two main categories exist: open spina bifida (nervous tissue and/or meninges exposed to the environment) and closed spina bifida (skin-covered dysraphism).¹Prenatal evaluation of the central nervous system has advanced with the development of sonography, and today, it is mandatory in every routine fetal examination.^{2,3} This facilitates in utero detection of neural tube defects, the most common of which are myelomeningocele and various open spina bifida malformations. However, closed defects, such as 'subtle skin-covered spinal dysraphism', are more difficult to detect in utero. This group of anomalies includes a tethered cord (tight filum terminale syndrome), diastematomyelia, subcutaneous or interspinous lipoma, and epidermoid and dermoid cysts. These anomalies have been mostly reported in the paediatric imaging literature. Data about the prenatal diagnosis of these anomalies are scarce.^{4,5}

In addition to the ossification centres and the overlying skin in a transverse, frontal and parasagittal section, the spinal cord and the conus medullaris (CM) can also be visualized as a dark

triangular structure with two surrounding echogenic lines at the caudal end of the spinal cord. With increasing fetal size, the CM is shifted towards the fetal head, from the sacral region to approximately L2 (L2 lumbar vertebra) at birth.⁶ A low-lying CM indicates an inappropriate ascent of the spine, which may raise the suspicion of skin-covered spinal dysraphism. The prevalence of these defects is estimated to be between two and four per 1000 in postnatal life.⁷ These disorders are rarely diagnosed prenatally. However, early detection is not only important to inform and prepare parents for the anomaly but also to allow paediatric neurosurgeons to develop a well-timed surgical repair strategy to avoid irreversible neurological damage.Appropriate screening for these defects requires detailed knowledge about the normal position of the CM during fetal life. Nevertheless, only a small number of studies describe the appropriate methodology to assess the correct level of the CM prenatally.⁸⁻¹¹

The aim of this study was to identify which is the most reliable sonographic method to establish the position of the CM and its relationship with gestational age (GA).

METHODS

This prospective study was conducted from January to March 2012. The inclusion criteria were as follows: singleton

ORIGINAL ARTICLE

Concordance between prenatal ultrasound and autopsy findings in a tertiary center

M. Angeles Rodríguez¹*, P. Pla¹, Ignacio Rodríguez², Victoria Cusi³ and Carmo Gómez⁴¹Fetal Medicine Service, Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine Department, Institut Universitari Quirón Dexeus, Barcelona, Spain; ²Perinatal Fetal Medicine Service, Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine Department, Institut Universitari Quirón Dexeus, Barcelona, Spain; ³Pathological Department in Hospital de Sant Joan de Dèu, Espaldar de Llobregat, Barcelona, Spain; ⁴Correspondence to: M. Angeles Rodríguez Pizarro, E-mail: marrodr@quiron.es

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to evaluate the ultrasound (US)/autopsy concordance in elective termination of pregnancies (TOP) due to fetal causes.**Methods:** We performed a retrospective evaluation of elective TOP from 2004 to 2012. Inclusion criteria were gestational age at termination <24 weeks, fetal pathology and availability of US/autopsy data. Based on the US-autopsy concordance, cases were divided into four groups: Group 1: agreement; Group 2: autopsy confirmed all US findings but provided additional information; Group 3: autopsy didn't confirm all US findings; Group 4: disagreement.**Results:** One hundred and fifty-one patients fulfilled the inclusion criteria during the study period. Central nervous system malformations (81.5%), cardiovascular anomalies (90.2%) and renal system malformations (91.3%) were confirmed by autopsy. We found less concordance in the abdominal and musculoskeletal anomalies (64.5% and 60.7%, respectively). There were 130 (86%) fetuses in group 1, 7 in group 2 (4.7%), 3 in group 3 (1.9%) and 11 in group 4 (7.2%). In 5.29% of cases, the autopsy added relevant information to the diagnosis and counselling.**Conclusions:** Diagnosis concordance between US and necropsy is achieved in almost 90% of cases. An autopsy may help to adjust the diagnosis and help in counselling the parents for a future pregnancy. © 2014 John Wiley & Sons, Ltd.

*Correspondence to: M. Angeles Rodríguez Pizarro, Fetal Medicine Unit, Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine Department, Institut Quirón Dexeus, Barcelona, Spain. E-mail: marrodr@quiron.es

INTRODUCTION

Fetal malformations are the main cause of prenatal death (20-30%) in Western countries and lead to an increase in morbidity and mortality in the neonatal and post-natal period.¹Prenatal ultrasound (US) has made impressive progress over the last two decades. Abnormalities found at the US scan are often the basis for the decision of the parents to terminate pregnancy. Due to the sensitive nature of US examinations and subsequent decisions, optimal quality assurance is imperative. Quality control after termination of pregnancy (TOP), entailing a detailed postmortem examination, is recommended,² and its results may have an impact on the future reproductive life of the woman. After termination of these pregnancies, fetal autopsy is important for patients and perinatologists as a means of providing or confirming prenatal diagnoses, recognizing additional malformations and offering better counselling regarding possible risks of recurrence.

Although many multiple malformation syndromes are prenatally diagnosed, fetal autopsies may identify some

additional malformations so that the diagnosis based on fetal autopsy is often different from the prenatal US diagnosis.³

We present the experience of our fetal medicine unit where prenatal US and fetal autopsy were performed in cases of TOP.

The main aim of this study was to evaluate the concordance between prenatal diagnosis by US and autopsy findings in pregnancies terminated due to fetal pathology.

METHODS

A retrospective evaluation of the cases of elective TOP for fetal indications that occurred between January 2004 and December 2012 at the Fetal Medicine Unit in the Institut Universitari Quirón Dexeus, Barcelona (a tertiary and teaching hospital) was performed.

The inclusion criteria were:

- TOP carried out below 24 gestational weeks.
- Diagnosis of fetal pathology.
- Availability of data about US scan and diagnosis.
- Availability of autopsy findings.

Alonso-Alconada et al. *Molecular Cancer* 2014, **13**:223
<http://www.molecular-cancer.com/content/13/1/223>



RESEARCH

Open Access

Molecular profiling of circulating tumor cells links plasticity to the metastatic process in endometrial cancer

Lotena Alonso-Alconada¹, Laura Mujurelo-Romay¹, Kadri Madissoo^{2,3}, Antonio Díaz-López⁴, Camilla Kiskriat^{1,3}, Ione Tirovik^{2,3}, Elisbeth Wik^{2,3}, Dhayani Hapiangama⁵, Lieve Coenegrachts², Amparo Cano⁴, Antonio Gil-Moteno⁶, Luis Chiya⁷, Juan Cueva⁸, María Vieito⁹, Eugenio Ortega¹⁰, Javier Mariscal¹, Eva Coles⁵, Josep Castellví⁵, Maite Cusidó¹, Xavier Dolcet¹⁰, Hans W. Nijman¹², Tjalling Bosse¹³, John A. Green⁶, Andrea Román¹⁴, Jaume Reventós¹⁵, Rafael López-López¹, Helga B. Salvesen¹³, Frederic Amant², Xavier Matias-Guiu¹³, Gemma Moreno-Buena¹², and Miguel Abal¹ on behalf of ENITEC Consortium

Abstract

Background: About 20% of patients diagnosed with endometrial cancer (EC) are considered high-risk with unfavorable prognosis. In the framework of the European Network for Individualized Treatment in EC (ENITEC), we investigated the presence and phenotypic features of Circulating Tumor Cells (CTC) in high-risk EC patients.

Methods: CTC isolation was carried out in peripheral blood samples from 34 patients, ranging from Grade 3 Stage I/II to Stage IV carcinomas and recurrences, and 27 healthy controls using two methodologies. Samples were subjected to EpCAM-based immunosolation using the CELLction™ Epithelial Enrich kit (Invitrogen, Dynal) followed by RT-qPCR analysis. The phenotypic determinants of endometrial CTC in terms of pathogenesis, hormone receptor pathways, stem cell markers and epithelial to mesenchymal transition (EMT) drivers were asked. Kruskal-Wallis analysis followed by Dunn's post-test was used for comparisons between groups. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results: EpCAM based immunosolation positively detected CTC in high-risk endometrial cancer patients. CTC characterization indicated a remarkable plasticity phenotype defined by the expression of the EMT markers *ETV5*, *NOTCH1*, *SNAIL*, *TGFβ1*, *ZEB1* and *ZEB2*. In addition, the expression of *ALDH* and *CD44* pointed to an association with stemness, while the expression of *CTNNB1*, *ST3*, *GDF15*, *RFLA*, *RUNX1*, *BRAF* and *PIK3CA* suggested potential therapeutic targets. We further recapitulated the EMT phenotype found in endometrial CTC through the up-regulation of *ETV5* in an EC cell line and validated in an animal model of systemic dissemination: the propensity of these CTC in the accomplishment of metastasis.

Conclusions: Our results associate the presence of CTC with high risk EC. Gene expression profiling characterized a CTC-plasticity phenotype with stemness and EMT features. We finally recapitulated this CTC-phenotype by over-expressing *ETV5* in the EC cell line Hec1A and demonstrated an advantage in the promotion of metastasis in *in vivo* mouse model of CTC dissemination and homing.

Keywords: High-risk endometrial carcinomas, Circulating tumor cells, Epithelial to mesenchymal transition, Stem cell, ETV5

* Correspondence: miguel.abal.pressed@sergis.es
 Translational Medical Oncology Health Research Institute of Santiago (IDIS),
 SERGAS, IISG, Financera s/n 15706 Santiago de Compostela (Spain).
 Full list of author information is available at the end of the article



© 2014 Alonso-Alconada et al.; licensee BioMed Central Ltd. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.



Original

Cáncer de mama asociado al embarazo: estudio analítico observacional

Sonia Baulies^{3,4}, Maite Cusidó³, Francisco Tresserra³, Ignacio Rodríguez⁵, Beñen Úbeda⁶, Carmen Ara⁴ y Rafael Fábregas³

¹ Unidad de Ginecología Oncológica y Mastología, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción Humana, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España.
² Departamento de Anatomía Patológica, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España.
³ Unidad de Epidemiología y Estadística, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción Humana, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España.
⁴ Unidad de Diagnóstico Ginecológico por la Imagen, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción Humana, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
 Recibido el 27 de septiembre de 2012
 Aceptado el 12 de diciembre de 2012
 On-line el 13 de marzo de 2013

Palabras clave:
 Cáncer de mama
 Embarazo
 Factores pronósticos
 Tratamiento

RESUMEN

Fundamento y objetivo: El cáncer de mama asociado al embarazo se define como aquel que aparece durante la gestación o durante el primer año postparto.
Metodología y método: estudio retrospectivo analítico observacional en el que se comparan 56 cánceres de mama y embarazo (CME) diagnosticados entre 1976-2006 con 73 pacientes con cáncer de mama no asociado al embarazo (CME). Se analizaron los diversos datos demográficos, los factores pronósticos, el tratamiento y la supervivencia en ambos grupos.
Resultados: La prevalencia de CME en nuestro centro es 8,13/10.000 embarazos. La mayor frecuencia (62%) apareció durante el puerperio. Los estadios son mayores en el CME respecto al CME, siendo el 31,3% avanzados en el CME frente al 13,3% en el CME ($p = 0,05$). En cuanto a factores pronósticos, el 27,3% de CME eran grado tumoral I y frente al 15,8% del CME. En el grupo CME el 33,3% tenían receptores para estrógeno negativos, el 48,7% receptores para progesterona negativos y el 34,5% eran Her2/Neu positivo frente al 22,2, 24,1 y 31%, respectivamente, en CME. En el 32,8% de CME aparecieron ganglios afectados frente al 43,8% del CME ($p = 0,05$). En el grupo CME la supervivencia global y libre de enfermedad a 5 años fue del 63,7 y del 74,2%, respectivamente.
Conclusiones: El perfil pronóstico que se observa en el grupo CME es de peor, posiblemente a la presencia de factores de pronóstico adversos: metástasis ganglionares, receptores hormonales negativos y grado tumoral tipo II, así como al diagnóstico tardío, con un porcentaje mayor de cánceres avanzados.
 © 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Pregnancy-Associated Breast Cancer: An analytical observational study

ABSTRACT

Background and objective: Pregnancy-associated breast cancer is defined as breast cancer diagnosed during pregnancy and up to one year postpartum.
Patients and method: A retrospective, analytical, observational study comparing 56 cases of breast cancer and pregnancy (PABC) diagnosed 1976-2006 with 73 patients with breast cancer not associated with pregnancy (non-PABC) was performed. Demographic data, prognostic factors, treatment and survival were reviewed and compared.
Results: The prevalence of PABC in our center is 8.13/10,000. The highest frequency (62%) appeared during the postpartum period. The stages are higher in PABC being 31.3% advanced (III and IV) in PABC versus 13.3% in non-PABC ($P = .05$). Regarding prognostic factors, 27.3% in PABC had a tumoral grade I versus 15.8% of non-PABC. Among women with PABC, 33.3% had negative estrogen receptors, 48.7% negative progesterone receptors and 34.5% positive Her2/Neu compared with 22.2, 24.1 and 31%, respectively of non-PABC patients. Finally, positive lymph nodes were found in 32.8% of PABC versus 27.3% non-PABC ($P = .05$). Overall and disease-free survival rate at 5 years for PABC was 63.7 and 74.2%, respectively.

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: sonia.baulies@dexdeus.com (S. Baulies)

0025-7758/\$ - see front matter © 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.12.024>

Mini-revue

revista de la Endocrinología, Ginecología y Obstetricia 2014; 10(1):132-5

Fertility preservation in breast cancer: an oncological view

Préservation de la fertilité dans le cancer du sein : une vue oncologique

Sonia Baulies¹
Marta Devesa²
Maite Cusidó¹
Francesc Fargas¹
Carmen Ara¹
Buenaventura Coroleu²
Rafael L'Abregas¹

¹ Gynecologic oncology and breast pathology section, department of obstetrics, gynecology and reproduction, Hospital Universitari Quirón Dexeus, C/Gran Via Carlos III, 71-75, 08028 Barcelona, Spain
-sonba@dexeus.com-
² Service of reproductive medicine, department of obstetrics, gynecology and reproduction, Hospital Universitari Quirón Dexeus C/Gran Via Carlos III, 71-75, 08028 Barcelona, Spain



Reprint: S. Baulies

Abstract. The incidence of breast cancer has progressively increased, and around 15% of women are diagnosed before the age of 45. This subgroup of patients usually have more aggressive tumors and will receive additional systemic therapy as first-line therapy, hormone therapy or both). Moreover, the tendency to delay childbearing age implies that a large proportion of young breast cancer patients have not completed their reproductive desire. The impact of the oncological treatment on the ovarian reserve depends on the age of the patients, the type of regimen given and the dose. Patient's oncologist must be concerned with the question of fertility and a prompt referral to reproductive counseling unit should be done. Controversy still exists about whether a delay on the onset of oncological treatment for fertility preservation can be accepted or not. In our center, 26 patients underwent ovocyte cryopreservation between 2007-2012. The ovocyte cryopreservation (ovarian stimulation and oocyte retrieval) took a minimum of two to three weeks, and the whole process (from pathological breast cancer diagnosis to the start of cancer treatment) took a mean of four weeks. We consider young patients should be referred to a reproductive counseling unit as fertility preservation can be done without causing a significant delay in the onset of oncological treatment. Fertility preservation is a multidisciplinary field, that requires the participation of both the oncology team and human reproduction team.

Key words: fertility preservation timing, systemic treatment, breast cancer, ovocyte cryopreservation

Résumé. L'incidence du cancer du sein a augmenté progressivement. Autour de 15% des femmes sont diagnostiquées avant l'âge de 45 ans. Ce sous-groupe de patientes a généralement des tumeurs agressives et recevra une thérapie systémique supplémentaire (soit la chimiothérapie, l'hormone thérapie ou les deux). En outre, la tendance à retarder l'âge de procréer implique qu'une proportion importante de jeunes patientes atteintes de cancer du sein n'a pas terminé son désir de reproduction.

L'impact du traitement oncologique sur la réserve ovarienne dépend de l'âge des patientes, du type de traitement et la dose donnée. L'oncologue du patient doit se préoccuper de la question de la fertilité et un transfert rapide à l'unité de conseil en matière de reproduction doit toujours être fait. Le délai de début du traitement oncologique pour préserver la fertilité peut être accepté ou non. Dans notre centre, 26 patientes ont subi une cryopreservation d'ovocytes entre 2007-2012. La cryopreservation des ovocytes (stimulation ovarienne et récupération d'ovocytes) nécessite un minimum de deux à trois semaines, et l'ensemble du procédé (depuis le diagnostic pathologique du cancer du sein au début du traitement) prend en moyenne quatre semaines. Nous considérons que les jeunes patientes doivent être orientées vers un service de conseil en matière de reproduction, car la préservation de la fertilité peut être faite sans causer un retard important dans l'apartenance du traitement oncologique. La préservation de la fertilité est un domaine multidisciplinaire qui exige la participation de l'équipe d'oncologie comme de l'équipe d'unité en charge de la reproduction humaine.

Mots clés : temps dans la préservation de la fertilité, traitement systémique, cancer du sein, cryopreservation d'ovocytes

In recent years, sociological changes have caused a delay in the average age of childbearing. According to the "Instituto Nacional de Estadística" (INE), the mean age of parity was 28 years old in 1975, reaching 32.2 in 2013 (Figure 1). Today, at our center, the mean age for maternity is 34 years old. Moreover, the incidence

of breast cancer is increasing globally while the diagnosis is made at progressively younger ages [1, 2]. The early diagnosis and the current therapeutic have achieved a very favourable cure rate. The chemotherapy regimen based on anthracycline and taxanes has dramatically increased the prognosis of these patients, so that

10.1016/j.ree.2014.01.0025
Medicine in Reproduction Gynecology Endocrinology 2014; 10(1):132-5

© John Libbey Eurotext, 2014

Rev Esp Obstet. 2014; 47(1):22-27



Patología

www.elsevier.es/patologia



REVISIÓN

Consenso sobre la biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama. Revisión 2013 de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria^{1,2}



Laia Bernet^{3*}, Antonio Piñero⁴, Sergi Vidal-Sicart⁵, Vicente Peg⁶, Julia Giménez⁷, Manuel Algara⁸, Basilio Dueñas⁹, Francesc Tresserra¹⁰, Rafael Cano¹¹, José Manuel Cordero¹², Beatriz Navarro¹³, Josep Torró¹⁴, Ricardo Pardo¹⁵, David Martínez Ramos¹⁶, Arantxa Moreno Elola¹⁷, Virginia Vallejos¹⁸, Carlos Vázquez¹⁹, Marina Álvarez Benito²⁰, Jose Luis Raya Povedano²¹, Carmen Carreira Gómez²², Josefa Galobardes Monge²³, Edelmiro Iglesias²⁴, Carlos Fuster²⁵, Ana Lluch²⁶ y Angel Martínez Agulló²⁷

- ¹ Servicio de Patología, Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva, Valencia, España
² Servicio de Cirugía General, Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia, España
³ Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Clínic, Barcelona, España
⁴ Servicio de Patología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España
⁵ Servicio de Cirugía General, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España
⁶ Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital del Mar, Barcelona, España
⁷ Servicio de Cirugía, Hospital Universitario Ciudad de Jaén, Jaén, España
⁸ Servicio de Patología, Institut Dexeus, Barcelona, España
⁹ Servicio de Patología, Hospital Universitario de la Ribera, Alzira, Valencia, España
¹⁰ Servicio de Medicina Nuclear, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España
¹¹ Servicio de Diagnóstico Ginecológico por Imagen, Institut Dexeus, Barcelona, España
¹² Servicio de Cirugía General, Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva, Valencia, España
¹³ Servicio de Cirugía, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España
¹⁴ Servicio de Cirugía, Hospital General, Castelló, España
¹⁵ Servicio de Ginecología, Hospital Clínico, Madrid, España
¹⁶ Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España
¹⁷ Presidente de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, Valencia, España
¹⁸ Servicio de Radiología, Hospital Reina Sofía, Córdoba, España
¹⁹ Servicio de Radiología, Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España
²⁰ Servicio de Radiología, Hospital Infanta Cristina, Parla, Madrid, España
²¹ Servicio de Cirugía General, Hospital Arnau de Vilanova, Lleida, España
²² Servicio de Cirugía, Hospital General, Valencia, España

^{*} De acuerdo con los autores y los editores, este artículo se publica simultáneamente y de forma íntegra en Rev Esp Patol. 2014; <http://dx.doi.org/10.1016/j.ree.2014.01.0025>

^{*} Autor para correspondencia.
Correo electrónico: bernet_laia@va.es (L. Bernet).

1699-8855/\$ - see front matter © 2013 SEAP y SEC, Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.patol.2013.11.001>



ARTÍCULO ESPECIAL

Consenso sobre la biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama. Revisión 2013 de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria*



Laia Bernet^{1,*}, Antonio Piñero², Sergi Vidal-Sicart³, Vicente Peg⁴, Julia Giménez⁵, Manuel Algara⁶, Basilio Dueñas⁷, Francesc Tresserra⁸, Rafael Cano⁹, José Manuel Cordero³, Beatriz Navarro¹⁰, Josep Torró¹¹, Ricardo Pardo¹², David Martínez Ramos¹³, Arantxa Moreno Elola¹⁴, Virginia Vallejos¹⁵, Carlos Vázquez¹⁶, Marina Alvarez Benito¹, Jose Luis Raya Povedano¹, Carmen Carreira Gómez², Josefa Galobardes Monge¹, Edelmiro Iglesias¹⁷, Carlos Fuster¹⁸, Ana Lluch¹⁹ y Angel Martínez Agulló²⁰

- 1 Servicio de Patología, Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva, Valencia, España
2 Servicio de Cirugía General, Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia, España
3 Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Clinic, Barcelona, España
4 Servicio de Patología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España
5 Servicio de Cirugía General, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España
6 Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital del Mar, Barcelona, España
7 Servicio de Cirugía, Hospital Universitario Ciudad de Jaén, Jaén, España
8 Servicio de Patología, Institut Dexeus, Barcelona, España
9 Servicio de Patología, Hospital Universitario de la Ribera, Alzira, Valencia, España
10 Servicio de Medicina Nuclear, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España
11 Servicio de Diagnóstico Ginecológico por Imagen, Institut Dexeus, Barcelona, España
12 Servicio de Cirugía General, Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva, Valencia, España
13 Servicio de Cirugía, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España
14 Servicio de Cirugía, Hospital General, Castelló, España
15 Servicio de Ginecología, Hospital Clínico, Madrid, España
16 Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España
17 Presidente de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, Valencia, España
18 Servicio de Radiología, Hospital Reina Sofía, Córdoba, España
19 Servicio de Radiología, Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España
20 Servicio de Radiología, Hospital Infanta Cristina, Parla, Madrid, España
* Servicio de Cirugía General, Hospital Arnau de Vilanova, Lleida, España
* Servicio de Cirugía, Hospital General, Valencia, España

Disponible en Internet el 13 de diciembre de 2013

* De acuerdo con los autores y los editores, este artículo se publica simultáneamente y de forma íntegra en Rev Esp Patol. 2014.
Autor para correspondencia.
Correo electrónico: bernetl@luisvalca.es (L. Bernet).

0214-1582/\$ - see front matter © 2013 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
http://dx.doi.org/10.1016/j.sen.2013.11.003

ALCOHOL AND DRUG ABUSE

Alcohol and drug abuse and risky sexual behaviours in young adult women

Camil Castelo-Branco^{1,2,3}, Nuria Ferrera⁴, Nicolás Mendoza⁵, Ezequiel Pérez-Campos⁶, Inaki Leta⁷, and the CEA group*

1 Clinic Institute of Gynecology, Obstetrics and Neonatology, Hospital Clinic, 2 Faculty of Medicine, University of Barcelona, Barcelona, Spain, 3 Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Suñer (IDIBAPS), Barcelona, Spain, 4 Sección de Medicina de la Reproducción, Departamento de Obstetricia i Ginecología, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, Spain, 5 Margen Clinic, Granada, Spain, 6 Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital General de Requena, E-46340 Requena, Valencia, Spain, and 7 Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital Sant Joan Apóstol, Viloria-Gustaf, Spain

Abstract

Objective: To assess alcohol abuse as a predictor of risky sexual behavior among adolescents and young adult women, a high-risk population for unintended pregnancies.
Subjects: Totally 2168 adolescent and young adult women, 18-29 years, were assessed on sociodemographics, alcohol and drug use and risky sexual behaviors.
Interventions: Participants answered a structured questionnaire on their leisure habits, drug and alcohol consumption, contraception and sexual behaviors.
Results: Most of the young adult women perceive that sexuality is an important part of their life but not a main concern (77.6%) and that alcohol removes the barriers to have sex (62.3%). Additionally, 77.0% claimed that contraception had "a lot" (53.4%) and "quite" (23.6%) influence on the quality of their sexuality. However, up to a 38.4% of the interviewed women had had sex without using any contraception and 29.6% of them acknowledged that had taken alcohol and of these, 46.7% said that alcohol was responsible for not using contraception. Alcohol abuse predicted an increase in risky sexual behaviours (4.45 CI: 2.01-9.75, p<0.0001). The effect of alcohol was independent of age.
Conclusion: These findings suggest that contraception-related behavioural interventions for young adult women should discuss the link between alcohol and sexual risk behavior.

Keywords

Alcohol abuse, contraception, drug consumption, perceived risk, sexuality

History

Received 5 January 2014
Revised 1 March 2014
Accepted 19 March 2014
Published online 20 May 2014

Introduction

Over the last few years, research dedicated to understanding relationships between drug and alcohol use and unsafe sex has grown. The World Health Organization's Gender, Alcohol and Culture: An International Study project [1] has increased attention on the need to study gender differences in drinking and differential responses that might be useful in addressing problems related to alcohol use. In many countries, research has shown that females drink less alcohol (by volume) and less frequently than their male counterparts [2,3]. Nonetheless, estimates of alcohol

use among European females indicate that approximately 50% are alcohol drinkers [4] and roughly a third of male drinkers drink at risky levels over weekends [5]. One in 10 women surveyed for the Demographic Health Survey (1998) had experienced symptoms of alcohol problems during her lifetime [6]. In addition, data from this survey suggested that women who are poor and with low educational level were significantly more likely to report lifetime alcohol problems [6]. On the other hand, a recent study using path models showed that contextual variables (family socio-economic status and negative family interaction) were relatively weak predictors of young adulthood alcohol use and abuse, whereas the effects of childhood individual variables (e.g. aggression, popularity, behavioral inhibition) on adulthood alcohol use and abuse generally were the key variables to predict the alcohol abuse being mediated by the same behavioral variables in adolescence [7]. Furthermore, among young women who have had sexual relations, many have reported that the use of alcohol and other drugs helps them to overcome their wariness [8]. Some risk-taking behaviors such as negligence in contraceptive use and intercourse under the influence of alcohol have been suggested as main reasons behind the increasing numbers of abortions among young women [9].

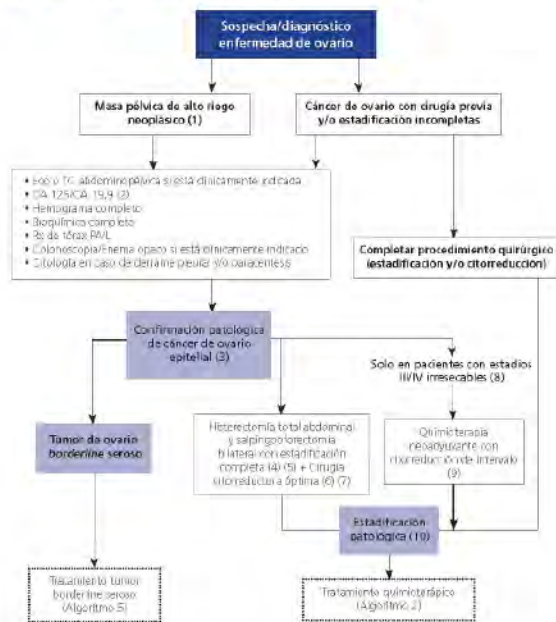
While the explanations that have been put forward identify a variety of underlying linkages, newer research has begun to highlight the idea that human desire factors into this equation.

*CEA Study Group (in alphabetical order): C. Castelo-Branco, Institut Clinic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia, Hospital Clinic, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, IDIBAPS, Barcelona; M. Corrao, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife; M.A. Gomez, Family Planning Center Aldeanueva, Zaragoza; I. Leta, Hospital Sant Joan Apóstol, Viloria-Gustaf; E. Lobo, Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid; N. Mendoza, Margen Clinic, Granada; N. Piñero, Institut Dexeus, Barcelona; E. Pérez-Campos, Hospital General de Requena, Valencia; E. de la Viada, Hospital Universitario de Guadalajara. Address for correspondence: Camil Castelo-Branco, Clinic Institute of Gynecology, Obstetrics and Neonatology, Hospital Clinic, Vilanova 170, 08036 Barcelona, Spain. Tel: +34 93 227 54 36. Fax: +34 93 227 93 25. E-mail: castelbranco@ub.edu

Gynecol Endocrinol Downloaded from informahealthcare.com by Universidad Pompeu Fabra on 04/14/15. For personal use only.

PARTE 2
Oncoguía SEGO: Cáncer Epitelial de Ovario, Trompa de Falopio y Peritoneo 2014

Algoritmo 1. Diagnóstico, estadificación y tratamiento primario



- (1) Ver criterios de sospecha de malignidad (ultrasonido y/o tomografía) (Tabla 3 y 4)
- (2) Describir otros primarios (en bilateralidad o sospecha de estípite mixotumoral) (Capítulo 1)
- (3) Histero / Colposcopia dirigida o intraperitoneal (Capítulo 1, 3)
- (4) Ver criterios de estadificación completa (Tabla 5, Capítulo 2)
- (5) Si la paciente desea mantener fertilidad, considerar salpingo-omecistomía unil o bilateral en estadios I y II bien diferenciados, siempre que se hubiera realizado estadificación completa (Tabla 5, Capítulo 3)
- (6) Ver criterios de cirugía citorréductora a 5ptima (Tabla 8, Capítulo 3.1)
- (7) Valorar la colocación de catéter intraperitoneal para quimioterapia adyuvante (Capítulo 4.3)
- (8) Ver criterios de inresecabilidad (Tabla 9, Capítulo 3.2)
- (9) Ver protocolos de quimioterapia neoadyuvante (Capítulo 4.2)
- (10) Estadificación FIGO (Tabla 6, Capítulo 2)

PARTE 2
Oncoguía SEGO: Sarcomas uterinos 2014

INTRODUCCIÓN

Los sarcomas uterinos son tumores malignos muy poco frecuentes; representan tan solo el 1% de los cánceres ginecológicos y el 3-7% de todos los tumores malignos uterinos. Es difícil establecer la incidencia real de estos tumores debido a su baja frecuencia y a que se trata de un grupo heterogéneo de neoplasias que incluye diferentes tipos histológicos. Aún así, se estima que a nivel mundial los sarcomas tienen una incidencia de 0,5 a 3,3% por 100.000 mujeres/año.

Los sarcomas uterinos se caracterizan por originarse a partir del tejido mesodérmico del útero: del músculo liso, del estroma endometrial o del tejido conjuntivo situado entre las fibras musculares lisas. En ocasiones, pueden asociarse a otros tumores benignos de origen epitelial (leiomiomas) e incluso a otros tejidos no existentes normalmente en el útero dando lugar a tumores heterólogos.

Clínicamente se caracterizan por su mal pronóstico, presentando una supervivencia global inferior al 50%, aunque se diagnostiquen en estadios iniciales, si bien existen diferencias según los tipos histológicos. Este es el caso de los sarcomas del estroma endometrial de bajo grado y los adenosarcomas que destacan por su mejor pronóstico. Sin embargo, a pesar de su buen pronóstico es importante recordar que las recidivas pueden aparecer mucho tiempo después del tratamiento inicial.

La edad de diagnóstico puede variar según el tipo histológico, si bien la franja de edad más frecuente al diagnóstico se sitúa entre 40-60 años, mientras que la edad media se sitúa en torno a los 55 años. Clásicamente se ha considerado la radiación pélvica y el tratamiento prologado con tamoxifeno como factores de riesgo, si bien estos datos no se han visto corroborados por la literatura.

El sarcoma uterino es un tumor poco frecuente, por lo que los datos publicados en la literatura son limitados tanto en número y calidad de las publicaciones como al número de casos incluidos, hecho que dificulta establecer pautas de tratamiento para estos tumores con un alto nivel de evidencia científica. Su mal pronóstico y la falta de consenso sobre cuál es el tratamiento óptimo de estos tumores malignos ha hecho que recientemente la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) haya creado una clasificación propia, en un intento de reflejar su diferente comportamiento biológico.

Esta oncoguía va especialmente dirigida a ginecólogos oncológicos, oncólogos médicos y oncólogos radioterapeutas. Pero también es una guía de práctica clínica para los ginecólogos generalistas, para que en caso de que se encuentren durante una cirugía aparentemente benigna con la sospecha diagnóstica de un sarcoma uterino, puedan adoptar la conducta más adecuada.

PARTE 2
Oncoguía SEGO:
Prevención del Cáncer de Cuello de Útero 2014

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix es la tercera neoplasia más frecuente entre las mujeres a nivel mundial. El cribado de mujeres sanas mediante citología cervical de forma adecuada y mantenida ha conseguido reducir hasta un 80-90% la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix.

En las dos últimas décadas se ha confirmado que el Virus del papiloma humano (VPH) es el agente causal de la práctica totalidad de neoplasias de cérvix y de sus lesiones precursoras. Solo 2 genotipos de VPH de alto riesgo oncogénico (VPH-16 y 18, provocan aproximadamente el 70% de las lesiones cervicales invasivas y otros 10 tipos explican el 25-35% de los casos restantes. El modelo de carcinogénesis cervical se basa en la persistencia de la infección por VPH como elemento esencial para el desarrollo de lesiones precursoras y cáncer. Durante los primeros años de vida sexual existe una elevada incidencia de infección y adelantamiento vital. Más del 90% de las infecciones en este grupo de mujeres son transitorias e irrelevantes desde el punto de vista oncológico. Sin embargo, las mujeres mayores de 30 años presentan una menor prevalencia de infección VPH, pero con un mayor porcentaje de persistencia, lo que conlleva mayor riesgo de incidencia de lesiones precursoras a partir de esta edad.

Las pruebas de detección del VPH constituyen un marcador muy sensible y precoz del riesgo de cáncer o lesiones precursoras, especialmente en mujeres mayores de 30 años. En la última década la mayoría de Sociedades Científicas ha incorporado las pruebas VPH en diferentes ámbitos de la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino (cribado, selección de citologías anormales y seguimiento post-tratamiento). En España, en el año 2006, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC), la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP) y la Sociedad Española de Citología (SEC) incluyeron de forma opcional la prueba VPH en mujeres mayores de 25 años en el cribado primario (1).

Actualmente en España no existe una política común de cribado del cáncer de cérvix a no que existen estrategias de Salud Pública diferentes en cada una de las 17 Comunidades Autónomas. Mayoritariamente los programas de cribado del cáncer de cuello uterino (CCU) son oportunistas, con coberturas no óptimas y con déficits en la equidad y en la eficiencia. Se estima que más del 60% de las neoplasias de cérvix diagnosticadas reciben en mujeres sin cribado previo o con cribado inadecuado. Establecer una política de cribado poblacional para el cáncer de cuello uterino, tanto en España como en el resto de países europeos, debería ser una prioridad tal como se expone en las "European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening".

Los últimos avances en el conocimiento sobre las pruebas de cribado, su eficacia, pautas y criterios de aplicación y conducta ante resultados anormales, justifican la presente "Guía de Prevención del Cáncer de Cuello de Útero". La progresiva convergencia de mujeres vacunadas frente al VPH (prevención primaria) que deberá seguir realizándose (cribado del cáncer de cérvix (prevención secundaria) en los próximos años, obliga a incorporar pruebas más sensibles y eficaces, con indicaciones que permitan evaluar el proceso y aportar el máximo beneficio (coste-eficacia). En caso contrario, cobarturas subóptimas tanto en la prevención primaria como en el cribado y la utilización de pruebas y pautas de cribado no adecuadas pueden conducir a un incremento del coste sin una reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino en España (1).

Estos importantes cambios en las estrategias de prevención primaria y secundaria condicionan nuevos escenarios que obligan a plantear diferentes pautas de conducta en mujeres con citologías de cribado anormales (por ejemplo en mujeres con prueba VPH positiva y citología negativa). También en los últimos años se han obtenido nuevas evidencias que permiten responder muchos de los interrogantes e individualizar la conducta clínica en las pacientes. Algunos de los cambios

1

BJC

FULL PAPER

British Journal of Cancer (2014) 110, 34–40. doi:10.1038/bjc.2014.143

Keywords: breast cancer; core biopsy; histological grade; tumour heterogeneity; predictive factors; discordance

Histological grade concordance between diagnostic core biopsy and corresponding surgical specimen in HR-positive/HER2-negative breast carcinoma

C Daveau¹, S Baulieu², M Lalloum², M Bollet¹, B Sigal-Zefrani³, X Sastre³, A Vincent-Salomon³, A Tardivon⁴, F Thibault⁵, J Y Pierga⁵, P Cottu⁵, M P Sablin⁵, R Rouzier⁵, C Malhaise⁵, P Mallon² and F Rey^{1,2}

¹Department of Radiation Oncology, Institut Curie, Paris, France, ²Department of Surgery, Institut Curie, Paris, France, ³Department of Tumour Biology, Institut Curie, Paris, France, ⁴Department of Radiology, Institut Curie, Paris, France and ⁵Department of Medical Oncology, Institut Curie, Paris, France

Background: The identification and validation of suitable predictive and prognostic factors are a challenge to improve the treatment scheme selection. Discordances in histological grade can be established between core biopsy and surgical specimens. This is important in HR-positive/HER2-negative subgroup where histological grade identifies patients at high risk and is a strong determinant for treatment scheme.

Methods: A total of 350 consecutive invasive breast carcinoma biopsies were assessed and compared with surgical specimens in Institut Curie, Paris, France. Clinical, radiological and pathological data were recorded.

Results: Histological grade concordance rate in the HR+/HER2- group was 75%. A grade underestimation was mainly due to mitotic index misgrading (23%). Large tumours ($P < 0.05$), premenopausal patients ($P = 0.005$) and nonultrasound-guided biopsies ($P = 0.04$) were risk factors for misgrading. The highest discordance was found in tumours that required chemotherapy (39%, $P < 0.003$), and it was related to an underestimation of histological grade on core biopsies (94%).

Conclusions: Histological grade in HR+/HER2- group is important to identify patients with poor prognosis and start systemic therapy. Histological grade discordance was correlated with an underestimation of mitotic index and factors probably associated with tumour heterogeneity (premenopausal status, tumour size and the type of core biopsy performed). But such discordance did not appear to modify the therapeutic decision, because systemic treatment decision making also integrates other variables. Determining histological grade in core biopsy can be especially important in HR-positive/HER2-negative subgroup where it identifies patients at high risk and is a strong determinant of the treatment scheme.

Breast cancer is a heterogeneous disease. There is a great diversity within tumours that determines different tumour profiles, different degrees of treatment sensitivity and different rate of disease progression (Polyak, 2011). The identification, validation and application of suitable predictive and prognostic factors is a major challenge in order to improve the treatment scheme selection for each individual patient.

The role of core needle biopsy has been clearly established as an important diagnostic tool for breast lesions, and it is considered the standard diagnostic method for breast disease (Di Lorenzo *et al.*, 1996; Fottine *et al.*, 1998; Pinder *et al.*, 1996; Pijnappel *et al.*, 1997; Couse *et al.*, 2003; Cignola *et al.*, 2006). The accuracy of core biopsy for the diagnosis of breast carcinoma is superior to the cytological diagnosis by fine needle aspiration, and a good concordance rate

*Correspondence: Dr F Rey, Email: f.rey@curie.net

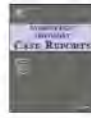
Received 5 November 2013; revised 18 February 2014; accepted 21 February 2014

© 2014 Cancer Research UK. All rights reserved 0957-4225/14

www.bjancer.com | DOI:10.1038/bjc.2014.143

Advance Online Publication: 6 April 2014

1



Case Report

Malignant transformation of abdominal wall endometriosis with lymph node metastasis[☆]

Case report and review of literature

Francesc Fargas Fàbregas^{a,*}, Maite Cusidó Cufmferre, Francesc Tresserra Casas, Sonia Baulies Caballero, Rafael Fàbregas Xauradó^a Hospital Universitari Dexeus, Barcelona, Spain

ARTICLE INFO

Article history:
Received 28 September 2013
Accepted 10 November 2013
Available online 5 January 2014

Keywords:
Malignant endometriosis
Lymph node metastasis

Introduction

Endometriosis is defined as the emergence and growth of endometrial tissue (glands and stroma) outside of the uterus. It affects 8–15% of the population and is most frequently found in the ovary. Extrapelvic implantation may occur in any organ or tissue, but is rare in the abdominal wall. When it does occur there, a history of surgery, whether laparotomy or laparoscopy, is usually present.

Malignancy of this type of endometriosis in an abdominal wall scar may occur from just a few months until up to 18 years after surgery (Henson et al., 2006). The case we discuss below deals with the malignant transformation of cesarean scar endometriosis with nodal metastasis at preperitoneal level. This is interesting because no other known cases have ever been reported.

Case presentation

We herein present the case of a 49-year-old patient with a history of appendectomy, two births, a cesarean section, and removal of the endometriotic mass in the cesarean scar, 15 years before.

[☆] This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

* Corresponding author. E-mail: fargas@dexdeu.com (F. Fargas Fàbregas).
fax: +34 93 410 78 32.

The patient was seen for her routine annual gynecological examination, in which she reported the presence of a painful abdominal mass, which had increased in size during the previous few months. She described the pain as cyclical, corresponding to her menstrual cycles, and that it reminded her of the lesion for which she had previously been operated on. Her check-ups prior to this consultation had been normal and no abdominal nodule had been observed.

A physical examination revealed a mass located in the midline of the abdominal wall, 3 cm above the Pfannenstiel scar. The size of the lesion was roughly 6 cm × 6 cm, and it was painful upon movement and was Fothergill sign positive. The rest of the gynecological examination was normal.

Ultrasound scan and mammography were normal. soft tissue ultrasound (abdominal wall) revealed a lesion measuring 70 × 60 mm located in the abdominal wall, confined within the mesogastrium, caudal to the umbilical region, compatible with fibrous soft tissue tumor (desmoid tumor). Due to the history of the patient we were not able to rule out endometriotic implants. Fine-needle aspiration was performed with pap smear revealing a benign process compatible with endometriosis (Fig. 1).

Tumor marker levels were: CA-125: 243 U/ml and CEA: <0.5 ng/ml. With a diagnosis of abdominal wall endometriosis, surgery was scheduled for removal of the wall tumor and exploration of the abdominal cavity.

Surgical procedure

The intraoperative pathology of the abdominal wall nodule revealed a mass located at the preperitoneal level with histopathologic result of serous papillary adenocarcinoma (Fig. 2). During the exploratory laparotomy two preperitoneal nodules were observed in the right iliac fossa and another two in the left iliac fossa, which were resected and observed to be nodal metastases of serous papillary adenocarcinoma (two right and one left). The surgery proceeded with bilateral salpingectomy, omentectomy, a removal of the endometriotic mass located in the uterine fundus, endometrial biopsy, and a thorough assessment of the abdominal cavity with intraoperative examination of all the specimens, none revealing neoplastic infiltration.

The case was evaluated by the Gynecology and Oncology Committee, which decided that an extension study with a PET/CT was to be

Revisión

Morbilidad asociada a la morcelación del sarcoma uterino: caso clínico y revisión

Morbidity associated to sarcoma's morcellation: case report and review

Francesc Fargas Fàbregas^a, Maite Cusidó Gimferrer^a, Alba Plana Gutierrez^a, Sonia Baulies Caballero^a, Ignacio Rodríguez^a, Francesc Tresserra Casas^b, Maria Angela Pascual Martínez^c, Rafael Fàbregas Xauradó^d

^a Departamento de Ginecología, Obstetricia y Ginecología
^b Departamento de Estadística
^c Departamento de Anatomía Patológica
^d Departamento de Diagnóstico por Imagen
Institut Universitari Quirón Dexeus, Barcelona

RESUMEN

El sarcoma, es un tumor poco predecible antes de su estudio anatómo-patológico, y un primer tratamiento de esto, que no implique una extracción íntica de la masa, puede suponer un pronóstico fatal para la paciente, con una recidiva muy agresiva, en un periodo muy corto de tiempo. Reportamos el caso de una paciente de 50 años de edad, intervenida en otro centro, de histerectomía subtotal vía laparoscópica, por crecimiento de un mioma, con morcelación de la pieza. El estudio histopatológico de la pieza fue de leiomiomasarcoma por la inmunohistoquímica. Acude a nuestro hospital, 6 meses después por masa abdominal. En la RMN se evidenció una masa sólida de unos 19cm, polilobulada, compatible con una recidiva. Se decide anexiésis de la masa vía laparotómica. Se procede a la resección de la masa pélvica, traquelectomía con pieza de poliperitoneotomía, y omentectomía. El resultado histopatológico es de leiomiomasarcoma interesado, pared abdominal izquierda, omento y peritoneo visceral, sin afectación cervical. Se valora el caso por el comité y se decide tratamiento adyuvante con quimioterapia. Ante un crecimiento desmesurado de un mioma, hay que sospechar siempre el posible diagnóstico de malignidad, ya que la forma con el que este se trata en un primer acto quirúrgico, puede tener connotaciones muy desfavorables para el pronóstico de esta paciente, presentando una recidiva muy precoz, y una enfermedad muy extendida en poco tiempo.

PALABRAS CLAVE

Sarcoma, morcelación

CORRESPONDENCIA:

Dr. Francesc Fargas Fàbregas
Institut Universitari Quirón Dexeus,
Gran Via Carles III, num. 71-75
08028, Barcelona
Tf: 932274700 Fax: 934173298
E-mail: ffrasar@dexdeu.com

ABSTRACT

Sarcoma is a little predictable diagnosis prior to pathological study, and if the first treatment does include the complete mass removal, it can mean a fatal prognosis for the patient with an aggressive recurrence in a very short period of time. We report the case of a 50 years old patient, operated in another center of laparoscopic subtotal hysterectomy for a fibroid uterus, including specimen morcellation. The histopathological examination of the specimen was leiomyomasarcoma. She came to our hospital 6 months later presenting an abdominal mass. In the MRI a 19cm solid mass was evidenced. Excision of the mass by laparotomy was decided, trachelectomy with poliperitoneotomy and omentectomy. Adjuvant treatment with chemotherapy was administered. An excessive growth of a myoma, always need to discard the diagnosis of malignancy, since the first surgical procedure can have a very unfavorable connotations for the prognosis of the patient.

KEY WORDS

Sarcoma, morcellation

INTRODUCCIÓN

Los sarcomas uterinos constituyen alrededor del 3% de las patologías malignas del útero, por lo que son tumores relativamente raros, de origen mesodérmico.

Son, en general, el grupo de tumores uterinos más malignos y se diferencian de los cánceres de endometrio en su diagnóstico, comportamiento clínico, patrón de diseminación y tratamiento, mostrando un peor pronóstico, elevada tasa de recidivas locales y de metástasis a distancia. (1) Presentamos el caso de una paciente intervenida por laparoscopia por útero miomatoso que acabó siendo un sarcoma uterino.



Comunicación corta

Crecimiento de novo de un hemangioma capilar conjuntival

L. Fernández-Vega Cueto^{a,*}, F. Tresserra^b y M.F. de la Paz^c

^a Centro de Oftalmología Barraquer, Barcelona, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 13 de septiembre de 2012
Aceptado el 29 de octubre de 2012
On-line el 20 de diciembre de 2012

Palabras clave:

Hemangioma
Capilar
Tumor conjuntival
Biopsia
De novo

RESUMEN

Caso clínico: Mujer de 22 años, diagnosticada previamente de quiste de inclusión conjuntival en el sector nasal del ojo izquierdo y tratada mediante dos sesiones incisionales, que acude a nuestra consulta con suposfagma univesal acompañado de intenso dolor. Tras realizar una biopsia excisional, fue diagnosticada de hemangioma capilar conjuntival.
Discusión: El hemangioma capilar conjuntival es una lesión mayoritariamente benigna, asintomática y congénita, alejado rara pero posible su evolución o su aparición de novo en edades adultas.

© 2012 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

De novo growth of a capillary hemangioma of the conjunctiva

ABSTRACT

Clinical case: A 22-year-old woman patient, diagnosed with an inclusion cyst of the conjunctiva in the nasal sector of the left eye, who after 2 shot/needle injections in the lesion came to our clinic with a dense subconjunctival hemorrhage in four quadrants and with severe pain. After excisional biopsy, a capillary hemangioma of the conjunctiva was diagnosed.
Discussion: Conjunctival capillary hemangiomas is mainly a benign lesion, asymptomatic and mostly congenital in origin, its progression or de novo growth is rare in adulthood.

© 2012 Sociedad Española de Oftalmología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los tumores vasculares de conjuntiva son muy infrecuentes. Entre los más conocidos están el linfangioma, el hemangioma capilar, el hemangioma cavernoso, el sarcoma de Kaposi y el

granuloma. El hemangioma capilar conjuntival es una lesión congénita, principalmente asintomática, que consiste en una proliferación vascular benigna. En ocasiones puede invadir la córnea y llegar hasta al eje visual, por lo que está indicada la exéresis quirúrgica¹. La conjuntiva es un lugar de presentación primaria poco frecuente para estos tumores, pero se

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: lfernandez@barraquer.com (L. Fernández-Vega Cueto).

0365-6601/\$ - see front matter © 2012 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.oftal.2012.10.010>



Deletion at 6q24.2–26 predicts longer survival of high-grade serous epithelial ovarian cancer patients

Marta M. Kamieniak^a, Daniel Rico^b, Roger L. Milne^{c,d}, Ivan Muñoz-Repeto^e, Kristina Ibáñez^f, Miguel A. Grillo^g, Samuel Domingo^h, Salud Borrego^{i,j,k}, Alicia Cazorla^g, José M. García-Buena^h, Susana Hernando^l, Jesús García-Donas^l, Elena Hernández-Agudo^h, Teresa Ramón y Cajal^l, Luis Robles-Díaz^m, Ivan Márquez-Rodasⁿ, Maite Cusidó^o, Raquel Sáez^h, Carmen Lacambra-Calvet^h, Ana Osorio^{h,k}, Miguel Urioste^{h,k}, Juan C. Cigudosa^{h,k}, Luis Paz-Ares^h, José Palacios^l, Javier Benítez^{h,k}, María J. Garcia^{h,k,l}

^aHuman Genetics Group, Spanish National Cancer Research Center (CNIO), C/ Melchor Fernández Almagro 3, 28029 Madrid, Spain

^bStructural Computational Biology Group, Spanish National Cancer Research Center (CNIO), C/ Melchor Fernández Almagro 3 28029, Madrid, Spain

^cCancer Epidemiology Centre, Cancer Council Victoria, 615 St Kilda Road, Melbourne 3004, Australia

^dCenter for Epidemiology and Biostatistics, Melbourne School of Population and Global Health, The University of Melbourne, Level 3, 207 Bouverie Street Carlton, Melbourne 3010, Victoria, Australia

^eMolecular Cytogenetics Group, Spanish National Cancer Research Center (CNIO), C/ Melchor Fernández Almagro 3 28029 Madrid, Spain

^fDepartments of Genetics, Reproduction, and Fetal Medicine, IISG, University Hospital Virgen del Rocío/CSIC/ University of Seville, Avda. Manuel Siurot, s/n., 41013 Sevilla, Spain

^gPathology Department, Fundación Jiménez Díaz, Avda. Reyes Católicos, 2 28040 Madrid, Spain

^hOncology Department, Hospital General de Albacete, Calle Hermanos Fulco, 37, 07006 Albacete, Spain

ⁱOncology Department, Fundación Hospital Alcorcón, Calle Valdeaguna, 1, 28922 Alcorcón, Spain

^jMedical Oncology Service, Oncologic Center Clara Campoal, Calle Oña, 30, 28050 Madrid, Spain

^kBreast Cancer Clinical Research Unit, Spanish National Cancer Research Center (CNIO), C/ Melchor Fernández Almagro 3 28029 Madrid, Spain

^lMedical Oncology Service, Hospital San Pau, Carrer de Sant Quirze, 85, 08026 Barcelona, Spain

^mFamilial Cancer Unit and Medical Oncology Department, Hospital 12 de Octubre, Avda de Córdoba, s/n, 28041 Madrid, Spain

ⁿMedical Oncology Service, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Universidad Complutense, Calle Doctor Esquerdo, 46, 28007 Madrid, Spain

^oGynecology and Gynecology Department, Institut Universitari Dexeus, Carrer de Sabino Arana, 5, 08028 Barcelona Spain

^pLaboratory of Genetics, Hospital Donostia, Calle Doctor Beguiristain, 117, 20080 San Sebastián, Spain

^qDepartment of Internal Medicine, Hospital Severo Ochoa, Avda. de Orrellana, s/n., 28911 Madrid, Spain

^rFamilial Cancer Clinical Unit, Spanish National Cancer Research Center (CNIO), C/ Melchor Fernández Almagro 3 28029 Madrid, Spain

^sMedical Oncology Department, University Hospital Virgen del Rocío, Avda. Manuel Siurot s/n., 41013 Sevilla, Spain

* Corresponding author. Spanish National Cancer Research Center (CNIO), C/ Melchor Fernández Almagro 3, 28029 Madrid, Spain; Tel.: 34 917328057; fax: 34 912269911.

E-mail address: mjgarcia@cnio.es (M.J. Garcia).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.molonc.2014.04.016>

1574-7892/© 2014 The Authors. Published by Elsevier B.V. on behalf of Federation of European Biochemical Societies. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

Please cite this article as: Kamieniak M.M., et al. Deletion at 6q24.2–26 predicts longer survival of high-grade serous epithelial ovarian cancer patients. *Molecular Oncology* (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.molonc.2014.03.016>



Absence of amyloid-beta in lenses of Alzheimer patients: A confocal Raman microspectroscopic study

Ralph Michael^{a,b,c}, Cees Otto^c, Aufried Lenferink^c, Ellen Gelpi^d, Gustavo A. Montenegro^a, Jurja Rosandić^a, Francisco Tresserra^b, Rafael I. Barraquer^a, Gijis F.J.M. Vriens^f



^aInstitut Universitari Barraquer, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain

^bQuirón Eye Clinic, Pineda de Mar Medical University, Sitges, Spain

^cMedical Cell Bio Physics, University of Twente, Enschede, The Netherlands

^dNeurological Tissue Bank of the Boharic Hospital Clinic-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, Spain

^eDepartment of Pathology, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, Spain

^fDepartment of Ophthalmology, Leiden University Medical Center, The Netherlands

ARTICLE INFO

Article history:

Received 17 September 2013

Accepted in revised form 25 November 2013

Available online 12 December 2013

Keywords:

cataract

lens

brain

hippocampus

Alzheimer

Raman spectroscopy

amyloid-beta

ABSTRACT

We have compared the protein profiles in plaques and tangles in the hippocampus of post-mortem Alzheimer brains and in opaque and clear regions in the deep cortex of eye lenses of the same donors. From the 7 Alzheimer donors studied, 1 had pronounced bilateral cortical lens opacities, 1 moderate and 5 only minor or no cortical opacities. We looked for beta-sheet levels, a hallmarking property of amyloid-beta, the major protein of plaques and tau protein, the major protein of tangles in Alzheimer brains. Confocal Raman microspectroscopy and imaging was used in combination with hierarchical cluster analysis. Plaques and tangles show high levels of beta sheets with a beta-sheet to protein ratio of 1.67. This ratio is 1.12 in unaffected brain tissue surrounding the plaques and tangles. In the lenses this ratio is 1.17, independently of the presence or absence of opacities. This major difference in beta-sheet confirmation between hippocampus and lens is supported by Congo red and immunostaining of amyloid-beta and tau which were positive for plaques and tangles in the hippocampus but fully negative for the lens irrespective of the presence or absence of opacities. In line with a previous study (Michael et al., 2013) we conclude that cortical lens opacities are not typical for Alzheimer patients and are not hallmarked by accumulation of amyloid-beta, and can thus not be considered as predictors or indicators of Alzheimer disease as claimed by Goldstein et al. (2003).

© 2014 Elsevier Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

In previous papers Goldstein et al. (2003) and Moncaster et al. (2010) described accumulation of amyloid- β (A β) in supra-nuclear (cortical) cataracts of patients with Alzheimer disease (AD) and Down syndrome. They conclude from these studies that "The process (i.e. the accumulation of A β) that's going on in the brain is also going on in the eye", cited by Gardner (2005). Since then non-invasive *in vivo* ophthalmological methods (quasi-elastic light scatter and fluorescence ligand screening) have been developed by Goldstein and coworkers to identify the presence of A β in cortical cataract and advocate its presence as an (early) predictor of AD (Goldstein, 2008; Grohol, 2009).

Because of the paramount clinical importance of this conclusion, we decided to study a large population of cortical cataracts in Alzheimer and non-Alzheimer donors to verify the presence of A β in human cataract lenses. Based on histochemical (Congo red and Thioflavin-S staining) and immunohistochemical (A β antibody clone 6E10) evidence we came to a conflicting conclusion: full absence of A β in cortical cataracts in AD and non-AD donors (Michael et al., 2013). In contrast with the Goldstein et al. (2003) and Moncaster et al. (2010) studies we included in our study frontal cortex sections from brain donors with Alzheimer disease as positive controls. The brain slices showed strong positive Congo red staining with a red-to-apple green shift (birefringence) under polarized light, Thioflavin-S fluorescence and positive immunostaining. We discussed this discrepancy at length and have re-addressed the question of A β in the lens in the present study.

The neuropathology of Alzheimer disease is hallmarked by the presence of amyloid β plaques and neurofibrillary tangles in the cerebral cortex and hippocampus. As recently reviewed by

* Corresponding author. Institut Universitari Barraquer, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain.
E-mail address: r.michael@barraquer.cat (R. Michael).

0014-4835/\$ – see front matter © 2014 Elsevier Ltd. All rights reserved.
http://dx.doi.org/10.1016/j.exer.2013.11.016

Progesterona natural en el manejo del sangrado uterino anormal durante la adolescencia

Autoras

Dra. Núria Parera Junyent

Jefa del Área de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia,
Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción,
Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona.

Dra. Emilia Villegas Muñoz

Coordinadora de Ginecología de la Unidad de Gestión Clínica de Ginecología y Obstetricia
Hospital Carlos Haya Málaga.

Introducción

Durante la pubertad se producen toda una serie de cambios que convierten el cuerpo de la niña en mujer adulta, con capacidad reproductiva. Estos cambios son debidos a la activación del eje hipotálamo-hipofisis-ovario. Se inicia una actividad pulsátil de la GnRH que induce pulsos de LH. Como consecuencia comienza la producción de estradiol (E₂), responsable del estirón puberal (aumento de la talla) y de la aparición de los caracteres sexuales secundarios: desarrollo mamario (bolición glandular), vello púbico y axilar, crecimiento de los órganos genitales, primera menstruación (menarquia). Asimismo aumenta el peso, también el olor corporal y el timbre de la voz, y se producen un aumento y redistribución de la grasa corporal.

El ciclo menstrual normal representa una relación compleja entre las hormonas y los eventos fisiológicos para preparar el cuerpo para una posible gestación. Según el American College of Obstetrics and Gynecology y la American Academy of Pediatrics, el ciclo mens-

trual debe considerarse como un signo vital, casi tan importante como el pulso, la respiración o la presión arterial. Un ciclo menstrual normal nos confirma (en la mayoría de los casos) la normalidad de una joven en el aspecto físico sexual, y nos permite descartar toda una serie de condiciones de salud que podrían afectarla en su futuro sexual y reproductivo.

Para que un ciclo menstrual tenga lugar es imprescindible que:

- el sistema hipotálamo-hipofisario esté intacto
- el ovario con sus componentes esté normal
- el endometrio sea capaz de responder a los esteroides ováricos

Es necesario asimismo que tanto la glándula tiroides como la función adrenal estén intactas, ya que alteraciones en estos sistemas provocan efectos adversos a nivel del eje hipotálamo-hipofisario-ovario. Problemas de peso, algunos drogas y exceso de ejercicio también afectan a este eje, conduciendo a ciclos anovulatorios.



ORIGINAL

Encuesta nacional sobre el estado actual del estudio citológico de la patología mamaria



Francisco Tresserra^{a,b,*}, Miriam Castilla^b, Carmen Fernández-Cid^b, Gemma Fabra^b, Mariasun Dominguez^b, Carolina Ramos^b y María Ángeles Martínez-Lanao^a

^a Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona, España
^b Laboratorio de Citología, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona, España

Recibido el 14 de enero de 2014; aceptado el 6 de marzo de 2014
Disponible en Internet el 6 de mayo de 2014

PALABRAS CLAVE

Punción aspiración con aguja fina;
Biopsia por punción;
Cáncer de mama

Resumen

Objetivo: La punción aspiración con aguja fina (PAAF) es un método sencillo, rápido y eficaz para el diagnóstico de lesiones mamarias. No obstante, su utilización ha cambiado por el incremento en el uso de la biopsia por punción (BPP), que ofrece una mayor eficacia diagnóstica. El objetivo de este estudio es establecer el papel actual de la citología en el diagnóstico combinado y multidisciplinar de la patología mamaria en las unidades de mama españolas.

Métodos: Estudio descriptivo a partir de los datos obtenidos en una encuesta de 16 preguntas dirigida a 153 unidades de mama españolas.

Resultados: Se obtuvieron 30 respuestas, principalmente de centros públicos (97%) en los que mayoritariamente se estudiaban entre 250 y 500 casos anuales, de los cuales entre 150 y 300 eran cánceres. En el 77% de casos la PAAF formaba parte de los protocolos de actuación de la unidad y su uso se combinaba con el de la BPP. En el 86% de centros se utilizaba para el estudio de la axila.

Conclusiones: La PAAF, por su sencillez y efectividad, formó parte de la mayoría de protocolos de actuación de las unidades de mama españolas encuestadas, sobre todo para establecer el estatus ganglionar prequirúrgico para la indicación de la técnica de la biopsia selectiva del ganglio centinela. El estudio de las lesiones mamarias tiende a efectuarse mediante BPP, aunque en muchas ocasiones se lleva a cabo de forma combinada con la PAAF.

© 2014 SEAP y SEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: ftresserra@quirondexeus.com (F. Tresserra).



Guía de prevención del cáncer de cuello uterino en España, 2014

Aureli Torné Bladé^{a,*}, Marta del Pino Saladrígues^b, Maite Cusidó Gimferrer^c, Francesc Alameda Quiliet^d, Daniel Andía Ortiz^e, Xavier Castellsagué Piqué^f, Javier Cortés Bordoy^g, Rosario Granados Carreño^h, Rosa María Guarch Troyasⁱ, Belén Lloveras Rubio^j, Amina Lumbrano Rosales^k, Juan Carlos Martínez-Escoriza^l, Jaume Ordí Maja^m, Luis M. Puig-Tintoréⁿ, Mar Ramírez Mena^o, Silvia de Sanjosé Llongueras^p y Rafael Torrejón Cardoso^q

^a Unidad de Ginecología Oncológica, Instituto Clínico de Ginecología y Obstetricia y Neonatología (ICGON), Hospital Clínic, Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^b Unidad de Ginecología Oncológica, Instituto Clínico de Ginecología y Obstetricia y Neonatología (ICGON), Hospital Clínic, Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España

^c Unidad de Ginecología Oncológica, Departament d'Obstetricia, Ginecologia i Medicina de la Reproducció, Hospital Universitari Quirón-Dexeus, Barcelona, España

^d Servicio de Anatomía Patológica, Universitat Autònoma de Barcelona, Hospital del Mar, Barcelona, España

^e Sección de Ginecología, Hospital Universitario Basurto, UPV, Bilbao, España

^f Unidad de Infecciones y Cáncer, Programa de Investigación en Epidemiología del Cáncer, Institut Català d'Oncologia (ICO)-IDIBELL, CIBER-ESP, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^g Ginecología Oncológica, Práctica Privada, Palma de Mallorca, España

^h Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

ⁱ Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Virgen del Camino, Universidad de Navarra, Pamplona, España

^j Servicio de Patología, Hospital del Mar, Barcelona, España

^k Sección de Ginecología Oncológica, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España

^l Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^m Servicio de Anatomía Patológica, CRESIB (Centre de Recerca en Salut Internacional de Barcelona), Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

ⁿ Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^o Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínic San Carlos, Madrid, España

^p Unit of Infections and Cancer, Cancer Epidemiology Research Programme, IDIBELL, Institut Català d'Oncologia, CIBER Epidemiologia y Salut Pública, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^q Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología Intercentros, Hospitales Universitarios Puerto del Mar y Puerto Real, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aureli@icmb.cat (A. Torné Bladé).

0304-5013/\$ - see front matter © 2014 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

0304-5013/\$ - see front matter © 2014 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.



Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014

Aureli Torné Bladés^a*, Marta del Pino Saladríguez^b, Maite Cusidó Gimferrer^c, Francesc Alameda Quittler^d, Daniel Andía Ortiz^e, Xavier Castellsguè Piquè^f, Javier Cortés Bordoys^g, Rosario Granados Carreño^h, Rosa María Guarch Troyasⁱ, Belén Lloveras Rubio^j, Amina Lubrano Rosales^k, Juan Carlos Martínez-Escoriza^l, Jaume Ordí Majà^m, Luis M. Puig-Tintorèⁿ, Mar Ramírez Mena^o, Silvia de Sanjosé Llongueras^p, Rafael Torrejón Cardoso^q, Xavier Bosch José^r, Miguel Ángel Piris Pinilla^s, Julio Rodríguez Costa^t, Rafael Comino Delgado^u, Josep M. Lailla Vicens^v y Jordi Ponce Sebastià^w

^aUnidad de Ginecología Oncológica, Instituto Clínic de Ginecología y Obstetricia y Neonatología (ICGON), Hospital Clínic, Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IIBMB), Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^bUnidad de Ginecología Oncológica, Instituto Clínic de Ginecología y Obstetricia y Neonatología (ICGON), Hospital Clínic, Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IIBMB), Barcelona, España

^cUnidad de Ginecología Oncológica, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Medicina de la Reproducción, Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, Barakaldo, España

^dServicio de Anatomía Patológica, Universidad Autónoma de Barcelona, Hospital del Mar, Barcelona, España

^eServicio de Ginecología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^fUnidad de Patologías y Cáncer, Programa de Investigación en Epidemiología del Cáncer, Institut Català d'Oncologia (ICO-IDIBELL), CIBERESP, Universidad de Llobregat, Barcelona, España

^gGinecología Oncológica, Práctico Privada, Palma de Mallorca, España

^hServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Galdakao, Madrid, España

ⁱServicio de Anatomía Patológica, Hospital Virgen del Carmen, Universidad de Navarra, Pamplona, España

^jServicio de Patología, Hospital del Eixar, Barcelona, España

^kServicio de Ginecología Oncológica, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Universidad de Cantabria, Universidad de los Países de Guayana Francesa, Francia

^lServicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^mServicio de Anatomía Patológica, ICBERS (Centre de Recerca en Salut Internacional de Barcelona), Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

ⁿUnidad de Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínic, San Carlos, Madrid, España

^oUnidad de Patologías y Cáncer, Centro de Investigación Biomédica, Programa de Investigación, IDIBELL, Institut Català d'Oncologia, CIBERESP, Universidad de Llobregat, Barcelona, España

^pUnidad de Ginecología Clínica de Obstetricia y Ginecología, Incentivos, Hospitales Universitarios Puerta del Mar y Puerta Real, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

^qServicio de Epidemiología del Cáncer, Institut Català d'Oncologia (ICO), Barcelona, Programa de Recerca en Epidemiologia del Càncer, Institut Català d'Oncologia, Hospital de Llobregat, Barcelona, España

^rServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Universidad de Cantabria, Santander, España, Presidente de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP)

^sServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Presidente de la Sociedad Española de Citología (SEC)

^tSociedad de Medicina de Cádiz, Cádiz, España, Presidente de la Asociación Española de Patología Cervical y Cérvico (APCC)

^uHospital Universitario San Joan de Déu, Barcelona, Presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)

^vHospital Universitario de Llobregat, IDIBELL, Barcelona, Presidente de la Sociedad de Ginecología Oncológica y Patología Molecular de la SEC

Recomendaciones de cribado 2014

Justificación de la Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014

El cáncer de cuello uterino (CCU) es la tercera neoplasia más frecuente en el mundo en las mujeres. El cribado de mujeres sanas mediante citología cervical ha demostrado claramente su eficacia, puesto que su aplicación de forma aleatoria y sistemática en determinados países ha conseguido reducir en un 70-80% la incidencia y mortalidad por CCU. Este beneficio se debe a la detección de lesiones premalignas asintomáticas cuyo diagnóstico y tratamiento evita su progresión a carcinoma invasor.

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: aureli@clinic.cat (A. Torné Bladés)

En las dos últimas décadas, múltiples estudios han aportado una sólida evidencia que confirma al virus del papiloma humano (VPH) como agente causal de la práctica totalidad de los casos de CCU y de sus lesiones precursoras. Un número limitado de genotipos de VPH de alto riesgo oncogénico (VPH-AR) está causalmente implicado. Concretamente, los VPH 16 y 18 explican el 70% de los CCU y otros 10 tipos (VPH 45, 31, 33, 52, 58, 35, 59, 56, 51 y 39) explican el 25-35% de los casos restantes. Esta información ha permitido establecer un nuevo modelo de carcinogénesis basado en la persistencia de la infección por VPH como elemento necesario para el desarrollo de lesiones precursoras y CCU. Sin embargo, más del 90% de las infecciones por VPH son transitorias y, por tanto, irrelevantes desde el punto de vista oncogénico. Durante los primeros años de vida sexual se observa una elevada incidencia de infección, pero la mayoría de estas infecciones son transitorias y desaparecen espontáneamente. Las mujeres mayores de 30 años experimentan una clara disminución de la prevalencia de la infección por VPH, pero un



REVIEW

Live birth using vitrified–warmed oocytes in invasive ovarian cancer: case report and literature review



Manuel Alvarez ^{a,*}, Miquel Solé ^a, Marta Devesa ^a, Rafael Fàbregas ^b,
Montserrat Boada ^a, Rosa Tur ^a, Buenaventura Coroleu ^a, Anna Veiga ^{a,c},
Pedro N Barri ^a

^a Service of Reproductive Medicine, Department of Obstetrics, Gynaecology and Reproduction, University Hospital Quirón Dexeus, Barcelona, Spain; ^b Service of Oncological Gynaecology, Department of Obstetrics, Gynaecology and Reproduction, University Hospital Quirón Dexeus, Barcelona, Spain; ^c Center of Regenerative Medicine (CMR [B]), Barcelona, Spain
* Corresponding author. E-mail address: manel@dexeus.com (M Alvarez).



Dr Manuel Alvarez graduated from the Autónoma University of Madrid (Faculty of Medicine) in 1993. He became a specialist in Gynaecology and Obstetrics at the Institut Universitari Dexeus (Barcelona) where he is developing his professional career. He is an active member of the Service of Reproductive Medicine as a senior MD and he is mainly focused on monitoring, IVF puncture and embryo transfer. He also holds the position of Secretary of the Teaching Committee at University Hospital Quirón Dexeus, co-operating with programmes for improving the quality and efficiency of future specialists in Obstetrics and Gynaecology.

Abstract This article reports the live birth of a healthy newborn using vitrified–warmed oocytes in a young patient with invasive mucinous ovarian carcinoma (stage Ic). Diagnosis was performed after a laparoscopic left adnexectomy. She underwent two cycles of ovarian stimulation, and 14 oocytes were vitrified before fertility-sparing surgery with uterus preservation went ahead. One year later, a transfer of two embryos was performed after insemination of warmed oocytes. Eighteen days after the transfer, she underwent a laparotomy because of abdominal pain, vaginal bleeding and haemoperitoneum. A right cornual ectopic pregnancy in the uterus was diagnosed and a wedge resection was performed to resolve it. One week later, a viable intrauterine pregnancy was confirmed under ultrasound. An elective Caesarean section was performed at week 38 of gestation, resulting in the birth of a healthy boy weighing 2650 g. As far as is known, this is the first live birth reported through vitrified–warmed oocytes in a patient with invasive ovarian cancer. Although oocyte vitrification is an alternative to be considered for fertility preservation in highly selected cases of ovarian cancer, controversial issues are discussed.

© 2014, Reproductive Healthcare Ltd. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

KEYWORDS: fertility preservation, fertility-sparing surgery, heterotopic pregnancy, IVF in cancer patients, ovarian cancer, oocyte vitrification



Ovarian response to recombinant human follicle-stimulating hormone: a randomized, antimüllerian hormone–stratified, dose–response trial in women undergoing in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection

Joaquín Arce, M.D., Ph.D.,^a Anders Nyboe Andersen, M.D., Ph.D.,^b Manuel Fernández-Sánchez, M.D., Ph.D.,^c Hana Vísňová, M.D., Ph.D.,^d Ernesto Boschi, M.D., Ph.D.,^e Juan Antonio García-Velasco, M.D., Ph.D.,^f Pedro Barri, M.D., Ph.D.,^g Petra de Sutter, M.D., Ph.D.,^h Bjarke M. Klein, Ph.D.,ⁱ and Bart C. J. M. Fauser, M.D., Ph.D.^j

^a Reproductive Health, Ferring Pharmaceuticals, Copenhagen, Denmark; ^b Fertility Clinic, Rigshospitalet, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark; ^c IVI Sevilla, Sevilla, Spain; ^d IVF CURE SE, Prague, Czech Republic; ^e IVI Valencia, Valencia, Spain; ^f IVI Madrid, Madrid, Spain; ^g Obstetrics, Gynecology & Reproduction, IU Dexeus, Barcelona, Spain; ^h Reproductive Medicine, Universitair Ziekenhuis, Ghent, Belgium; ⁱ Global Biometrics, Ferring Pharmaceuticals, Copenhagen, Denmark; and ^j Division Women & Baby, University Medical Center Utrecht, Utrecht, the Netherlands

Objective: To evaluate the dose–response relationship of a novel recombinant human FSH (rhFSH; FE 999049) with respect to ovarian response in patients undergoing IVF/intracytoplasmic sperm injection treatment; and prospectively study the influence of initial antimüllerian hormone (AMH) concentrations.

Design: Randomized, controlled, assessor-blinded, AMH-stratified (low: 5.0–14.9 pmol/L [0.7–2.1 ng/mL]; high: 15.0–44.9 pmol/L [2.1–6.3 ng/mL]) trial.

Setting: Seven infertility centers in four countries.

Patient(s): Two hundred sixty-five women aged ≤ 37 years.

Intervention(s): Controlled ovarian stimulation with either 5.2, 6.9, 8.6, 10.3, or 12.1 μ g of rhFSH, or 11 μ g (150 IU) of follitropin α in a GnRH antagonist cycle.

Main Outcome Measure(s): Number of oocytes retrieved.

Result(s): The number of oocytes retrieved increased in an rhFSH dose-dependent manner, from 5.2 \pm 3.3 oocytes with 5.2 μ g/d to 12.2 \pm 5.9 with 12.1 μ g/d. The slopes of the rhFSH dose–response curves differed significantly between the two AMH strata, demonstrating

Received April 11, 2014; revised August 7, 2014; accepted August 8, 2014; published online September 23, 2014.

A.N.A. reports consulting fees and travel support from Ferring Pharmaceuticals; payments for lectures from Ferring Pharmaceuticals, MSD, and Merck Serono; and book a journal with Ferring Pharmaceuticals. M.F.-S. received consulting fees and travel support from Ferring Pharmaceuticals. H.V. received consulting fees and travel support from Ferring Pharmaceuticals, e.B. received consulting fees and travel support from Ferring Pharmaceuticals. J.A.G.-V. is a board member of OvaScience, Unifly, GlycoStep, and Finox; received payment for lectures from Merck Serono and Ferring Pharmaceuticals; and received payment for manuscript preparation from MSD. L.A.G.-V. received consulting fees and travel support from Ferring Pharmaceuticals; has grants from MSD, Merck, Ferring Pharmaceuticals, and Angelini; and has received payment for lectures from MSD, Merck, Ferring Pharmaceuticals, and Angelini. P.B. received consulting fees and travel support from Ferring Pharmaceuticals, P.D.S. received consulting fees and travel support from Ferring Pharmaceuticals. B.C.J.M.F. reports grants from Roche, Child Health, CUN, Andromed, Ardana, CDG, Euroscreen, Ferring Pharmaceuticals, Garovim, Geston Richter, Janssen Serono, Organon, OvaScience, Parthena Bioscience, PregLam, Roche, Schering Plough, serono, Uteron, Watson Laboratories, and Wyeth; consulting fees from Watson Laboratories and OvaScience; payments for lectures from Andromed, Ardana, CDG, Euroscreen, Ferring Pharmaceuticals, Garovim, Geston Richter, Merck Serono, Organon, OvaScience, Parthena Bioscience, PregLam, Roche, Schering Plough, serono, Uteron, Watson Laboratories, and Wyeth; and is a board member of PregLam. J.-C.A. has nothing to disclose. B.M.K. has nothing to disclose.

This study was funded by Ferring Pharmaceuticals. Presented in part at the 69th Annual Meeting of the American Society for Reproductive Medicine, Boston, Massachusetts, October 10–17, 2013. Reprint requests: Joaquín Arce, M.D., Ph.D., Ferring Pharmaceuticals AIS, Reproductive Health, Global Clinical & Non-Clinical R&D, Kay Finkers Park 11, DK-2300 Copenhagen, Denmark (E-mail: ja@ferning.com).

Fertility and Sterility, Vol. 102, No. 6, December 2014, 015–028/© 2014. Copyright © 2014 The Authors. Published by Elsevier Inc. on behalf of the American Society for Reproductive Medicine. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/). <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.08.013>



ARTICLE

Investigations into implantation failure in oocyte-donation recipients



Pedro N Barri*, Buenaventura Coroleu, Elisabet Clua, Rosa Tur, Montserrat Boada, Ignacio Rodriguez

Service of Reproductive Medicine, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction, Hospital Universitario Quirón Dexeus, Càtedra d' Investigació en Obstetrícia i Ginecologia, Universitat Autònoma de Barcelona, Spain

*Corresponding author. E-mail addresses: perbarri@dexeus.com, pbarri@uao.edu.es (PN Barri).



Pedro N. Barri Ragué graduated from the Faculty of Medicine in Barcelona in 1971 and trained in obstetrics and gynaecology in Barcelona, France and England. He received his doctorate in 1993 and in December 2003, he was nominated a Corresponding Academician of the Real Acadèmia de Medicina de Catalunya. At present, Pedro is the Director of the Department of Obstetrics, Gynaecology and Reproduction of the Institut Universitari Dexeus of the Universitat Autònoma de Barcelona, where he is the Director of the Chair of Investigation in Obstetrics and Gynaecology since January 2011.

Abstract In recent decades, the Western world has been experiencing a societal trend to prioritize the professional careers of women who postpone motherhood to about 40 years of age, when, unfortunately, natural reproductive potential declines. This is the reason why these women increasingly find it necessary to resort to oocyte donation to have a child. Thanks to the young age of the donors, the efficacy of oocyte donation is the highest of all assisted reproduction treatments and pregnancy rates achieved with this technique exceed 90%. Moreover, the large registries from ESHRE and ASRM show live birth rates close to this figure. However, there are patients who experience repeated failures in several oocyte-donation cycles, and so far oocyte-donation repeated implantation failure has not been clearly defined. This study analysed the results obtained from 2531 oocyte-donation cycles carried out in 1990 patients and defines oocyte-donation repeated implantation failure as failure to implant with more than two embryo transfers and more than four high grade embryos transferred. This study observed this condition in 140 oocyte recipients (7%). Also, oocyte cohort size, uterine factors and systemic thrombophilias as important aetiological factors were identified were to offer new therapeutic strategies to patients.

© 2013, Reproductive Healthcare Ltd. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

KEYWORDS: implantation failure, infertility, IVF, oocyte donation

Introduction

In the last three decades, the efficacy of assisted reproduction treatments has made great strides forwards, sometimes even exceeding the natural reproductive ability of the human species. Nevertheless, there is a group of infertile

couples who repeatedly fail successive attempts at IVF, thereby suffering a personal tragedy (Penzias, 2012; Simon and Laufer, 2012). It seems that the explanation of these repeated failures has to be sought in the low quality of the embryos that these couples produce rather than in problems associated with the patients themselves (Das

1472-6483/\$ - see front matter © 2013, Reproductive Healthcare Ltd. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.06.012

MEETING SUMMARY

Fertility preservation: moving ahead faster than expected!

Pedro Barri · Antonio Pellicer

Published online: 18 January 2014
© Springer Science+Business Media New York 2014

The III World Congress of the International Society of Fertility Preservation (ISFP) was held in Valencia November 7th–9th, 2013. There was a substantial number of registrations (453) as compared to the previous meeting in 2011 with delegates from 47 countries, showing the worldwide increasing interest in this field.

The first session was devoted to the damage of cancer treatment to the genital tract. Norah Spears (UK) presented her experiments evaluating cellular apoptosis and showing that the mechanism by which chemotherapy induces follicular loss is a “burn out” effect by which primordial follicles grow and disappear, rather than a direct effect of chemotherapy on the primordial follicular pool.

Richard Anderson (UK) analyzed cancer-induced changes in the testes and spermatozoa. It was shown that before chemotherapy in men with Hodgkin disease and testicular cancer there is already DNA damage in sperm. Moreover, after treatment, DNA damage is higher than in control patients, but it is repaired with time. The same is true for sperm aneuploidy. It is higher after chemotherapy, but recovers 18 months after treatment finishes. Neither radiotherapy (relative risk, RR, 0.8), nor chemotherapy (RR 1.2) is associated with increased risk of malformations in the newborn infant of these men as fathers. A recent study has shown that the rate of congenital major malformations is 3.7 % in men after cancer

treatment as compared to 3.2 in controls. Most of these malformations came from fathers who tried conception shortly after cancer treatment.

Hamish Wallace (UK) addressed the issue of counselling young female patients with cancer. He emphasized how important it is to spend time with the patient and her family in counselling, taking into consideration the probability of total infertility after cancer treatment. Specially important to the ovaries is radiotherapy in children/prepubertal girls because 19 Gy induce sterilization at 7 years of age. However, 11 Gy are only fatal to the gonad at 42 years. Then, ovarian tissue cryopreservation becomes a real alternative in these very young women. The uterus might be also affected. In fact, the volume of the uterus is decreased after radiotherapy and more complications of pregnancy have been described. However, experience in oocyte donation programs does not sustain the notion that the endometrium becomes non-functional after radiotherapy.

Kirsten T. Schmidt-Macklon (Denmark) analyzed the probability of spontaneous recovery of ovarian function after cancer treatment. She showed that the probability of having children is as high as 83 % if the cancer survivor has menses at age 20 years. She followed 191 women in whom an oophorectomy was performed to preserve their fertility in case the remaining ovary would be completely depleted of gametes. Of a total of 145 who replied to the questionnaire sent by the investigators, 48 had children spontaneously (34 %). In most of the patients with leukemia needing bone marrow transplantation, ovarian failure was detected (87 %). However, in most of the patients with breast cancer, ovarian function remained intact (85 %).

In session 2 fertility-sparing surgical strategies were discussed. Michel Roy (Canada) presented his experience with conservative treatment of cervical cancer Ia1, Ia2, Ib1, <2 cms and with limited endocervical involvement. The technique applied was a vaginal radical trachelectomy (VRT)

Capsule This introductory article summarizes the most important messages from the World Congress on Fertility Preservation.

P. Barri
Department of Obstetrics, Gynaecology and Reproduction, Institut Universitari Dexeus of the Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain.

A. Pellicer (✉)
Instituto Valenciano de Infertilidad (IVI) and Hospital Universitario La Fe, University of Valencia, Valencia, Spain
e-mail: apellicer@ivi.es

Springer



CASOS PRÁCTICOS

Salud de la Mujer Dexeus es el primer centro certificado con la norma de calidad UNE 179007 para Laboratorios de Reproducción Asistida. Esta norma persigue la excelencia y seguridad mediante protocolos normalizados, definiendo indicadores específicos y promoviendo la gestión basada en la calidad. Control continuo de los equipos, unificación de criterios mínimos de seguridad o valoración del servicio por parte del cliente son algunos de sus puntos fuertes.

Excelencia en reproducción asistida

Montserrat Boada, Directora de los Laboratorios de Reproducción Asistida Salud de la Mujer Dexeus. Presidenta ASEBIR.
Marta Luna, Responsable de Calidad de los Laboratorios de Técnicas de Reproducción Asistida Salud de la Mujer Dexeus.

Salud de la Mujer Dexeus es un centro de referencia internacional en el área de la Obstetricia, Ginecología y Medicina de la Reproducción. Ha sido pionero en todas las técnicas de reproducción asistida y concretamente este año celebra su 30 aniversario del nacimiento de Victoria Anna, primera niña concebida por fecundación *in vitro* en nuestro país. Con más de 40 años de experiencia, Salud de la Mujer Dexeus tiene como objetivo cuidar la salud de la mujer en cualquier momento, proporcionándole la opción de una atención médica integral a lo largo de todas las etapas de su vida.

Salud de la Mujer Dexeus ha sido el primer centro de reproducción humana asistida que ha obtenido el Certificado de Gestión de la Calidad en Laboratorio de Reproducción Asistida de acuerdo con la Norma UNE 179007. Se trata de la primera norma de calidad sectorial específica para laboratorios de reproducción asistida, promovida por la Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción (ASEBIR) y elaborada en AENOR, que se creó con el fin de mejorar la calidad y seguridad de los laboratorios en los que se realizan técnicas de reproducción asistida (TRA). La Norma UNE 179007 detalla de forma

específica los requisitos para establecer un sistema de gestión de la calidad en todos aquellos laboratorios que realicen actividades con gametos, embriones y tejido gonadal para finalidades reproductivas.

La legislación española sobre Reproducción Asistida exige que los laboratorios de TRA implementen un sistema de calidad (Ley 14/2006, artículo 19; Real Decreto 1301/2006, artículo 16). Hasta noviembre de 2013, la norma de calidad que habitualmente se escogía para este tipo de laboratorios era la ISO 9001 que, por su carácter general, se aplica a organizaciones de cualquier naturaleza, tamaño o tipo. En noviembre de 2013, se dio a conocer la UNE 179007 como primera norma sectorial para este tipo de centros que, si bien no es obligatoria, nació con el objetivo de revisar los protocolos, la gestión y los indicadores de calidad y seguridad de aquellos centros que, como Salud de la Mujer Dexeus, persiguen la excelencia tanto en la gestión como en los productos y servicios que ofrecen a sus pacientes.

Salud de la Mujer Dexeus comparte la opinión que impulsó a la Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción (ASEBIR) a promover esta UNE acerca de la necesidad de aplicar unas normas de gestión y

seguimiento de la máxima exigencia para poder ofrecer un mejor y más seguro servicio a los pacientes. Por ese motivo, los laboratorios de reproducción asistida de Salud de la Mujer Dexeus se plantearon la incorporación de un Sistema de Gestión de la Calidad en el año 2007 obteniéndose por primera vez la certificación ISO 9001 en diciembre de 2008.

Los pacientes que acuden a los centros de TRA son mayoritariamente mujeres o parejas con dificultades para conseguir un embarazo, y suelen presentar una gran ansiedad generada por la imposibilidad de alcanzar su propósito de tener un hijo. Todos los aspectos relacionados con los problemas de esterilidad deben ser abordados con sumo cuidado y profesionalidad, garantizando en todo momento la intimidad, privacidad y buena praxis. Sólo persiguiendo la excelencia se puede ser realmente competitivo y lograr no sólo un mejor rendimiento de las técnicas sino también un mayor grado de satisfacción de las personas que nos depositan su confianza para ayudarnos en su proyecto reproductivo.

El hecho de haber incorporado y estar trabajando de acuerdo con un Sistema de Gestión de Calidad desde hace más de cinco años ha sido una fortaleza a la hora de implantar en los



REVISIÓN

Transexualidad y reproducción: situación actual desde el punto de vista clínico y legal

Montserrat Boada*, Mireia Atance, Laura Joda, Helena Montanuy, Georgina Oller, Eugenia Rocafort, Josep M. Vendrell y Buenaventura Coroleu

Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Institut Universitari Quirón Dexeus, Barcelona, España

Recibido el 21 de marzo de 2013; aceptado el 23 de mayo de 2013
Disponibile en Internet el 27 de septiembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Transexualidad;
Diforia de género;
Reproducción asistida;
Criopreservación;
Preservación de la fertilidad

KEYWORDS

Transsexualism;
Gender dysphoria;
Assisted reproduction;
Cryopreservation;
Fertility preservation

Resumen Se diagnostican como transexuales las personas que se identifican con el sexo opuesto y rechazan el género propio. Existen distintas hipótesis que intentan explicar el origen de la transexualidad, siendo las más aceptadas las teorías con bases biológicas. La prevalencia estimada es variable en función de la zona geográfica, siendo más frecuentes los transexuales femeninos que los masculinos. Las técnicas de reproducción asistida facilitan las opciones reproductivas de este colectivo que acude, cada vez más, a los centros clínicos especializados para tratar de formar una familia defendiendo el derecho a la reproducción de todo ser humano. Los transexuales pueden verse favorecidos especialmente por las técnicas de preservación de la fertilidad, pudiendo criopreservar sus gametos antes de la reasignación de sexo como estrategia preventiva en vistas a un posible deseo de reproducción futura. La falta de recomendaciones o guías consensuadas sobre la aplicabilidad de las técnicas de reproducción asistida en individuos transexuales y el vacío normativo existente dificultan su acceso a estas técnicas.

Esta revisión recoge las posibles opciones reproductivas de los transexuales desde un punto de vista clínico y analiza la situación actual en el marco de la legislación española vigente.

© 2013 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Transsexualism and reproduction: Clinical and legal situation

Abstract People who identify themselves with the opposite sex and reject their own gender are diagnosed as transsexuals. Different hypotheses have tried to explain the origin of transsexualism, biological theories being the most accepted. The estimated prevalence is variable, this depending on the geographic area. Female are more frequent than male transsexuals. Assisted reproduction techniques facilitate the reproductive options of this group who increasingly come to specialized clinical centers to try to form a family, defending the reproductive rights of every human being. Transsexuals could be especially favored by fertility preservation techniques, being able to cryopreserve their gametes before sex reassignment as a preventive strategy in view of a possible desire for future reproduction. Lack of recommendations

Autor para correspondencia:
Correo electrónico: montbos@elsevier.com (M. Boada).

ASEBIR PARTICIPA EN UN SEMINARIO INTERNACIONAL SOBRE LOS DISTINTOS MODELOS DE DONACIÓN DE ÓVULOS

Elisabet Clua
Salud de la Mujer Dexeus, Barcelona

Después de la sentencia del Tribunal Constitucional 162/2014, que admite en Italia la posibilidad de la donación de gametos con carácter libre y altruista, la asociación AIDAGG, asociación italiana para la donación altruista y gratuita de gametos, fundada con el objetivo de promover la cultura de la donación gratuita de los gametos en la reproducción humana, promovió un seminario internacional. "The culture of altruistic and free gamete donation: intervention models and future perspectives in Italy" que tuvo lugar el pasado mes de octubre en Roma. Se... (seguir con "considero que era importante...") considero que era importante que se llevara a cabo un intercambio de buenas prácticas con países europeos con una amplia experiencia en la donación de gametos y embriones, como es el caso de España, Holanda y Reino Unido. El objetivo de la conferencia era comparar los modelos de países que ya tienen implementada la directiva europea para valorar que aspectos podían ser incorporados en su nuevo proyecto de donación. Los aspectos presentados y debatidos se centraban en temas jurídicos, médicos, técnicos, sociales y psicológicos.

Entre las expectativas del seminario se contemplaba que del diálogo con los representantes de estos países se pudiera promover el desarrollo de futuras iniciativas comunes, así como el establecimiento de una red y una organización de estructuras y proyectos para garantizar las normas de seguridad en la donación.

Nuestra asociación, ASEBIR, fue invitada como representante del modelo de donación en España. Teniendo en cuenta que, según registro de la ESHRE de 2012 (Kupka et al., 2014), España se ha convertido en el país con mayor número de ciclos de donación de ovocitos (DO), la ponencia se centró

en este tema. Se presentaron tanto los requisitos legales generales para la DO establecidos en la Ley 14/2006, como los aspectos relacionados con el cribado de donantes regulados por el RD Ley 9/2014 (transposición de las directivas europeas 2004/23/CE y 2006/17/CE). Se expusieron las recomendaciones que nuestras asociaciones científicas ASEBIR y SEF han realizado, tanto por lo

que respecta a cribado como por lo que respecta a cualquier aspecto de calidad y seguridad relacionados con el proceso (indicaciones, tratamientos, estrategia de transferencia embrionaria) y se presentaron los resultados recogidos en nuestro registro de actividad de la SEF.

En este momento en Italia existe un Documento, elaborado en la



SCREENING GENÉTICO PREIMPLANTACIONAL (PGS) POR FACTOR MASCULINO. ANÁLISIS MEDIANTE DOS TÉCNICAS: FISH Y A-CGH
PREIMPLANTATION GENETIC SCREENING (PGS) FOR MALE FACTOR. ANALYSIS USING TWO TECHNIQUES: FISH AND A-CGH

Lluç Coll, Mónica Farriego¹, Mentserrat Bòada¹, Josep M^a Vondrell¹, Bonaventura Caroleu¹ y Anna Velga^{1*}
¹Salud de la Mujer Dexeus, Hospital Universitario Quirón Dexeus, Gran Via Carles III, 73-75, 08028, Barcelona
^{*}mbrpar@dexeus.com
²Banco de Líneas Celulares, Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona, Dr. Aiguader, 68, 08003, Barcelona

Resumen: La indicación de screening genético preimplantacional (PGS) por factor masculino de origen genético ha sido poco estudiada a pesar de suponer el 9% de los casos reportados en el registro de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE PGD Consortium). En el presente estudio se han evaluado los resultados de los ciclos de PGS por factor masculino genético en dos series distintas: una serie de 73 casos en la que se utilizó la técnica de hibridación in situ fluorescente (FISH) para el análisis genético y otra de 55 casos en los que el análisis cromosómico se realizó mediante arrays de hibridación genómica comparativa (a-CGH). Se ha observado un mayor poder de detección de anomalías cromosómicas en el grupo de a-CGH, lo que ha supuesto un porcentaje inferior de ciclos con transferencia en este grupo. No obstante, las tasas de implantación y embarazo se han visto significativamente mejoradas en el grupo de a-CGH. A día de hoy, la aplicación de PGS mediante análisis cromosómico completo (CCS) en el grupo de pacientes con factor masculino genético ofrece unos resultados muy positivos que validan su aplicación.

Palabras clave: PGS, FISH, a-CGH, factor masculino.

Abstract: The indication of PGS for genetic male factor has scarcely been researched even though it represents 9% of the cases reported in the latest data collection of the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE PGD Consortium). In the present study the results of PGS cycles for genetic male factor were analysed using two different approaches. The first group included 73 cases in which fluorescent in situ hybridisation (FISH) was the technique used for the genetic analysis, while the second one included 55 cases in which the analysis was performed by comparative genomic hybridisation arrays (a-CGH). A greater detection of chromosomal anomalies was noticed within the a-CGH group, leading to a lower number of cycles with embryo transfer in this group. However, implantation and pregnancy rates were significantly improved in the a-CGH group. In conclusion, the application of PGS by comprehensive chromosome screening (CCS) for patients with genetic male factor nowadays offers very satisfactory results that validate its use.

Key words: PGS, FISH, a-CGH, male factor.

INTRODUCCIÓN

A principios de los años 90 se describió la técnica de screening genético preimplantacional (PGS) en embriones humanos (Munné et al., 1993). Su aplicación supuso una alternativa para un gran grupo de parejas procedentes de ciclos de fecundación *in vitro* (FIV) de mal pronóstico. En dichas parejas, el PGS tiene como objetivo mejorar las tasas de implantación y reducir las tasas de aborto y concepciones afectas de cromosomopatías gracias a la posibilidad de seleccionar los embriones con una carga cromosómica normal (Gianaroli et al., 1997).

La técnica de análisis citogenético utilizada en PGS desde sus inicios fue

la hibridación in situ fluorescente (FISH). Esta metodología presenta el gran inconveniente de no poder analizar todos los cromosomas debido a la limitación en el número de sondas fluorescentes y la pérdida de eficiencia en caso de realizar rondas sucesivas de hibridación sobre una misma muestra.

El PGS-FISH se comenzó a aplicar clínicamente en los centros de reproducción asistida sin demasiados estudios clínicos que ratificaran su utilidad. Por este motivo, la publicación de estudios determinando un efecto negativo del PGS sobre las tasas de embarazo evolutivo y niño nacido en mujeres de edad materna avanzada (Mastenbroek et al., 2007; Mastenbroek et al., 2011), sembró la duda en la

comunidad científica en relación al PGS. Aún así, cabe decir que existe mucha controversia sobre la validez de estos estudios, y varios grupos de valed contrastada los ponen en duda aludiendo a deficiencias metodológicas (Rubio et al., 2009).

Recientemente, las técnicas de análisis cromosómico completo (CCS) han sido optimizadas permitiendo el análisis de una sola célula y la obtención de resultados en poco tiempo, suponiendo una nueva vía para el estudio de aneuploidías en embriones preimplantacionales. La gran ventaja que ofrece esta tecnología respecto al FISH es la capacidad de analizar todos los cromosomas de una forma exhaustiva. Actualmente, la técnica de arrays de hibridación genómica

A multicenter prospective study to assess the effect of early cleavage on embryo quality, implantation, and live-birth rate

María José de los Santos, Ph.D.,¹ Gemma Arroyo, Ph.D.,² Ana Busquet, Ph.D.,³ Gloria Calderón, Ph.D.,⁴ Jorge Cuadros, Ph.D.,⁵ María Victoria Hurtado de Mendoza, Ph.D.,⁶ Marta Moragas, Ph.D.,⁷ Raquel Herrar, Ph.D.,⁸ Agueda Ortiz, Ph.D.,⁹ Carme Pons, M.Sc.,¹⁰ Jorge Ten, Ph.D.,¹¹ Miguel Ángel Vilches, Ph.D.,¹² and María José Figueroa, Ph.D.,¹³ for the ASEBR Interest Group in Embryology

¹ IVI Valencia, Valencia; ² Institut Universitari Dexeus, Barcelona; ³ Centro Genético del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; ⁴ IVI Barcelona, Barcelona; ⁵ Ginefiv, Madrid; ⁶ Max Vida Reproducción, Sevilla; ⁷ Cluwin Barcelona, Barcelona; ⁸ IVI Zaragoza, Zaragoza; ⁹ CERHA, Badajoz; ¹⁰ IURA, Tarragona, Barcelona; ¹¹ Instituto Bernabeu, Alicante; ¹² Hospital Torredembarres, Tarragona; and ¹³ El Centro de la Fertilidad, Marbella, Spain

Objective: To investigate the impact of early cleavage (EC) on embryo quality, implantation, and live-birth rates.

Design: Prospective cross-sectional study.

Setting: Multicenter study.

Patient(s): Seven hundred embryo transfers and 1,028 early-stage human embryos.

Intervention(s): None.

Main Outcome Measure(s): Implantation according to the presence of EC and embryo quality.

Results: The presence of EC is associated with embryo quality, especially in cycles with aneuploid oocytes. However, the use of EC as an additional criterion for selecting an embryo for transfer does not appear to significantly improve likelihood of implantation. Furthermore, embryos that presented EC had live-birth rates per implanted embryo similar to those that did not show any sign of cleavage.

Conclusion(s): At least for conventional embryo culture and morphologic evaluations, the additional evaluation of EC in embryos may not be valuable to improve embryo implantation.

(Fertil Steril 2014; ■■■: ■■■. ©2014 by American Society for Reproductive Medicine.)

Key Words: Early cleavage, embryo quality, implantation, live-birth rates

Discuss: You can discuss this article with its authors and with other ASRM members at <http://www.fertstert.org.com/discussion/early-cleavage-embryo-quality-implantation-036-0366/>



Use your smartphone to scan this QR code and connect to the discussion forum for this article here.

Downloaded from <http://www.fertstert.org.com/> on February 10, 2014

Early cleavage, understood as the first embryo mitosis at 25–27 hours after insemination, has been considered to be an embryo quality parameter [1–9]. Over the past decade, numerous studies have associated its presence with embryonic morphology on days 2 and 3 [1–4], development

until the blastocyst stage [5], chromosome anomalies [6], embryo viability [7–9], implantation rate [2, 10], and abortion rate [11]. However, the conclusions drawn are too contradictory to establish their use. Despite that, many publications advise using early cleavage (EC) as a

“secondary parameter” to decide between embryos of similar quality.

More recently, however, time-lapse studies demonstrate that the EC time variable does not have sufficient predictive value to help embryo selection [12]. Therefore, other more novel variables, such as first cytokinesis duration [13], the time when the embryo has five cells, or the synchrony between the second and third mitotic embryo cleavage, seem to be more important when predicting evolution for the blastocyst stage. Strangely enough, they are unable to forecast blastocyst morphology.

The Istanbul consensus group leaves to the laboratory the decision of whether or not to include the EC

Revised Manuscript received December 19, 2013; accepted December 20, 2013. M.J.d.l.S. has nothing to disclose. G.A. has nothing to disclose. A.B. is employed by and has had travel expenses paid by Dexeus. J.C. has nothing to disclose. M.V.H. is M. has nothing to disclose. M.M. has nothing to disclose. R.H. has nothing to disclose. A.O. has nothing to disclose. C.P. has nothing to disclose. J.T. has nothing to disclose. M.A.V. has nothing to disclose. M.J.F. has nothing to disclose.

Reprints requests: María José de los Santos, Ph.D., IVI Valencia, Plaza de la Pullina Local 3, 46012, Valencia, Spain (E-mail: mariajose@deusex.com).

Fertility and Sterility, Vol. ■, No. ■, 2014, 0015-0282/\$35.00
Copyright ©2014 American Society for Reproductive Medicine, Published by Elsevier Inc.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.12.042>

VOL. ■ NO. ■ / ■ 2014

Ovarian response to controlled ovarian hyperstimulation in women with cancer is as expected according to an age-specific nomogram

Marta Devesa · Francisca Martínez · Buenaventura Coroleu · Ignacio Rodríguez · Clara González · Pedro Nolasco Barri

Received: 16 October 2013 / Accepted: 22 January 2014
© Springer Science+Business Media New York 2014

Abstract

Purpose: To evaluate the ovarian response to controlled ovarian hyperstimulation (COH) in cancer patients according to an age-specific nomogram for the number of retrieved oocytes.

Methods: Retrospective observational study carried out in a University-affiliated fertility clinic. Forty-eight patients with cancer underwent ovarian stimulation for oocyte cryopreservation. An age-specific nomogram for the number of retrieved oocytes was built with 1536 IVF cycles due to male factor exclusively, oocyte donation and age-related fertility preservation. The number of oocytes retrieved in cancer patients was compared to the expected response according to the nomogram using the Z-score.

Results: The mean number of total retrieved oocytes in patients with cancer was 14.04±8.83. After applying the Z-score to compare the number of retrieved oocytes between women with cancer and the expected response according to the age-specific nomogram, we did not observe a statistically significant difference (Z-score 0.23; 95% CI [-0.13-0.60]).

Conclusion(s): According to our results, patients with cancer exhibit an ovarian response as expected by age. Despite the limitation of the sample size, the obtained results should encourage oncologists for early referral of women with cancer to fertility specialists.

Keywords: Women with malignancy respond to COH as expected by age.

M. Devesa (✉) · F. Martínez · B. Coroleu · C. González · P. N. Barri
Service of Reproductive Medicine, Department of Obstetrics,
Gynecology and Reproductive Medicine, Hospital Universitari
Quirón-Dexeus, Gran Via Carles III 71-75, 08028 Barcelona, Spain
e-mail: mardeve@dexaus.com

I. Rodríguez
Statistical Unit, Department of Obstetrics, Gynecology and
Reproductive Medicine, Hospital Universitari Quirón-Dexeus,
Gran Via Carles III 71-75, 08028 Barcelona, Spain

Published online: 04 February 2014

Keywords: Fertility preservation · Cancer · Controlled ovarian hyperstimulation · Ovarian response · Nomogram

Introduction

Fertility preservation (FP) is becoming an important issue in the approach of oncologic patients due to increased survival rates and delayed childbearing.

An estimated 1 out of 47 women will be diagnosed with cancer by age 40 years. The most common cancers in reproductive-aged women are breast, melanoma, cervical, non-Hodgkin's lymphoma and leukemia; the 5-year survival rate of these tumors ranges from 50 to 68%, being 90% for breast cancer [1].

The negative impact of cancer treatments on female fertility is well known and depends on patient's age, dose and type of chemotherapeutic agent and field of irradiation. Alkylating agents, abdominal, pelvic or total body irradiation and bone marrow transplantation represent the maximum risk of gonadal damage [2].

The psychological burden related to this fertility loss is substantial in 77% of patients [3]; thus, referral to the fertility specialist for FP counseling prior to the oncologic treatment start is recommended.

There are numerous strategies for FP in the female patient; the choice will depend on the age of the patient, social status, type of disease, treatment required and time availability before the onset of chemotherapy [4]. Combination of several strategies may improve the chances of success [5].

Oocyte cryostorage is one of the major approaches of FP as no surgery is required, it has already resulted in many live births and it can be achieved with mild stimulation protocols that last in average 12 days [6]. Even more, oocyte cryopreservation is no longer considered an experimental strategy for FP purposes [7].

ESHRE Task Force on Ethics and Law 21: genetic screening of gamete donors: ethical issues†

W. Dondorp^{1,*,} G. De Wert^{1,} G. Pennings^{2,} F. Shenfield^{3,} P. Devroey^{4,}
B. Tarlatzis^{5,} P. Barri^{6,} K. Diedrich^{7,} U. Eichenlaub-Ritter^{8,}
F. Tüttelmann^{9,} and V. Provoost^{2,‡}

¹Department of Health, Ethics & Society, Research Institutes CAPRR and GRCWR, Maastricht University, PO Box 616, Maastricht 6200 MD, The Netherlands; ²Department of Philosophy, University of Ghent, Blanchberg 2, Corc 9000, Belgium; ³Reproductive Medicine Unit, Obstetric Hospital, The Prince of Wales University College Hospital, Harefield Street, London WC1E 6AU UK; ⁴Center for Reproductive Medicine, UZ Brussel, Brussels, Belgium; ⁵Hestia and IVE Center, Iasi Department of Obstetrics, Medical School, Aristide Oncescu University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece; ⁶Servei de Medicina cel·lular Reproductiva, Departament D'Obstetrícia, Hospital Universitari Quirón Dexeus, Ginecologia i Reproducció, Barcelona, Spain; ⁷Department of Obstetrics and Gynecology, University of Lübeck, Ratzeburger Allee 166, Lübeck D-23538, Germany; ⁸Fakultät für Biologie – Genteschichte/Mikrobiologie, University of Bayreuth, Bayreuth D-93051, Germany; ⁹Institute of Human Genetics, University of Minster, Münster D-48149, Germany

*Correspondence address. Tel.: +3024-43881713; E-mail: w.dondorp@maastrichtuniversity.nl

Submitted on March 10, 2014; resubmitted on March 10, 2014; accepted on March 20, 2014

ABSTRACT This Task Force document explores the ethical issues involved in the debate about the scope of genetic screening of gamete donors. Calls for expanded donor screening arise against the background of both occasional findings of serious but rare genetic conditions in donors or donor offspring that were not detected through present screening procedures and the advent of new genomic technologies promising affordable testing of donors for a wide range of conditions. Ethical principles require that all stakeholders' interests are taken into account, including those of candidate donors. The message of the profession should be that avoiding all risks is impossible and that testing should remain proportional.

Keywords: ethics / donor conception / genetic screening / reproductive risk / reproductive safety

Introduction

For gamete donation, when performed in a clinical setting, only donors are used who have been screened for a range of medical risk factors including risks of transmitting genetic disease to the children conceived with their help. According to present recommendations genetic screening of gamete donors mainly consists of a medical history of the donor and his or her family taken by a qualified genetics professional. In addition to this, tests for some specific disorders may be part of the procedure, either for all sperm or oocyte donors or for those from higher risk populations. However, the number of disorders for which such additional testing is recommended is small (with some notable differences with regard to what tests are proposed).

Although this makes the risk of transmitting a serious genetic disorder through donor conception very small, there is still a chance that this may happen. Cases where serious genetic disorders are found either in donor

offspring or in past donors attract extensive media attention and lead to calls for expanded testing of gamete donors. Until recently, such proposals were not realistic given practical limitations and costs. However, this may change with the advent of new genomic technologies allowing affordable testing of donors for a wide range of conditions that a family history will not always pick up. The question is whether this is a scenario that should be welcomed and promoted or not. This is not just a technical or a scientific question, but very much also one about what levels of risk we should try to avoid and at what price.

This document contributes to the debate about the scope of genetic screening of donors, not by providing concrete guidance about what conditions to screen for, but by identifying the ethical issues and proposing an outline for a normative framework. The document was drawn up by the Task Force on Ethics and Law together with invited specialists from the Special Interest Group Reproductive Genetics. The document is limited

†ESHRE pages content is not externally peer reviewed. The manuscript has been approved by the Executive Committee of ESHRE.

‡The authors except W.D. and F.T. are members of the Task Force. W.D. and F.T. contributed as invited experts.



REVISIÓN

Trasplante de útero: ¿realidad o ficción?

Clara González^{a,} Marta Devesa^{a,} Montserrat Boada^{a,} Alicia Úbeda^{a,}
Buenaventura Coroleu^{a,} P.N Barri^a y Anna Veiga^{a,*}

^a Servicio de Medicina de la Reproducción, Departamento de Ginecología, Obstetricia y Reproducción, Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona, España

^b Servicio de Ginecología, Departamento de Ginecología, Obstetricia y Reproducción, Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona, España

^c Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 27 de marzo de 2014; aceptado el 11 de junio de 2014

PALABRAS CLAVE:
Trasplante de Útero;
Tratamiento
Inmunosupresor;
Fecundación in vitro

Resumen

Los continuos avances en el ámbito de la medicina reproductiva han propiciado el planteamiento de la aplicación clínica del trasplante uterino en humanos como estrategia para solventar los casos de esterilidad de origen uterino para las que hasta ahora sólo la adopción o la subrogación uterina ofrecían una alternativa.

Dado que el útero no es un órgano vital y su trasplante contribuiría únicamente a la mejora de la calidad de vida de la paciente, existen aún más dilemas éticos respecto a si el deseo de gestar un hijo debería prevalecer sobre los riesgos que supone un trasplante de útero para las partes implicadas: la donante, la receptora y el feto.

Aunque hasta el momento se han realizado 11 trasplantes de útero en todo el mundo y las cirugías de extracción y trasplante no plantean excesivas dificultades técnicas, no se ha logrado por el momento una gestación evolutiva con el nacimiento de un niño sano, indicador final del éxito de la técnica.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS:
Úterus transplant;
Immunosuppressive
treatment;
In vitro fertilisation

Uterus transplant: Fact or fiction?

Abstract

The ongoing advances in Reproductive Medicine have promoted the clinical application of Human Uterus Transplant as a means to resolving the cases of uterine sterility for which the only alternative was adoption or uterus subrogation.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ana.veiga@dexeus.com (A. Veiga).

http://dx.doi.org/10.1016/j.medreprod.2014.02.004

© 2014 Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción y Sociedad Española de Fertilidad. Publicado por Elsevier España, S.L.U. todos los derechos reservados.



ORIGINAL

Resultados de la encuesta nacional sobre información del hematólogo y oncólogo acerca de las técnicas de preservación de la fertilidad

José M. Gris^{a,*}, Fernando Ramos^b, Montserrat Boada^c, Fernando Marina^d, Ana Lluch^e y Justo Callejo^f

a Unidad de Reproducción Asistida, Hospital Universitario Materno-Infantil Vail d'Hebron, Barcelona, España
b Servicio de Hematología, Hospital Universitario de León, León, España
c Servicio de Reproducción Humana, Hospital Universitario Quirón-Dexeus, Barcelona, España
d Instituto de Reproducción CEFER, Centro Médico Teknon, Barcelona, España
e Instituto de Oncología y Hematología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España
f Servicio de Ginecología, Hospital Universitario Sant Joan de Déu, Barcelona, España

Recibido el 17 de mayo de 2014; aceptado el 25 de agosto de 2014

PALABRAS CLAVE

Cáncer;
Preservación de la fertilidad;
Encuesta nacional;
Conocimiento oncológico

Resumen

Introducción: El tratamiento del cáncer puede causar efectos a largo plazo, como la pérdida de la fertilidad entre otros. Las tasas de supervivencia en pacientes afectados de cáncer están mejorando por lo que es importante conseguir que esta mayor tasa de superación de la enfermedad se asocie a una buena calidad de vida.

Aunque el tratamiento del cáncer puede afectar la fertilidad, algunos pacientes pueden beneficiarse de la remisión a un especialista en reproducción antes del tratamiento oncológico para disponer de la información específica y ahondar a cerca de las posibilidades de preservar su fertilidad para el futuro. El Grupo de Trabajo de Preservación de la Fertilidad de la Sociedad Española de Fertilidad ha realizado una encuesta para conocer la situación de partida entre los especialistas oncológicos acerca del grado de conocimiento que existe.

Material y método: Se confeccionó una encuesta de 10 ítems que se distribuyó a través de las principales Sociedades Científicas relacionadas con la oncología a las que se invitó a participar a sus asociados por correo electrónico. Se realizaron dos envíos (Octubre 2009 y Febrero de 2010) a un total de 2477 médicos especialistas.

Resultados: Se recogieron un total de 119 respuestas que representa el 4,8% del total de encuestas enviadas (119/2477).

El grado de respuestas según la Sociedad Científica de procedencia de los especialistas que respondieron fue: SEHH: 20/854 = 2,3%, SEHOP: 5/150 = 3,3%, SEDM: 29/700 = 4,1%, SEDR 29/650 = 4,5%.

Conclusiones: La mayoría de los especialistas no disponen de un centro de referencia especializada en reproducción asistida y concretamente en preservación de la fertilidad para poder ofrecer a sus pacientes tras el diagnóstico de la enfermedad y previo a la administración del tratamiento potencialmente gonadotóxico.

Es importante divulgar entre la comunidad médica las opciones reales de preservación de la fertilidad y de los protocolos a seguir.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jmggris@vhaionn.net (J.M. Gris).
http://dx.doi.org/10.1016/j.mrec.2014.02.004
2340-9320/©2014 Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción y Sociedad Española de Fertilidad. Publicado Por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Current issues in medically assisted reproduction and genetics in Europe: research, clinical practice, ethics, legal issues and policy†

Joyce Harper^{1,2,*}, Joep Geraedts³, Pascal Borry⁴, Martina C. Cornel⁵, Wybo J. Dondorp⁶, Luca Gianaroli⁷, Gary Harton⁸, Tanya Milachich⁹, Helena Kääriäinen¹⁰, Inge Liebaers¹¹, Michael Morris¹², Jorge Sequeiros¹³, Karen Sermon¹⁴, Françoise Shenfield¹⁵, Heather Skirton¹⁶, Sirpa Soini¹⁷, Claudia Spits¹⁴, Anna Veiga¹⁷, Joris Robert Vermeesch¹⁸, Stéphane Viville¹⁹, Guido de Wert², and Milan Macek Jr²⁰ on behalf of ESHG, ESHRE and EuroGentest2

¹UCL Centre for PGSD, Institute for Women's Health, University College London, London, UK; ²Centre for Reproductive and Genetic Health, London, UK; ³Department of Genetics and Cell Biology, Research Institute GROW, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands; ⁴Department of Public Health and Primary Care, KU Leuven, Leuven, Belgium; ⁵Department of Clinical Genetics, EMGO Institute for Health and Care Research, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands; ⁶Department of Health Policy & Society, Research Institute GROW, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands; ⁷S.U.P.E.R., Reproductive Medicine Unit, Bologna, Italy; ⁸School of Biosciences, University of Kent, Canterbury, UK (formerly Reproductive, Livingston, NJ, USA); ⁹SABGAL Hospital "Dr. Stoyan" PKC "Reproductive Health", Sofia, Bulgaria; ¹⁰National Institute for Health and Welfare (THL), Helsinki, Finland; ¹¹Center for Medical Genetics, Vrije Universiteit Brussel, Brussels, Belgium; ¹²Department of Molecular Diagnostics, Synthelabo, Lausanne, Switzerland; ¹³ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar and IBYC - Institute for Molecular and Cell Biology, University of Porto, Porto, Portugal; ¹⁴Department of Embryology and Genetics, Vrije Universiteit Brussel, Brussels, Belgium; ¹⁵Reproductive Medicine Unit, Institute for Women's Health, University College London, London, UK; ¹⁶School of Nursing and Midwifery, Faculty of Health, Education and Society, Plymouth University, Plymouth, UK; ¹⁷Reproductive Medicine Service, Institut d'Investiçions Biomèdiques, Barcelona, Spain; ¹⁸Centre for Human Genetics, Catholic University of Leuven, Leuven, Belgium; ¹⁹Institute of Genetics and Molecular and Cellular Biology (IGMC), Centre National de Recherche Scientifique (CNRS) UMR 1794, Illkirch, France; ²⁰Department of Biological and Medical Genetics, Charles University 2 Faculty of Medicine and University Hospital Motol, Prague, Czech Republic

*Correspondence address: Centre for PGSD, Institute for Women's Health, University College London, 86-96 Chase Walk, London WC1E 6BT, UK. E-mail: j.harper@ucl.ac.uk

Submitted on April 2, 2014; resubmitted on April 2, 2014; accepted on May 2, 2014

STUDY QUESTION: How has the interface between genetics and assisted reproduction technology (ART) evolved since 2000?

SUMMARY ANSWER: The interface between ART and genetics has become more entwined as we increase our understanding about the genetics of infertility and we are able to perform more comprehensive genetic testing.

WHAT IS KNOWN ALREADY: In March 2005, a group of experts from the European Society of Human Genetics and European Society of Human Reproduction and Embryology met to discuss the interface between genetics and ART and published an extended background paper, recommendations and two Editorials.

STUDY DESIGN, SIZE, DURATION: An interdisciplinary workshop was held, involving representatives of both professional societies and experts from the European Union EuroGentest2 Coordination Action Project.

PARTICIPANTS/MATERIALS, SETTING, METHODS: In March 2012, a group of experts from the European Society of Human Genetics, the European Society of Human Reproduction and Embryology and the EuroGentest2 Coordination Action Project met to discuss developments at the interface between clinical genetics and ART.

ESHRE Page content is not a formally peer-reviewed. This manuscript has been approved by the Executive Committee of ESHRE and ES-GC.

© The Author 2014. Published by Oxford University Press on behalf of the European Society of Human Reproduction and Embryology. All rights reserved. For permissions, please email: journals.permissions@oup.com

Downloaded from http://humrep.oxfordjournals.org/ by guest on July 10, 2015

REGIONAL REGULATORY INSIGHTS

Regulatory Insight into the European Human Pluripotent Stem Cell Registry

Andreas Kurtz,^{1,2*} Glyn Stacey,³ Luam Kidanu,³ Anna Seriola,⁴ Harald Stachelscheid,¹ and Anna Veiga⁴

ABSTRACT

The European pluripotent stem cell registry aims at listing qualified pluripotent stem cell (PSC) lines that are available globally together with relevant information for each cell line. Specific emphasis is being put on documenting ethical procurement of the cells and providing evidence of pluripotency. The report discusses the tasks and challenges for a global PSC registry as an instrument to develop collaboration, to access cells from diverse resources and banks, and to implement standards, and as a means to follow up usage of cells and support adherence to regulatory and scientific standards and transparency for stakeholders.

INTRODUCTION

The European embryonic stem cell registry (hESCreg) project was originally established to provide clarity on the human embryonic stem cell (hESC) lines available for research and evidence that they had been isolated from embryos with appropriate informed consent. The technology to generate human induced pluripotent stem cell (hiPSC) lines now permits generation of many human pluripotent stem cell (hPSC) lines in many

labs from many different tissue sources. Under new funding, hESCreg will now provide a source of information on both hESC and hiPSC lines that will enable comparison of data on registered lines that might not be otherwise available in the literature and also give evidence of ethical provenance of all lines.

History and purpose

Since hESCs were first generated in 1998 [1], the ethical debate on the use of human embryos to derive these cells has been fierce [2] and resulted in a fragmented regulatory framework. In the United States, federal funding was restricted until 2009 to research on hESC lines derived before 2001, which triggered several states to expand their funding mechanisms to also include hESC research [3]. In Europe, the legal framework for research with hESC in different countries ranges from a complete ban to a permissive yet highly controlled framework [4]. The diverse regulatory landscape in Europe led the

European Commission (EC) devise a funding mechanism for research with hESC, which excludes research activities intended to destroy human embryos for the procurement of hESC lines. It furthermore does not allow funding of human cloning for reproductive purposes, of research intended to modify the genetic heritage of human beings, which could make such changes heritable, and of research intended to create human embryos solely for the purpose of research or the purpose of stem cell procurement [5]. This policy was endorsed by the European Group on Ethics (EGE) in their opinion papers 16 and 22 [10], which also asks for transparency on the ethical provenance and utilization of hESC.

No global resource was available that provided comprehensive information on hESC, their source, available numbers, characteristics, use, and distribution, which made it impossible to guide funding agencies, such as the EC, on the justification for the derivation of new cell lines or the utilization of specific lines.

Funding was provided to extend scope, utility, and content of hESCreg to include all human pluripotent stem cell types.

¹ Berlin Brandenburg Center for Regenerative Medicine, Charité—Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

² College of Veterinary Medicine and Research Institute for Veterinary Science, Seoul National University, Seoul, Republic of Korea

³ National Institute for Biological Standards and Control, Medicines and Health Products Regulatory Agency (MHRA), South Mimms, United Kingdom

⁴ Barcelona Stem Cell Bank, Center of Regenerative Medicine in Barcelona, Barcelona Biomedical Research Park, Barcelona, Spain

*Correspondence: andreas.kurtz@charite.de/akurtz@bmc.ac.kr



Inducción de la ovulación con hMG-HP en inseminación artificial en paciente con síndrome de ovario poliquístico

Francisca Martínez San Andrés

I+D+I Clínico del Servicio de Medicina de la Reproducción.
Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción
Institut Universitari Dexeus, Barcelona

INTRODUCCIÓN

El síndrome del ovario poliquístico (SOP) es la causa más común de oligo-amenorrea, (26-37% de las amenorreas) y ocurre entre el 4-7% de las mujeres en edad reproductiva. Se trata de un síndrome endocrino-metabólico con implicaciones multisistémicas que se manifiesta en las etapas iniciales de la vida adulta por signos y síntomas de índole ginecológica (1). Hasta un 60% pueden presentar problemas de esterilidad, principalmente debida a la anovulación, por lo que restablecer la ovulación es el objetivo principal en las mujeres con deseo gestacional.

Se presenta a continuación el caso de una pareja que consultó por esterilidad primaria de 3 años de evolución en el Servicio de Medicina de la Reproducción.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 30 años de edad, menarquia a los 12 años, sin variaciones de peso im-

portantes, revisiones ginecológicas periódicas, uso previo de anticonceptivos orales combinados en varios episodios por trastornos del ciclo y con fines anticonceptivos hasta 3 años anteriores al momento de la consulta. Sin otros antecedentes familiares ni personales de interés.

Aportaba análisis generales normales; estudio hormonal, en día 4.º de "regla" tras privación con progesterona: FSH: 5 mUI/ml; LH: 9 mUI/ml; estradiol: 54 pg/ml; TSH: 2,1 UI/ml; prolactina: 19 UI/ml; histerosalpingografía normal; seminograma de la pareja con ligera astenozoospermia.

Se completó el estudio mediante:

Exploración: índice de masa corporal (IMC): 29; acné facial moderado; índice de Ferriman: 6; normotensa; exploración ginecológica normal.

Ecografía transvaginal: ovario derecho: 4,6 cm; volumen 28,5 ml; 18 folículos <10 mm de diámetro; ovario izquierdo: 3,7 cm,



Comparison of starting ovarian stimulation on day 2 versus day 15 of the menstrual cycle in the same oocyte donor and pregnancy rates among the corresponding recipients of vitrified oocytes

Francisca Martínez, Ph.D., Elisabet Clua, B.Sc., Marta Devesa, M.D., Ignacio Rodríguez, B.Sc., Gemma Arroyo, B.Sc., Clara González, B.Sc., Miquel Solé, B.Sc., Rosa Tur, Ph.D., Buenaventura Coroleu, Ph.D., and Pedro M. Barré, Ph.D.

Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine, Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona, Spain

Objective: To assess the clinical pregnancy rate per transfer in recipients of embryos from donor oocytes obtained after ovarian stimulation initiated on day 2 (D2) or day 15 (D15) of the menstrual cycle with a secondary end point of comparing the response to stimulation.

Design: Prospective observational comparative study.

Setting: Private in vitro fertilization (IVF) program.

Patients: Oocyte donors (OD) and recipients.

Intervention(s): Donors stimulated within 2 months, starting on day 2 or day 15 after bleeding, with recombinant follicle-stimulating hormone (FSH), gonadotropin-releasing hormone (GnRH) antagonist, and GnRH agonist trigger, and oocytes vitrified and later assigned to recipients, followed by routine IVF procedures one to two embryos transferred.

Main Outcome Measure(s): Primary outcome pregnancy rate, and secondary outcome number of mature oocytes retrieved.

Results(s): Nine D2 and nine D15 cycles were performed in nine donors. There were no differences between D2 and D15 in the number of mature oocytes obtained (14.0 ± 6.96 vs. 16.89 ± 7.52). To date, 20 recipients have received vitrified oocytes (8 recipients received D2 oocytes and 12 recipients received D15 oocytes). There were no differences between the groups of recipients in fertilization rate (77.3% vs. 76.5%) or number of embryos transferred (1.40 ± 0.53 vs. 1.67 ± 0.64). Twelve clinical pregnancies were obtained. No differences were noted in pregnancy rates (62.5% vs. 58.3%) or implantation rates (41.67% vs. 45%) between recipients of D2 oocytes and recipients of D15 oocytes.

Conclusion(s): Donor oocytes obtained after ovarian stimulation initiated on day 15 of the cycle achieve good pregnancy rates. This information is useful for patients with cancer undergoing fertility preservation.

Clinical Trial Registration Number: NCT 01615241 (Fertil Steril® 2014;102:1307-11). ©2014 by American Society for Reproductive Medicine.

Key Words: Luteal phase ovarian stimulation, oocyte vitrification, fertility preservation, oocyte recipients, pregnancy rates

Discuss: You can discuss this article with its authors and with other ASRM members at (<http://fertilityforum.com/martinezcf-day-2-15-ovarian-stimulation-pregnancy/>)



Use your smartphone to scan this QR code and connect to the discussion forum for this article now!

Received July 16, 2014; received July 24, 2014; accepted August 9, 2014; published online August 27, 2014. P.M. has nothing to disclose; E.C. has nothing to disclose; M.D. has nothing to disclose; I.R. has nothing to disclose; G.A. has nothing to disclose; C.G. has nothing to disclose; M.B. has nothing to disclose; B.T. has nothing to disclose; B.C. has nothing to disclose; P.M.B. has nothing to disclose. Supported by the Generalitat de Catalunya and the Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital Universitario Quirón Dexeus, Universitat Autònoma de Barcelona, and a grant from the Fundación Alicia Koplowitz. "Ayuda Merit. Versión de investigación 2012." Research requests: Francisca Martínez, Ph.D., Obstetrics & Gynecology, Hospital Universitario Quirón Dexeus, Gran Via Carlos III 71-75, Barcelona, Spain 08028. (E-mail: gpmarr@dexeus.com)

Fertility and Sterility® Vol. 102, No. 5, November 2014 0015-0222/36.00 Copyright ©2014 American Society for Reproductive Medicine. Published by Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.07.041>

VOL 102 NO 5 / NOVEMBER 2014

1307

OHSS

Antagonist rescue of agonist IVF cycle at risk of OHSS: a case series

Francisca Martínez, Fulvia Mancini, Miquel Solé, María José Gómez, Dalila Beatriz Rodríguez, Rosario Euxaderas, Ignacio Rodríguez, and Pedro Nolasc Barré

Obstetrics, Gynecology and Reproduction Department, Reproductive Medicine Service, Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona, Spain

Abstract

We describe a series of *in vitro* fertilisation (IVF) long protocol cycles presenting a risk of ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS) which were rescued with an antagonist at a university-based tertiary-care fertility centre. Nineteen IVF patients presenting a risk of OHSS during treatment with long protocol between 2009 and November 2012 were included in the present study. After discussion of available options, the agonist was stopped and a daily gonadotropin-releasing hormone (GnRH) antagonist injection was initiated ("rescue protocol") and maintained until ovulation trigger. Fourteen patients were triggered with human chorionic gonadotropin (hCG) and five with GnRH agonist bolus, yielding competent oocytes. Seventeen embryo transfers were performed in the fresh cycles. One patient developed moderate OHSS. There were eight clinical pregnancies after the fresh IVF cycle (42% per patient), and six further pregnancies after frozen-thawed cycles, resulting in a 72% cumulative clinical pregnancy rate within one year. We conclude that the "rescue protocol with antagonist" of the long IVF cycle with a high risk of OHSS allows us to carry on with the cycle, without compromising its success or the patient safety, thus broadening the possibility of applying the long protocol.

Keywords

GnRH antagonist, IVF, long protocol, OHSS, rescue protocol

History

Received 20 October 2013
Accepted 24 October 2013
Published online 22 November 2013

Introduction

Ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS) is an iatrogenic complication of stimulative treatment with gonadotropin in *in vitro* fertilisation (IVF). It presents in at least 1.2% of stimulation cycles and requires hospitalisation in 1.9% of cases [1], and can even be fatal. Its origin is attributed to the effect of the human chorionic gonadotropin (hCG), exogenous or endogenous, which would produce an increase in vascular endothelial growth factor (VEGF). Different measures have been proposed to prevent the syndrome [2], particularly by preventing hCG stimulus by using a gonadotropin-releasing hormone (GnRH) agonist bolus trigger [3,4]. For this purpose, the pituitary's responsiveness must be kept intact, as occurs when it is stimulated under suppression with GnRH antagonist, but this does not happen when protocols with GnRH agonist are used [5].

The use of protocols with antagonists presents numerous advantages, including pregnancy rates comparable to those obtained in cycles treated with GnRH agonists [6], although this debate is apparently not yet over, since Orvieto and Patrizio [7] recently asserted that GnRH agonist still have a demonstrable superiority over GnRH antagonist protocols (with a 32.5% ongoing pregnancy versus 26.0%, $p < 0.001$, respectively). In fact, agonist protocols are still extensively used. In a recent review of 273 IVF cycles from all over the world, 89.1% of the 151,000 cycles/year were performed with agonist, compared to 12.0% of cycles in which an antagonist was used [8].

Even though the dose of gonadotropins is customized to each patient [9], one of the most critical aspects of agonist cycles is the increased risk of OHSS, which leads to cycle cancellation or coasting, thus reducing the cycle performance. IVF rescue cycles have been described when a risk of OHSS is suspected during a long protocol stimulation. By switching the administration of the agonist with an antagonist [10–12], the ovulation can be triggered with a GnRH agonist [13], thus avoiding cycle cancellation.

We hypothesized that switching the administration of the agonist with an antagonist of IVF cycles presenting a risk of OHSS would allow rescuing the cycle, without compromising the success of the cycle or the patient safety. The primary endpoint was to evaluate the clinical pregnancy rate per patient, and cumulative clinical pregnancy rate between fresh cycle and following frozen embryo transfer within one year.

Materials and methods

All the cases performed at Salud de la Mujer Dexeus between 2009 and November 2012, treated with "rescue protocol", were collected, and the results of the fresh and frozen cycles were analysed.

Patients were considered at high risk of OHSS when, at an early stage of stimulation, they presented more than 10 follicles per ovary and/or plasma estradiol levels >900 pg/mL, and it was expected that 2 days would still be needed to reach the triggering criteria.

Institutional review board (IRB) approval was not considered necessary. Each of the patients had given written authorization at the time of treatment for future use of their clinical data.

Treatment protocol

IVF patients that had been treated with long agonist protocol and showed hyper-response after 6th day of gonadotropin

Address for correspondence: Francisca Martínez, Obstetrics, Gynecology and Reproduction Department, Reproductive Medicine Service, Hospital Universitario Quirón Dexeus, Gran Via Carlos III, 74-75, Barcelona 08028, Spain. Tel: +34 932237000. Fax: +34 93 2274727. E-mail: gpmarr@dexeus.com

Història

Al voltant dels escrits de Charles Darwin

Joan Nicolau Costa

Departament d'Obstetrícia, Ginecologia i Reproducció, Institut Universitari Dexeus, Barcelona

Introducció

La conferència inaugural del setè Simposum Europeu «El laboratori clínic i la indústria del diagnòstic *in vitro*». La genètica molecular en el laboratori clínic, organitzat per l'Associació Catalana de Ciències de Laboratori Clínic i la Societat Catalana de Biologia, va estar dedicada a la història de la genètica molecular i la seva introducció als laboratoris clínics (1). La ponència va començar fent referència a Charles Darwin.

Aquest article tracta de la primera traducció d'una de les seves obres, el *Viaje d'un naturalista al rededor del món, fita a bordo del barco «La Liebre» (The Beagle) desde 1831 a 1836* (Figura 1) (2), distribuïda amb el primer diari escrit totalment en llengua catalana, el *Diari Català*.

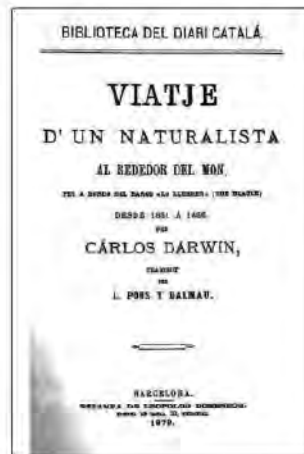


Figura 1. El *Viaje d'un naturalista al rededor del món, fita a bordo del barco «La Liebre» (The Beagle) desde 1831 a 1836*.

Recsenya

El gen egoista, revisitat

Joan Nicolau Costa

Departament d'Obstetrícia, Ginecologia i Reproducció, Institut Universitari Dexeus, Barcelona

Introducció

La Neoloteca, el diccionari en línia de termes normalitzats pel Consell Supervisor del Centre de Terminologia TERMIUM, defineix *mem* de la forma següent: «Unitat mínima de transmissió cultural que, segons algunes teories, actua en l'evolució cultural d'una manera comparable als gens en l'evolució biològica» (1).

Cal buscar l'origen del terme al llibre *The selfish gene* (*El gen egoista* en llengua catalana) publicat el 1976 (2). L'autor és Richard Dawkins, etòleg, és a dir, estudios del comportament dels animals, i biòleg evolutiu. Aquest article tracta del raonament que porta a l'autor a l'emparcament del terme. L'article no pressuposa la regència científica del llibre i el seu contingut es tracta en tant que ajuda a comprendre la creació del terme.

Esbós biogràfic de l'autor

Richard Dawkins neix el 1941 a Nairobi, Kenya, fill de pares anglesos. Passa part de la seva infantesa a Nyasalandia (actualment Malawi) (3). Més tard,

estudia zoologia a la Universitat d'Oxford. És el doctorat sota la supervisió de l'etòleg Nikolaas Tinbergen que rep el Premi Nobel en Biologia o Medicina, pels seus estudis sobre els patrons de la conducta animal, juntament amb Konrad Lorenz i Kad von Frisch. En les seves memòries, l'autor ens diu que és el mètode educatiu de la universitat el que l'educa veritablement. Així, sistemàticament, se li encarrega la presentació d'un assaig, la qual cosa el fa estar al corrent de les publicacions relacionades amb el tema assignat. Aquest sistema també estimula les seves habilitats literàries i la seva afició per la vida acadèmica (4).

Després de passar dos anys a la Universitat de Berkeley, retorna el 1970 a la Universitat d'Oxford per ensenyar. L'any 1973, el govern conservador britànic, pressionat per les veugues del sindicat de miners, imposa la setmana de tres dies i el raonament de l'enginyer elèctric per les finalitats considerades no essencials. És el moment aprofitat per l'autor per escriure un primer capítol que queda guardat a un calaix. Posteriorment, en un any sabàtic,



ORIGINAL

Grupo de Interés de Embriología de ASEBIR: estudio multicéntrico para la validación del criterio ASEBIR de valoración morfológica de embriones tempranos en día +3 y su asociación con la tasa de nacido vivo



María Carme Pons^{a,b,*}, María José de los Santos^{b,c}, Amaia Múgica^{b,d}, Miguel Ángel Vilches^{b,e}, Gemma Arroyo^{b,f}, Beatriz González^{b,g}, Marta Moragas^{b,h}, Elena García-Cerrudo^{b,i}, María José Figueroa^{b,j}, Fernando Prados^{b,k}, Ana Busquets^{a,b} y María Victoria Hurtado de Mendoza^{b,l}

- ^a Hospital Quirón Teknon, Barcelona, España
- ^b Grupo de Interés de Embriología de la Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción (ASEBIR), Madrid, España
- ^c Instituto Valenciano de Infertilidad, Valencia, España
- ^d IBI LAB, Palma de Mallorca, España
- ^e Complejo Hospitalario Torredárdena, Almería, España
- ^f Hospital Quirón Dexeus, Barcelona, España
- ^g Hospital Río Hortega, Valladolid, España
- ^h Hospital Quirón Barcelona, Barcelona, España
- ⁱ McGill Reproductive Center, Montreal, Canadá
- ^j HC Fertility, Marbella, Málaga, España
- ^k Hospital Montepríncipe, Boadilla del Monte, Madrid, España
- ^l MásVida Reproducción, Sevilla, España

Recibido el 8 de agosto de 2014; aceptado el 16 de octubre de 2014
Disponible en Internet el 5 de diciembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Calidad embrionaria; Implantación; Recién nacido vivo; Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción

Resumen

Introducción: En 2007, la Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción fue pionera con la estandarización de un criterio de clasificación embrionaria por categorías. Después de 6 años de aplicación se ha considerado necesario revisarlo para su validación, no solo en cuanto a fase de implantación, como en la mayoría de los estudios, sino también en cuanto a tasa de nacido vivo. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo multicéntrico sobre 1.451 transferencias embrionarias y 2.678 embriones transferidos entre enero y diciembre de 2011. Los embriones incluidos

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mc.pons@quiron.com (M.C. Pons).



ORIGINAL

Registro de fecundación in vitro e inyección espermática intracitoplasmática de la Sociedad Española de Fertilidad de los años 2010 y 2011



Fernando Prados^a, Ester Vidal^b, Juana Hernández^c, Javier Marqueta^d, Julio Herrero^e, Yolanda Cabello^f, María J. de los Santos^g, Rosario Buxaderas^h, Ana Seguraⁱ, Sandra Zamora^{j,k,l}, Montserrat de Andrés^l, Irene Cuevas^m y Jose A. Castilla^{l,k,n}

- ^a U. Reproducción, Hospital Universitario Madrid-Montepríncipe, Boadilla del Monte, Madrid, España
- ^b U. Reproducción Asistida, H. Clínico Provincial, Barcelona, España
- ^c Clínica Ginecológica Juana Hernández, Logroño, España
- ^d Instituto Balear de Infertilidad (Ibilibi), Palma de Mallorca, España
- ^e Centro de Reproducción Asistida, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España
- ^f Unidad de Reproducción Asistida, Clínica Ruber, Madrid, España
- ^g Laboratorio FIV IVI, Valencia, España
- ^h Servicio de Medicina de la Reproducción, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Institut Universitari Quirón Dexeus, Barcelona, España
- ⁱ Unidad de Andrología, Servicio de Urología, Hospital General Universitario de Alicante y Unidad de Reproducción, Clínica Vistahermosa, Alicante, España
- ^j MásVida Reproducción, Sevilla, España
- ^k Banco de semen Ceifejer, Granada, España
- ^l Unidad de Reproducción, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España
- ^m Unidad de Reproducción Humana-Salud Sexual, Hospital General Universitario, Valencia, España
- ⁿ Unidad de Reproducción, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

Recibido el 6 de septiembre de 2014; aceptado el 12 de septiembre de 2014
Disponible en Internet el 4 de diciembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Registro Sociedad Española de Fertilidad; Fecundación in vitro e inyección espermática intracitoplasmática.

Resumen

Introducción: Se presentan los resultados de actividad de FIV/CSI del registro de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) correspondientes a los años 2010 y 2011. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo de los datos recogidos de los ciclos realizados en 103 centros españoles en el año 2010 y 118 en el año 2011: Se analizaron ciclos de FIV/CSI con ovocitos propios (2010: 32.503; 2011: 36.766), ciclos de FIV/CSI con recepción de ovocitos (2010: 7.749; 2011: 9.162), ciclos de descongelación de embriones (2010: 13.472; 2011: 17.027), ciclos de DGP (2010: 2.719; 2011: 2.612) y ciclos con ovocitos criopreservados (2010: 1.759; 2011: 5.612).

Autor para correspondencia.
Correo electrónico: sandra.zamora@ceifejer.com (S. Zamora).



OPEN ACCESS

Citation: Ramos L, del Rey J, Daina G, Garcia-Aragonés M, Armengol L, et al. (2014) Oligonucleotide Arrays vs. Metaphase-Comparative Genomic Hybridisation and BAC Arrays for Single-Cell Analysis: First Applications to Preimplantation Genetic Diagnosis for Robertsonian Translocation Carriers. PLoS ONE 9(11): e113222. doi:10.1371/journal.pone.0113222

Editor: Svetlana Pook-CGR, National Cancer Institute, NIH, United States of America

Received: June 12, 2014

Accepted: October 20, 2014

Published: November 27, 2014

Copyright: © 2014 Ramos et al. This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability: The authors confirm that all data underlying the findings are fully available without restriction. All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding: This work was funded by the Fondo de Investigaciones Científicas, Instituto Carolus III (P13/00012, P11/00025) and Grup de Suport a la Recerca de la Generalitat de Catalunya (2009SGR1161). The first author had a predoctoral grant from the Universitat Autònoma de Barcelona, Genomics Laboratory provided support in the form of salaries for authors MG & LA, but did not have any additional role in the study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript. The specific roles of these authors are articulated in the 'author contributions' section.

Competing Interests: MG & LA are employees of Genomics Laboratory. There are no patents, products in development or marketed products to declare. This does not alter the authors' adherence to all PLOS ONE policies on sharing data and materials.

RESEARCH ARTICLE

Oligonucleotide Arrays vs. Metaphase-Comparative Genomic Hybridisation and BAC Arrays for Single-Cell Analysis: First Applications to Preimplantation Genetic Diagnosis for Robertsonian Translocation Carriers

Lala Ramos¹, Javier del Rey¹, Gemma Daina¹, Manel Garcia-Aragonés², Lluís Armengol², Alba Fernández-Encinas³, Mónica Parrigo², Montserrat Bcada⁴, Olga Martínez-Passarell⁵, Maria Rosa Martorell⁶, Oriol Casagran⁶, Jordi Benet¹, Joaquima Navarro^{1*}

1 Unitat de Biologia Cel·lular i Genètica Mèdica, Facultat de Medicina, Departament de Biologia Cel·lular, Fisiologia i Immunologia, Universitat Autònoma de Barcelona, 08193, Bellaterra, Spain, **2** Genomics Laboratory, Hospital de Sant Pau i de la Santa Creu, 08026, Barcelona, Spain, **3** Institut Universitari Dexeus, 08026, Barcelona, Spain, **4** Fundació Puigvert, Hospital de Sant Pau i de la Santa Creu, 08025, Barcelona, Spain, **5** Unitat de Reproducció Humana i Diagnòstic Genètic, Clínica Girona, 17002, Girona, Spain, **6** Genomics Service, Centre for Research in Agricultural Genomics (CRAG), 08193, Bellaterra, Spain

* joaquima.navarro@uab.cat

Abstract

Comprehensive chromosome analysis techniques such as metaphase-Comparative Genomic Hybridisation (CGH) and array-CGH are available for single-cell analysis. However, while metaphase-CGH and BAC array-CGH have been widely used for Preimplantation Genetic Diagnosis, oligonucleotide array-CGH has not been used in an extensive way. A comparison between oligonucleotide array-CGH and metaphase-CGH has been performed analysing 15 single fibroblasts from aneuploid cell-lines and 18 single blastomeres from human cleavage-stage embryos. Afterwards, oligonucleotide array-CGH and BAC array-CGH were also compared analysing 16 single blastomeres from human cleavage-stage embryos. All three comprehensive analysis techniques provided broadly similar cytogenetic profiles; however, non-identical profiles appeared when extensive aneuploidies were present in a cell. Both array techniques provided an optimised analysis procedure and a higher resolution than metaphase-CGH. Moreover, oligonucleotide array-CGH was able to define extra segmental imbalances in 14.7% of the blastomeres and it better determined the specific unbalanced chromosome regions

Does the S phase have an impact on the accuracy of comparative genomic hybridization profiles in single fibroblasts and human blastomeres?

Lala Ramos, M.Sc.,¹ Javier del Rey, Ph.D.,² Gemma Daina, Ph.D.,³ Olga Martínez-Passarell, Ph.D.,¹ Mariana Rius, Ph.D.,⁴ Dolores Tuñón, M.Sc.,² Mercedes Campillo, Ph.D.,⁵ Jordi Benet, Ph.D.,² and Joaquima Navarro, Ph.D.⁶

1 Unitat de Biologia Cel·lular i Genètica Mèdica, **2** Facultat de Medicina, Departament de Biologia Cel·lular, Fisiologia i Immunologia, Universitat Autònoma de Barcelona, **3** Fundació Puigvert, Hospital de Sant Pau i de la Santa Creu, **4** Clínica Sagrada Família, **5** Institut Universitari Dexeus, and **6** Àrea de Medicina Preventiva i de Salut Pública, Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Spain

Objective: To investigate if there is an association between single-cell replicative stage and the segmental chromosome imbalances detected by comparative genomic hybridization (CGH).

Design: First, 135 fibroblasts from cell-line GM03182 (Coriell) at three cell stages (G0/G1, S, and G2/M) were amplified by degenerate oligonucleotide-primed polymerase chain reaction (DOP-PCR) or Sureplex and blindly analyzed by CGH. Second, 85 human blastomeres at the interphase and the metaphase stages, from 30 donated human cryopreserved embryos, were amplified by Sureplex and analyzed by CGH.

Setting: Academic center for reproductive medicine.

Patient(s): None.

Intervention(s): None.

Main Outcome Measure(s): Incidence of aneuploidy and segmental imbalances detected at the different cell stages.

Results: In DOP-PCR amplifications of fibroblasts, an increased incidence of segmental abnormalities was detected in the S phase. In Sureplex amplifications of fibroblasts and blastomeres, no differences were detected between the different cell stages. A significantly increased incidence of structural abnormalities was seen in the aneuploid blastomeres.

Conclusion(s): The segmental imbalances detected after Sureplex amplification in 73.3% of the cryopreserved embryos analyzed are mainly nontransitory. They correspond to segmental imbalances present in the cells due to chromosome instability, rather than to replicative DNA segments. (Fertil Steril® 2014;101:489–95. ©2014 by American Society for Reproductive Medicine.)

Key Words: Cell cycle, CGH, aneuploidy, segmental imbalances, human cryopreserved embryos

Discuss: You can discuss this article with its authors and with other ASRM members at <http://fert.steril.com/content/101/489-cell-cycle-aneuploidy>.



Use your smartphone to scan the QR code and connect to the discussion forum for this article now.*

*Download a free QR code scanner app from the "QR code" in the application store or download it.

Single-cell genetic analysis is necessary for clinical purposes such as preimplantation genetic

diagnosis (PGD), where cytogenetic or molecular analyses are mostly performed on cleavage-stage embryos

after the biopsy of one or two cells (1). Preimplantation genetic screening may be recommended in couples with advanced maternal age, balanced chromosomal abnormalities, repetitive implantation failure, recurrent miscarriage, or even male-factor infertility, and techniques such as fluorescence in situ hybridization (FISH), comparative genomic hybridization (CGH), or, more recently, array-based techniques can be used for embryo cytogenetic diagnosis (2–11).

Analysis of the whole chromosomal complement of embryonic single cells

Received August 1, 2013; revised October 16, 2013; accepted October 22, 2013. Published online December 5, 2013.

L.R. has nothing to disclose. J.d.R. has nothing to disclose. G.D. has nothing to disclose. O.M.P. has nothing to disclose. M.R. has nothing to disclose. D.T. has nothing to disclose. M.C. has nothing to disclose. J.B. has nothing to disclose. J.N. has nothing to disclose.

supported by the Fondo de Investigaciones Científicas, Instituto Carolus III (P13/00012, P11/00025) and Grup de Suport a la Recerca de la Generalitat de Catalunya (2009SGR1167). The first author had a predoctoral grant from the Universitat Autònoma de Barcelona.

Reprint requests: Joaquima Navarro, Ph.D., Unitat de Biologia Cel·lular i Genètica Mèdica, Facultat de Medicina, Departament de Biologia Cel·lular, Fisiologia i Immunologia, Universitat Autònoma de Barcelona, 08193 Bellaterra, Spain (E-mail: joaquima.navarro@uab.cat).

Fertility and Sterility® Vol. 101, No. 2, February 2014 0015-0282/\$36.00
Copyright ©2014 American Society for Reproductive Medicine. Published by Elsevier Inc.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertstert.2013.10.031>

INTRODUCCIÓN

Autores: Tuñón, Dolores, Morise Boula, Anra Veiga

Título: Análisis genético de los embriones antes de su implantación en el útero: aspectos éticos y legales

Fecha: 2014-03-05

Publicado: RDF 2014-03-10

(1)

(2)

(3)

1. Introducción

Las técnicas de reproducción asistida (en adelante, TRA) han sufrido una gran evolución desde su primera aplicación, hace ya treinta y cinco años, con el nacimiento de Louise Brown (1). Aunque originalmente surgieron como alternativa terapéutica en parejas con problemas de fertilidad, la aparición de nuevas técnicas, como el diagnóstico genético preimplantacional (en adelante, DGP), permite también su uso en individuos fértiles con riesgo elevado de transmitir alteraciones genéticas. Los avances médicos y tecnológicos alcanzados en el campo han generado gran impulso social, suscitando debates científicos, éticos y legales.

II. DGP

Entendemos como DGP el análisis genético de los embriones generados in vitro mediante TRA con el objetivo de transferir al útero materno sólo aquellos diagnosticados como sanos para el test genético realizado, evitando la transmisión de enfermedades genéticas y cromosomopatías a la descendencia (2) (3). La técnica se puede aplicar en parejas con un elevado riesgo genético, que presentan una anomalía genética o cromosómica conocida (DGP), o bien en parejas sin alto riesgo genético que recurren a TRA por problemas de fertilidad y realizan un ciclo de DGP de cribado cromosómico o screening de aneuploidias (PGS) (4).

1. Origen de los embriones y aspectos técnicos del DGP

El DGP está condicionado a la realización de un ciclo de fecundación in vitro (en adelante, FIV) para generar una cohorte de embriones que posteriormente es analizada. Los ovocitos recuperados tras la inducción a la ovulación son fecundados mayormente por microinyección espermática (5). De los embriones generados se obtienen una o varias células mediante técnicas de micromanipulación. Las células son sometidas a un análisis genético que servirá para extrapolarse el estatus genético del embrión estudiado (6) (7).

La biopsia puede realizarse en diferentes estadios del desarrollo embrionario in vitro (8) (9), mediante la extracción de los corpúsculos polares en el estadio de cigoto (D+1) (10) (11), células embrionarias (blastómeros) en el tercer día de desarrollo in vitro (D+3) (12) (13), o células del trofoblasto en estadio de blastocisto (14) (15), a los cinco o seis días de cultivo (D+5 o D+6). Se trata de una técnica invasiva mediante láser (16) (17) o acción química (18). La biopsia consiste en la disección de la zona pelúcida o cubierta externa que protege al embrión. En la práctica clínica, la biopsia suele realizarse habitualmente en D+3 o D+5, ya que el análisis de los corpúsculos polares sólo permite obtener información genética materna, excluyendo alteraciones de origen masculino o bien errores producidos durante posteriores divisiones embrionarias después de la fecundación. Tras la biopsia, los embriones se mantienen en cultivo individualmente para asegurar un correcto seguimiento y diagnóstico de cada uno de ellos (19).

Una vez obtenido el material a analizar pueden aplicarse diferentes tests genéticos según la indicación de la técnica:

— En enfermedades monogénicas se amplifican las secuencias de ADN responsables de las mutaciones causantes de la enfermedad por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) (20).

— En el caso de llevarse a cabo un screening de aneuploidias, se puede realizar un análisis mediante hibridación in situ fluorescente (FISH), que habitualmente permite analizar hasta un máximo de doce cromosomas (21) (22), o bien hibridación genómica comparada (CGH), que permite el análisis completo del cariotipo (23) (24).

ESHRE Task Force on Ethics and Law 22: Preimplantation Genetic Diagnosis†

G. De Wert^{1,*}, W. Dondorp¹, F. Shenfield², P. Devroey³, B. Tarlatzis⁴, P. Barri⁵, K. Diedrich⁶, V. Provoost⁷, and G. Pennings⁷

¹Department of Health, Ethics & Society, Research Institute CAPRI and GROW, Maastricht University, PO Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands; ²Reproductive Medicine Unit, Obstetric Hospital, Yagcioglu University College Hospital, Hırselci Street, Loscaz WCI 6AU, UK; ³Centre for Reproductive Medicine, UZ Brussel, Brussels, Belgium; ⁴Infertility and IVF Center, Department of OB/GYN, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, Greece; ⁵Servicio de Medicina de la Reproducción, Department of Obstetrics, Universidad Dexeus, Gynecology I Reproductiva, Barcelona, Spain; ⁶Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Lübeck, Ratzeburger Allee 160, D-23538 Lübeck, Germany; ⁷Department of Philosophy, University of Göttingen, Baildingerberg 2, Göttingen 3000, Belgium

*Correspondence address: E-mail: g.dewert@maastrichtuniversity.nl

Submitted on March 10, 2014; revised on March 10, 2014; accepted on March 17, 2014

ABSTRACT: This Task Force document discusses some relatively unexplored ethical issues involved in preimplantation genetic diagnosis (PGD). The document starts from the wide consensus that PGD is ethically acceptable. Focused at helping at-risk couples to avoid having a child with a serious disorder. However, if understood as a limited acceptable indication for PGD, this ‘medical model’ may turn out too restrictive. The document discusses a range of possible requests for PGD that for different reasons fall outside the accepted model and argues that, instead of rejecting those requests out of hand, they need to be independently assessed in the light of ethical criteria. Whereas, for instance, there is no good reason for rejecting PGD in order to avoid health problems in the third generation (where the second generation would be healthy) but faced with burdensome reproductive choices (wanting to have children), using PGD to make sure that one’s child will have the same disorder or handicap as its parents, is ethically unacceptable.

Key words: ethics / PGD / indications / transfer decisions

Introduction

PGD has been the object of the Task Force’s deliberations before (Shenfield et al., 2003). This new document is needed in view of the dynamics of this technology and related discussions.

In the last two decades, in many countries PGD has become an established reproductive option for people at high risk of having a child affected with a genetic disorder or handicap. In comparison with the option of prenatal diagnosis it is considered an advantage by many couples or women that with PGD, they will not have to consider the difficult decision of terminating a wanted pregnancy. No doubt, PGD is still somewhat controversial. Critics object, amongst others, that the embryo loss inherent in PGD is morally unjustified, that the procedure is disproportionately burdensome for women and that it is at odds with their rights and interests of people with the disorders and handicaps selected against. These objections, however, are not convincing: the moral status of the preimplantation embryo is relatively low, the balancing of the burdens and advantages of the different options to avoid the conception or birth of children affected with serious disorders is to a large extent a personal matter and it is unwarranted to construe a fundamental conflict

between, on the one hand, the needs and rights of prospective parents who want to prevent the conception or birth of a severely handicapped child and, on the other hand, the interests and rights of disabled people.

The majority view seems to be that PGD is morally justified. It fits the ‘medical model’ (PGD as a means to avoid the transmission of disease), more particularly when it aims to avert a high risk of having a seriously affected child. This view, however, is being challenged, both the varieties used to define the medical model, and the (interpretation of the) medical model itself, are contested. This document discusses the following issues:

- PGD for lower-penetrance mutations and for disorders that have a highly variable expression;
- PGD for so-called indirectly medical reasons, particularly in order to avoid the conception of healthy carriers who are at high risk of having affected children themselves;
- PGD for risk reduction (in case the risk of transmitting a particular disorder cannot be completely eliminated);
- PGD aiming at selecting an affected embryo, in order to guarantee the birth of a child affected with the same disorder as the prospective parent(s).

†ESHRE paper, content not externally peer reviewed. The manuscript has been approved by the Executive Committee of ESHRE.

© The Author 2014. Published by Oxford University Press on behalf of the European Society of Human Reproduction and Embryology. All rights reserved. For permission, please email: journals.permissions@oup.com.

Downloaded from http://hmr.oxfordjournals.org/ at 1:00 April 9, 2015

ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people[†]

G. De Wert^{1,*}, W. Dondorp¹, F. Shenfield², P. Barri³, P. Devroey⁴,
K. Diedrich⁵, B. Tarlatzis⁶, V. Provoost⁷, and G. Pennings⁸

¹Department of Health, Ethics & Society, Research Institutes GAPHI and GROUW, Maastricht University, PO Box 616, PD 6200 PBaarden, The Netherlands; ²Reproductive Medicine Unit, Oldenburg Hospital, University College Hospital, Family Street, London WC1E 6AU, UK; ³Servicio de Medicina de la Reproducción, Departamento de Obstetricia, Universidad Zaragoza, Ginecología y Reproducción, Zaragoza, Spain; ⁴Centre for Reproductive Medicine, UZ Brussel, Brussels, Belgium; ⁵Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Innsbruck, Rauberggasse 160, D-60200 Innsbruck, Austria; ⁶Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Athens Medical School, Aristoteleion University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece; ⁷Department of Philosophy, University of Chemnitz, Bauhausplatz 2, Chemnitz, Germany; ⁸Department of Health, Ethics & Society, Maastricht University, PO Box 616, PD 6200 PBaarden, The Netherlands

*Correspondence address. Tel: +31-433897145; E-mail: g.dewert@maastrichtuniversity.nl

ABSTRACT: This Task Force document discusses ethical issues arising with requests for medically assisted reproduction from people in what may be called 'non-standard' situations and relationships. The document stresses that categorically denying access to any of these groups cannot be reconciled with a human rights perspective. If there are concerns about the implications of assisted reproduction on the wellbeing of any of the persons involved, including the future child, a surrogate mother or the applicants themselves, these concerns have to be considered in the light of the available scientific evidence. When doing so it is important to avoid the use of double standards. More research is needed into the psychosocial implications of raising children in non-standard situations, especially with regard to single women, male homosexual couples and transsexual people.

Key words: medically assisted reproduction / singles / homosexual couples / transsexual people / ethics

Introduction

Medically assisted reproduction is mostly offered to heterosexual couples (either married or in a stable relationship)—the 'nuclear' family. There are, however, a growing number of applications in various 'non-standard' constellations and relationships, such as singles, and in people with other sexual identities, including homosexual female (lesbian) couples, homosexual male (gay) couples and, more recently, transsexual men and women. These cases raise ethical issues regarding access to medically assisted reproduction and some of these cases may be especially controversial. Furthermore, as transsexual people will suffer irreversible loss of their reproductive potential after the transition to their desired sex, the question arises as to whether fertility preservation is a sound option. This paper aims to elucidate these issues and to provide guidance for the professional handling of both applications of medically assisted reproduction outside of the nuclear family and fertility preservation in transsexual people.

Background and facts

Non-standard applications are highly diverse, and include the following: First, single women (mostly heterosexual), applying for artificial insemination with donor sperm (donor-insemination). Although, to some extent, a 'classic' case, studies on the numbers and background of such applications remain sparse. For many, becoming a single mother was apparently not their first choice—they simply did not yet find the right partner (Graham and Berkman, 2012). Single men might likewise apply for assisted reproduction. Obviously, this involves the cooperation of a surrogate mother. Such requests, however, seem to be rare. Second, lesbian couples, another well-known case. In most cases, one of these women will be artificially inseminated with donor sperm and carry the child. An alternative procedure allows lesbian couples to share biological motherhood; this involves one of the partners providing the oocytes for IVF using donor sperm, whereas the embryo(s) generated is (are) transferred to the uterus of the other partner.

ESHRE pages content is not externally peer reviewed. The manuscript has been approved by the Executive Committee of ESHRE.

© The Author 2014. Published by Oxford University Press on behalf of the European Society of Human Reproduction and Embryology. All rights reserved. For permissions, please email: journals.permissions@oup.com

Downloaded from http://humrep.oxfordjournals.org/ at Stockholm Sahlgrenska on February 3, 2015



ORIGINAL

Registro de inseminaciones intrauterinas (conyugales y de donante) de la Sociedad Española de Fertilidad. Años 2010 y 2011



Sandra Zamora^{a,b,c,e}, Montserrat de Andrés^c, Julio Herrero^d, Yolanda Cabello^e, Fernando Prados^f, Ester Vidal^g, Juana Hernández^h, Javier Marquetaⁱ, María J. de los Santos^j, Rosario Buxaderas^h, Ana Segura^{k,m}, Irene Cuevasⁿ y Jose A. Castilla^{a,b,o}

^aMásVida Reproducción, Sevilla, España

^bBanco de Semen Ceffer, Granada, España

^cUnidad de Reproducción, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^dCentro de Reproducción Asistida, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

^eLaboratorio de Reproducción, Clínica Ruber, Madrid, España

^fUnidad de Reproducción, Hospital Universitario Madrid-Montepríncipe, Boadilla del Monte, Madrid, España

^gUnidad de Reproducción Asistida, Hospital Clínic Provincial, Barcelona, España

^hServicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Pedro, Logroño, España

ⁱInstituto Balear de Infertilidad, Palma de Mallorca, España

^jLaboratorio FIV, IVI, Valencia, España

^kServicio de Medicina de la Reproducción, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España

^lUnidad de Andrología, Servicio de Urología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^mUnidad de Reproducción, Clínica Vistahermosa, Alicante, España

ⁿUnidad de Reproducción Humana-Salud Sexual, Hospital General Universitario, Valencia, España

^oUnidad de Reproducción, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

Recibido el 6 de septiembre de 2014; aceptado el 12 de septiembre de 2014
Disponible en Internet el 3 de diciembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Técnicas de reproducción asistida; Inseminación intrauterina; Inseminación artificial conyugal.

Resumen

Introducción: La inseminación artificial consiste en depositar el semen capacitado en el laboratorio en el tracto reproductor femenino para intentar acortar la distancia entre el óvulo y el espermatozoide y facilitar así el encuentro entre ambos.

Material y métodos: En este documento se muestran los datos del Registro de Inseminación Artificial Conyugal (IAC) y de donante (IAD) recopilados por la Sociedad Española de Fertilidad durante los años 2010 y 2011 y se comparan con los datos obtenidos en los 5 años anteriores. El Registro de la Sociedad Española de Fertilidad es voluntario y recoge datos agregados por centro, monitorizando in situ los datos aportados por más del 20% de los centros participantes.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: sandra.zamora@ceffercalidad.com (S. Zamora).

http://dx.doi.org/10.1016/j.medre.2014.09.002

2340-9320/© 2014 Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción y Sociedad Española de Fertilidad. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



Imaging in gynecological disease (9): clinical and ultrasound characteristics of tubal cancer

M. LUDOVISI¹, I. DE BLASIS¹, B. VIRGILIO¹, D. FISCHEROVA², D. FRANCHI³,
 M. A. PASCUAL⁴, L. SAVELLI⁵, E. EPSTEIN⁶, C. VAN HOLSBEKE⁷, S. GUERRIERO⁸,
 A. CZEKIERDOWSKI⁹, G. ZANNONI¹⁰, G. SCAMBIA¹, D. JURKOVIC¹¹, A. ROSSI¹²,
 D. TIMMERMAN¹³, L. VALENTIN¹⁴ and A. C. TESTA¹

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Catholic University of the Sacred Heart, Rome, Italy; ²Oncogynecological Center, Department of Obstetrics and Gynecology, General Faculty Hospital of Charles University, Prague, Czech Republic; ³Gynecologic Oncology Unit, Division of Gynecology, European Institute of Oncology, IEO, Milan, Italy; ⁴Department of Obstetrics and Gynecology, Autonomous University of Barcelona, Barcelona, Spain; ⁵Reproductive Medicine Unit, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Bologna, Bologna, Italy; ⁶Department of Obstetrics and Gynecology, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; ⁷Department of Obstetrics and Gynecology, Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk, Belgium; ⁸Department of Obstetrics and Gynecology, University of Cagliari, Cagliari, Italy; ⁹Department of Gynecologic Oncology and Gynecology, Medical University of Lublin, Lublin, Poland; ¹⁰Department of Histopathology, Catholic University of the Sacred Heart, Rome, Italy; ¹¹Gynaecology Diagnostic and Treatment Unit, University College Hospital, London, UK; ¹²Department of Obstetrics and Gynecology, University of Udine, Udine, Italy; ¹³Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital, KU Leuven, Leuven, Belgium; ¹⁴Department of Obstetrics and Gynecology, Skåne University Hospital Malmö, Lund University, Malmö, Sweden

KEYWORDS: pattern recognition; retrospective study; tubal cancer; ultrasound

ABSTRACT

Objectives To describe clinical history and ultrasound findings in patients with tubal carcinoma.

Methods Patients with a histological diagnosis of tubal cancer who had undergone preoperative ultrasound examination were identified from the databases of 13 ultrasound centers. The tumors were described by the principal investigator at each contributing center on the basis of ultrasound images, ultrasound reports and research protocols (when applicable) using the terms and definitions of the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) group. In addition, three authors reviewed together all available digital ultrasound images and described them using subjective evaluation of gray-scale and color Doppler ultrasound findings.

Results We identified 79 women with a histological diagnosis of primary tubal cancer, 70 of whom (89%) had serous carcinomas and 46 (58%) of whom presented at FIGO stage III. Forty-nine (62%) women were asymptomatic (incidental finding), whilst the remaining 30 complained of abdominal bloating or pain. Fifty-three (67%) tumors were described as solid at ultrasound examination, 14 (18%) as multilocular solid, 10 (13%) as unilocular solid and two (3%) as unilocular. No tumor

was described as a multilocular mass. Most tumors (70/79, 89%) were moderately or very well vascularized on color or power Doppler ultrasound. Normal ovarian tissue was identified adjacent to the tumor in 51% (39/77) of cases. Three types of ultrasound appearance were identified as being typical of tubal carcinoma using pattern recognition: a sausage-shaped cystic structure with solid tissue protruding into it like a papillary projection (11/62, 18%); a sausage-shaped cystic structure with a large solid component filling part of the cyst cavity (13/62, 21%); an ovoid or oblong completely solid mass (36/62, 58%).

Conclusions A well vascularized ovoid or sausage-shaped structure, either completely solid or with large solid component(s) in the pelvis, should raise the suspicion of tubal cancer, especially if normal ovarian tissue is seen adjacent to it. Copyright © 2013 ISUOG. Published by John Wiley & Sons Ltd.

INTRODUCTION

Aim

To describe the clinical and sonographic characteristics of tubal carcinoma.

Correspondence to: Dr A. C. Testa, Department of Obstetrics and Gynecology, Catholic University of the Sacred Heart, Largo Agostino Gemelli 1, 00168 Rome, Italy (e-mail: a.testa@rm.uncatt.it)

Accepted: 16 July 2013

Copyright © 2013 ISUOG. Published by John Wiley & Sons Ltd.

ORIGINAL PAPER



3. Ponencias

3. Ponencias

El prestigio de los miembros del Departamento hace que frecuentemente sean invitados a dar conferencias o ponencias en actos científicos de la especialidad.

El Departamento facilita la asistencia a dichos actos y la Cátedra de Investigación en Obstetricia y Ginecología (CIOG) vela para garantizar la calidad científica de toda presentación en los eventos académicos.

ENERO

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

PARERA N. Anticoncepció hormonal i cancer. I Curso de Anticoncepcion para residents. Sociedad Catalana de Contracepció. Barcelona (España). 31-1-2014.

SUAREZ M. Riesgo tromboembólico. I Curso de Anticoncepcion para residents. Sociedad Catalana de Contracepció. Barcelona (España). 31-1-2014.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ALVAREZ M. Fertilidad e infertilidad. Patologías crónicas. Novedades terapéuticas. Master de Farmacia Asistencia y Atención Farmacéutica de la Universidad de Barcelona (España). 28-1-2014.

BOADA M. Aspectes ètics i legals de les tècniques de reproducció assistida.

Curso Aspectes medicolegals de les tècniques de reproducció assistida. Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia. Barcelona (España). 21-1-2014.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

GRAUPERA B. Valoración ovárica normal y patológica. 18º Curso Medicina Fetal. Ecografía obstétrico ginecológica Hospital Valle Hebrón. Barcelona (España). 31-1-2014.

HERETER L. Valoración uterina normal y patológica. 18º Curso Medicina Fetal. Ecografía obstétrico ginecológica Hospital Valle Hebrón. Barcelona (España). 31-1-2014.

PASCUAL MA. Avances en ecografía ginecológica. 18º Curso Medicina Fetal. Ecografía obstétrico ginecológica Hospital Valle Hebrón. Barcelona (España). 31-1-2014.

FEBRERO

SERVICIO DE OBSTETRICIA

ECHEVARRIA M. Ecografía morfológica. Curso teórico práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 20-2-2014.

FOURNIER S. Ecografía del primer trimestre normal y patológica. Ejemplos prácticos. Curso teórico práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 20-2-2014.

SCAZZOCCHIO E. Ecografía de bienestar fetal. Curso teórico práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 20-2-2014.

TORRENTS M. Gestación múltiple. Curso teórico práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 20-2-2014.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

BARRI SOLDEVILA P. Programa de MGF en el Hospital Univ. Quirón Dexeus. Jornada MGF CAIXAFORUM. Madrid (España). 6-2-2014.

FABREGAS R. Ganglio centinela post quimioterapia. Curso Internacional de Cirugía Ginecológica. Hospital de Bellvitge. Barcelona (España). 14-2-2014.

FDEZ-CID M. Diagnóstico y actitud ante los quistes uniloculares en la menopausia. Curso teórico práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 20-2-2014.

MANUBENS M. TH local. ¿Diferente del sistémico? XI Reunion luso-española de menopausia. Sociedad Portuguesa de Menopausia. Lisboa (Portugal). 14-2-2014.

MANUBENS M. Salud vaginal. 14º Encuentro Nacional de Salud y Medicina de la Mujer. Instituto Palacios. Madrid (España). 19-2-2014.

PARERA N. Alteraciones del sangrado en la adolescencia. Amenorreas. Sangrado excesivo. Curso de Actualización en ginecología. Sociedad Balear de Obstetricia y Ginecología. Palma de Mallorca (España). 21-2-2014.

PARERA N. Entrevista y exploración en la adolescencia. Curso de Actualización en ginecología. Sociedad Balear de Obstetricia y Ginecología. Palma de Mallorca (España). 21-2-2014.

PEREZ AL. Colposcopia: hallazgos normales y anormales. 1er Curso de Práctica Clínica en Ginecología para R3. SEGO. Guadalajara (España). 28-2-2014.

SIMON M. Patología funcional del ovario. Curso teórico práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 20-2-2014.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

COROLEU B, ALVAREZ M, DEVESA M, BUXADERAS R, BOADA M, BARRI PN. Corifolitropina en baja reserva. II Simposio de reproducción asistida del Grupo Hospitalario Quiron. Grupo Hospitalario Quiron. Madrid (España). 21-2-2014.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

CASAS L. Indicaciones de la ecografía mamaria. Curso teórico práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 20-2-2014.

GRAUPERA B. Anatomía de la pelvis femenina enfocada desde el estudio ecográfico. Curso Post-Symposium: Diagnóstico ginecológico por imagen. Barcelona (España). 8-11-2014.

GRAUPERA B. Patología orgánica benigna del ovario. Curso teórico práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 20-2-2014.

GRAUPERA B. Valoración ecográfica del útero y su patología. Curso teórico práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 20-2-2014.

GRAUPERA B. Diagnòstic de les malformacions uterines. Jornada d'actualització en malformacions uterines. Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia. Barcelona (España). 11-2-2014.

GRAUPERA B. Diagnóstico por la imagen de la mujer estéril. Curso teórico práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 20-2-2014.

HERETER L. Diagnóstico ecográfico de la patología anexial: Hidrosalpinx, absesos, anexitis. Curso teórico práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 20-2-2014.

HERETER L. Ecografía intervencionista en ginecología: aplicaciones y utilidad. Curso teórico práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 20-2-2014.

HERETER L. Aportación de la ecografía 3D/4D al diagnóstico de la patología del suelo pélvico. Curso teórico práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 20-2-2014.

NAVARRO B. Diagnóstico ecográfico del cáncer de mama. Curso teórico práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 20-2-2014.

PASCUAL MA. Ecografía 3D. Conceptos básicos. Curso teórico práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 20-2-2014.

PASCUAL MA. Papel de la ecografía en el cáncer de ovario. Screening y diagnóstico. Curso teórico práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 20-2-2014.

PEDRERO C. Conceptos básicos. Anatomía de los órganos pélvicos. Curso teórico práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 20-2-2014.

PEDRERO C. Diagnóstico del embarazo ectópico. Curso teórico práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 20-2-2014.

UBEDA B. Diagnóstico de la patología benigna de la mama. Curso teórico práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 20-2-2014.

MARZO

SERVICIO DE OBSTETRICIA

COMAS C. Ampliación del test prenatal no invasivo Panorama: Detección de las 5 microdeleciones más frecuentes. Reunión organizada por NATERA y Laboratorios Echevarne. Madrid (España). 19-3-2014.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

ARA C. Consenso de Fertilidad y cáncer de mama. III Jornadas de Coordinadores

de Unidades de Mama. Madrid (España). 28-3-2014.

PARERA N. La consulta ginecológica en la niña y la adolescente. 6º Curso de Formación Continuada de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Aragón (AGOA). Zaragoza (España). 22-3-2014.

PARERA N. Adolescencia y perimenopausia: dos épocas de la vida fértil con necesidades específicas. XII Congreso de la Sociedad Española de Contracepción (SEC). San Sebastián (España). 27-3-2014.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ALVAREZ M. Presentación de bibliografía. Seminario MSD-Centro de excelencia ELONVA-Hospital Universitario Quiron Dexeus. Barcelona (España). 13-3-2014.

BARRI PN, TUR R. Epidemiología de la esterilidad. Seminario MSD-Centro de excelencia ELONVA-Hospital Universitario Quiron Dexeus. Barcelona (España). 13-3-2014.

BARRI PN, MARTINEZ F, COROLEU B. Use of androgens in art: fiction or reality. 16 World Congress of Gynecological endocrinology. International Society for Gynecologic Endoscopy. Florencia (Italia). 5-3-2014.

BOADA M, CARRASCO B. Utilidad del **embryoscope**. ¿Realidad o ficción? Seminario MSD-Centro de excelencia ELONVA-Hospital Universitario Quiron Dexeus. Barcelona (España). 13-3-2014.

BUXADERAS R. El fallo de implantación: estado actual. Seminario MSD-Centro de excelencia ELONVA-Hospital Universitario Quiron Dexeus. Barcelona (España). 13-3-2014.

COROLEU B, MARTINEZ F, RODRIGUEZ I, BUXADERAS R, DEVESA M, BARRI PN. Biomarcadores de reserva ovárica y selección del tratamiento estimulador para FIV. Seminario MSD-Centro de excelencia ELONVA-Hospital Universitario Quiron Dexeus. Barcelona (España). 13-3-2014.

COROLEU B, MARTINEZ F, TUR R, DEVESA M, BARRI PN. Corifolitropina alfa: un salto hacia el en la estimulación ovárica. Seminario MSD-Centro de excelencia ELONVA-Hospital Universitario Quiron Dexeus. Barcelona (España). 13-3-2014.

DEVESA M, COROLEU B, BARBED C, MARTINEZ F, GONZALEZ C, BARRI PN. Preservación de la fertilidad. Experiencia de nuestro servicio. Seminario MSD-Centro de excelencia ELONVA-Hospital Universitario Quiron Dexeus. Barcelona (España). 13-3-2014.

MARTINEZ F. Crisis y anticoncepción. XII Congreso de la Sociedad Española de Contracepción (SEC). San Sebastián (España). 27-3-2014.

MARTINEZ F. Estado actual de los antagonistas de la GNRH en FIV. Seminario MSD-Centro de excelencia ELONVA-Hospital Universitario Quiron Dexeus. Barcelona (España). 13-3-2014.

PARRIEGO M. DGP con screening de aneuploidias. Seminario MSD-Centro de excelencia ELONVA-Hospital Universitario Quiron Dexeus. Barcelona (España). 13-3-2014.

PEREZ AL. Uso de Elonva en un programa de donación de ovocitos. Seminario MSD-Centro de excelencia ELONVA-Hospital Universitario Quiron Dexeus. Barcelona (España). 13-3-2014.

TUR R. Cómo evitar el embarazo múltiple. Hacia la transferencia de un embrión. Seminario MSD-Centro de excelencia ELONVA-Hospital Universitario Quiron Dexeus. Barcelona (España). 13-3-2014.

ABRIL

SERVICIO DE OBSTETRICIA

COMAS C, FOURNIER S. Pitfalls en ecografía obstétrica: Trucos y errores comunes. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital

Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

COMAS C. Estudio cardíaco fetal: Objetivos, sistemática, metodología, cómo mejorar el rendimiento, limitaciones. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

ECHEVARRIA M. Ecografía morfológica del SNC: Neurosonografía básica y avanzada. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

ECHEVARRIA M. Presentación de la patología básica. Charla teórica y Casos Clínicos. Malformaciones sistema nervioso central. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

ECHEVARRIA M. Ecografía morfológica: Exploración en directo. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

FOURNIER S. Ecografía morfológica: Objetivos, sistemática, metodología, cómo mejorar el rendimiento, limitaciones. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital

Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

MELER E. Patología del crecimiento fetal y aportación del Doppler en Obstetricia. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

MUÑOZ A. Ecografía morfológica: Sistema musculoesquelético y cara. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

MUÑOZ A. Ecografía morfológica: Pared abdominal y torax. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

MUÑOZ A. Aportación de Doppler en el control obstétrico gestacional. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

PRATS P. Interrupción del embarazo y reducción embrionaria: Técnicas, marco legal, controversias actuales. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

PRATS P. Ecografía morfológica: Sistema digestivo. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

PRATS P, FERRER Q. Diagnóstico prenatal y asesoramiento de las cardiopatías congénitas. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

RODRIGUEZ MA. Patología de anexos (LA, placenta, cordón). Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

RODRIGUEZ MA. Ecografía obstétrica en sala de partos y urgencias. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

RODRIGUEZ MA. III. Ecografía Obstétrica Patológica: Ecografía de 11-14 semanas. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

RODRIGUEZ MA. Ecografía de 11-14 semanas: Objetivos, sistemática, metodología en la medición de marcadores de cromosomopatía. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la

SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

ROMBAUT S. Ecografía obstétrica incipiente: Charla y casos prácticos. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

SCAZZOCCHIO E. Ecografía de la gestación múltiple. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

SCAZZOCCHIO E. Ecografía de tercer trimestre: Objetivos, sistemática, limitaciones. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

SERRA B. Consideraciones legales en la práctica del diagnóstico prenatal. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

SERRANO A. Ecografía obstétrica incipiente: objetivos, sistemática, metodología y posibilidades diagnósticas. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

TORRENTS M. Ecografía morfológica: Sistema nefrourológico y genitales. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

TORRENTS M. Técnicas invasivas de diagnóstico prenatal. Curso-Taller de Medicina Fetal. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-4-2014.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

BARRI SOLDEVILA P. Tratamiento médico de la endometriosis. Congreso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. A Coruña (España). 25-4-2014.

GARCIA P. SERM (Bazedoxifeno). 11a Jornada de Controversias en Ginecología. Barcelona (España). 9-4-2014.

SABARTES R. Integració de la informació a la Història Clínica Electrònica. XXXI Jornades Cítològiques Catalanes. Qualitat en citologia. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 2-4-2014.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ARROYO G. Gametes and embryos assesment: How to discard the worst. XII Annual Meeting of the MSRM and the World Congress on Building Consensus

out of COGI. Barcelona (España). 24-4-2014.

BARRI PN, COROLEU B, DEVESA M. Female fertility preservation for medical reasons. XII Annual Meeting of the MSRM and the World Congress on Building Consensus out of COGI. Barcelona (España). 24-4-2014.

BOADA M. Imaging of human embryos. The best embryo transfer. XII Annual Meeting of the MSRM and the World Congress on Building Consensus out of COGI. Barcelona (España). 24-4-2014.

COROLEU B, DEVESA M, MARTINEZ F, RODRIGUEZ I, BARRI PN. Ovarian reserve. XII Annual Meeting of the MSRM and the World Congress on Building Consensus out of COGI. Barcelona (España). 24-4-2014.

LASHERAS G, CLUA E, FARRE JM. Perfil psicològic, personalitat i psicopatologia en una mostra de dones receptors d'ovocits. XXIX Jornades de Teràpia del Comportament i Medicina conductual en la practica clinica. Barcelona (España). NULL (NULL). 10-4-2014.

MARTINEZ F. Optimizing ovarian stimulation protocols for IVF. XII Annual Meeting of the MSRM and the World Congress on Building Consensus out of COGI. Barcelona (España). 24-4-2014.

TUR R MANCINI F. Evaluación de la paciente con patología endocrina. XII Jornadas de actualización en reproducción para residentes. Instituto Valenciano de Infertilidad. Cuenca (España). 2-4-2014.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

NAVARRO B. Aportaciones de la elastografía en el estudio de la mama. Curso de diagnóstico por imagen en patología mamaria. Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona (España). 7-4-2014.

MAYO

SERVICIO DE OBSTETRICIA

SERRA B. Prevention of prematurity. XXX Jubilee Congress Fetus as a Patient Society. Budva (Montenegro). 8-5-2014.

SERRA B. Thrombophilia and adverse pregnancy outcome. XXX Jubilee Congress Fetus as a Patient Society. Budva (Montenegro). 8-5-2014.

SERRA B. Non invasive prenatal testing. XXX Jubilee Congress Fetus as a Patient Society. Budva (Montenegro). 8-5-2014.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

BARRI SOLDEVILA P. Instrumental y material quirúrgico (trocares y

movilizadores). Curso Monográfico de Histerectomía. Hospital Fundació Sanitaria de Igualada. (ES). 22-5-2014.

BARRI SOLDEVILA P. Cirugía laparoscópica. Reunión de Obstetricia y Ginecología de Castilla y Leon. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. (ES). 23-5-2014.

MANUBENS M. Cambios en la piel en las diferentes etapas. Curso Diplomatura Postgrado de Bases Clínicas en Medicina y Cirugía Cosmética. Barcelona (España). 30-5-2014.

MANUBENS M. Sofocaciones, ¿Más que un síntoma? Congreso Internacional de Menopausia. Cancún (México). 1-5-2014.

MANUBENS M. Mujeres sintomáticas con cáncer de mama. Congreso Internacional de Menopausia. Cancún (México). 1-5-2014.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ARROYO G. Clasificación embrionaria. XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Barcelona (España). 29-5-2014.

BARRI PN. Evolució de l'eficacia i seguretat de les tècniques de reproducció assistida. Jornada Treinta años de técnicas de reproducción

asistida. Fundació Víctor Grífols i Lucas. Barcelona (España). 6-5-2014.

BOADA M. ¿Cómo obtener el mejor embrión? ¿Cuándo transferir? ¿Cuántos?. XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Barcelona (España). 29-5-2014.

CLUA E, TUR R, COROLEU B, RODRIGUEZ I, LATRE L, BOADA M, BARRI PN, VEIGA A. Transferencia selectiva de un embrión vs. dos embriones en donación de ovocitos: estudio piloto aleatorizado. XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Barcelona (España). 29-5-2014.

COROLEU B, DEVESA M, SOLE M, BARRI PN. Preservación de la fertilidad más allá de lo oncológico. II Simposium Fertilidad Hoy. Laboratorios MSD. Valencia (España). 9-5-2014.

LUNA M. Implantación de la norma UNE 179007. MasterUNE 179007 Sistema de gestión de calidad en laboratorio de reproducción asistida. INGECAL. Madrid (España). 9-5-2014.

LUNA M, GOMEZ F. Implantación de la norma UNE 179007. MasterUNE 179007 Sistema de gestión de calidad en laboratorio de reproducción asistida. INGECAL. Sant Cugat (España). 13-5-2014.

MARTINEZ F. Caso Clínico de baja respuesta en el Taller “Cómo aproximar el desarrollo folicular múltiple al ciclo natural”. XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Barcelona (España). 29-5-2014.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

NAVARRO B. Elastografía. Concepto y aplicaciones en ginecología. 28º Congreso Nacional de Ecografía Obstétrica Ginecológica de la SESEGO. Pamplona (España). 16-5-2014.

PASCUAL MA. Actualización screening cáncer de ovario. 28º Congreso Nacional de Ecografía Obstétrica Ginecológica de la SESEGO. Pamplona (España). 16-5-2014.

PASCUAL MA. Valoración ecográfica del endometrio. 28º Congreso Nacional de Ecografía Obstétrica Ginecológica de la SESEGO. Pamplona (España). 16-5-2014.

JUNIO

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

BARRI SOLDEVILA P. Estado actual de la investigación clínica en España. IX Congreso de la Sección de Endoscopia de la SEGO. Barcelona (España). 5-6-2014.

BARRI SOLDEVILA P. Monitor de disección. Curso Precongreso de Cirugía

Laparoscópica en cadáver fresco, del IX Congreso de la Sección de Endoscopia de la SEGO. Barcelona (España). 5-6-2014.

BARRI SOLDEVILA P. Acceso a los espacios pélvicos en cirugía benigna. Curso Precongreso de Cirugía Laparoscópica en cadáver fresco, del IX Congreso de la Sección de Endoscopia de la SEGO. Barcelona (España). 5-6-2014.

CUSIDO MT. Oncoguía del Sarcoma uterino. Elaboración Oncoguía SEGO. Madrid (España). 27-6-2014.

FABREGAS R. Factores endocrinos del cáncer de mama. XIII Congrés Català de Sinologia i Patologia Mamaria. Hospital General de Granollers. (ES). 11-6-2014.

GARCIA P. Tratamiento médico de la artrosis. 13º Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). Bilbao (España). 12-6-2014.

MANUBENS M. Salud vaginal. Tratamientos. 13º Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). Bilbao (España). 12-6-2014.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ALVAREZ M. Presentación de bibliografía. Seminario MSD - Centro de Excelencia ELONVA. NULL. Barcelona (España). 5-6-2014.

ALVAREZ M, DEVESA M, SOLE M, PARRIEGO M, COROLEU B. Estado actual criopreservación ovocitaria diferida en pacientes oncológicas y no oncológicas. IV Forum Intergeneracional Montepíncipe. Hospital Universitario Madrid Montepíncipe. (ES). 13-6-2014.

BARRI PN, TUR R. Epidemiología de la esterilidad. Seminario MSD - Centro de Excelencia ELONVA. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 5-6-2014.

BOADA M. Speaker in Paramedical Debate Session: is there time for time-lapse in the laboratory? 30th Annual Meeting of the ESHRE. Munich (Alemania). 29-6-2014.

BUXADERAS R. El fallo de implantación, estado actual. Seminario MSD - Centro de Excelencia ELONVA. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 5-6-2014.

COROLEU B, MARTINEZ F, RODRIGUEZ I, BUXADERAS R, DEVESA M, BARRI PN. Biomarcadores de reserva ovárica. Seminario MSD - Centro de Excelencia ELONVA. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 5-6-2014.

COROLEU B, MARTINEZ F, TUR R, DEVESA M, BARRI PN. Corifolitropina alfa: un salto hacia el futuro en la estimulación ovárica. Seminario MSD - Centro de

Excelencia ELONVA. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 5-6-2014.

DEVESA M, COROLEU B, BARBED C, MARTINEZ F, GONZALEZ C, BARRI PN. Preservación de la fertilidad. Experiencia de nuestro servicio. Seminario MSD - Centro de Excelencia ELONVA. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 5-6-2014.

ESTIVILL X. Test de portadores, su importancia en Reproducción Humana. Reunión Advisory Board para el Congreso Bienal de Ferring España. Laboratorios Ferring. Madrid (España). 12-6-2014.

MARTINEZ F. Optimización de la estimulación ovárica. Seminario MSD - Centro de Excelencia ELONVA. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 5-6-2014.

MARTINEZ F. Estimulación en fase lútea. Reunión Advisory Board para el Congreso Bienal de Ferring España. Laboratorios Ferring. Madrid (España). 12-6-2014.

PARRIEGO M. Factores pronóstico en PGS. Seminario MSD - Centro de Excelencia ELONVA. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 5-6-2014.

PEREZ AL. Uso de Elonva en un programa de donación de ovocitos. Seminario MSD - Centro de Excelencia

ELONVA. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 5-6-2014.

TUR R, CLUA E, RODRIGUEZ D, COROLEU B. Cómo evitar el embarazo múltiple: hacia la transferencia de un solo embrión. Seminario MSD - Centro de Excelencia ELONVA. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 5-6-2014.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

GRAUPERA B. Diagnòstic ecogràfic de la torsió d'ovari. Jornada de Complicacions de les tècniques de reproducció assistida. Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia. Barcelona (España). 10-6-2014.

JULIO

SERVICIO DE OBSTETRICIA

COMAS C. Novedades en genética aplicada al diagnóstico prenatal: nuevo test no invasivo en sangre materna. Encuentro "Avances en obstetricia, ginecología y medicina de la reproducción". Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander (España). 9-7-2014.

FOURNIER S. Aplicaciones actuales de la terapia fetal. Encuentro "Avances en obstetricia, ginecología y medicina de la reproducción". Universidad Internacional

Menéndez Pelayo. Santander (España). 9-7-2014.

FOURNIER S. Novedades en perinatología. Reunión Primavera ARID. Santander (España). 11-7-2014.

MELER E. Resultado perinatal desfavorable: ¿Puede prevenirse? Encuentro "Avances en obstetricia, ginecología y medicina de la reproducción". Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander (España). 9-7-2014.

MUÑOZ A. Posibilidades actuales del diagnóstico prenatal. Encuentro "Avances en obstetricia, ginecología y medicina de la reproducción". Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander (España). 9-7-2014.

SERRA B. Parto a la carta. ¿Cesárea a demanda? Encuentro "Avances en obstetricia, ginecología y medicina de la reproducción". Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander (España). 9-7-2014.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

FABREGAS R. Novedades en Ginecología. Reunión Primavera ARID. Santander (España). 11-7-2014.

FARGAS FR. Cuándo y cómo deben tratarse los miomas. Encuentro "Avances en obstetricia, ginecología y medicina

de la reproducción". Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander (España). 9-7-2014.

FARGAS FR. Estado actual de la vacuna del HPV. Encuentro "Avances en obstetricia, ginecología y medicina de la reproducción". Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander (España). 9-7-2014.

FARGAS FR. Envejecimiento saludable. ¿Cómo y por qué? Encuentro "Avances en obstetricia, ginecología y medicina de la reproducción". Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander (España). 9-7-2014.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

BARRI PN. Aspectos epidemiológicos de la esterilidad. Encuentro "Avances en obstetricia, ginecología y medicina de la reproducción". Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander (España). 9-7-2014.

BARRI PN. Complicaciones de las TRA: SHO y del embarazo múltiple y su prevención. Encuentro "Avances en obstetricia, ginecología y medicina de la reproducción". Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander (España). 9-7-2014.

COROLEU B. Preservación social de la fertilidad. Encuentro "Avances en obstetricia, ginecología y medicina de la reproducción". Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander (España). 9-7-2014.

COROLEU B. Novedades en Medicina de la Reproducción. Reunión Primavera ARID. Santander (España). 11-7-2014.

GOMEZ F. Avances en el Laboratorio de FIV. Encuentro "Avances en obstetricia, ginecología y medicina de la reproducción". Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander (España). 9-7-2014.

PARRIEGO M. DGP: Aspectos éticos y legales. Encuentro "Avances en obstetricia, ginecología y medicina de la reproducción". Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander (España). 9-7-2014.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

PASCUAL MA. Papel de la ecografía en reproducción. Encuentro "Avances en obstetricia, ginecología y medicina de la reproducción". Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander (España). 9-7-2014.

SEPTIEMBRE

SERVICIO DE OBSTETRICIA

SERRA B. Preterm delivery prevention. 8th World Congress of perinatal medicine in developing countries. Cancún (Mexico). 3-9-2014.

SERRA B. Perinatal management of congenital heart malformations. 8th World Congress of perinatal medicine in developing countries. Cancún (Mexico). 3-9-2014.

SERRA B. LMWH use in maternal fetal medicine. 8th World Congress of perinatal medicine in developing countries. Cancún (Mexico). 3-9-2014.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

BARRI SOLDEVILA P. Using 3D Ultrasound to assess urethral mesh. 24th World Congress of the ISUOG. Barcelona (España). 14-9-2014.

BARRI SOLDEVILA P. When endometriosis, ART and surgery come together. 23rd ESGE Annual Congress. Bruselas (Bélgica). 24-9-2014.

BARRI SOLDEVILA P. Trips and tricks of laparoscopic myomectomy. 23rd ESGE Annual Congress. Bruselas (Bélgica). 24-9-2014.

CUSIDO MT. Cáncer de mama hereditario. Congreso FLASOG. Guayaquil (Ecuador). 14-9-2014.

CUSIDO MT. Factores pronósticos del cáncer de mama. Congreso FLASOG. Guayaquil (Ecuador). 14-9-2014.

FABREGAS R. Cáncer de mama. Planteamiento de tratamiento. Congreso FLASOG. Guayaquil (Ecuador). 14-9-2014.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

BARRI PN. Victoria Ana 30 años. Luces y sombras de la reproducción asistida. XXIII Congreso de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canarias. Tenerife (España). 11-9-2014.

BARRI PN. Technical advances in sub-fertility. 24th World Congress of the ISUOG. Barcelona (España). 14-9-2014.

BARRI PN, COROLEU B, MARTINEZ F. Management of luteal phase in IVF cycles. Reunión Economics of infertility. Capri (Italia). 1-9-2014.

COROLEU B, TUR R. Tractaments de fertilitat, actualitat i perspectives de futur. Trobada matinal sobre Acupuntura i Fertilitat. Col.legi Oficial de Metges de Barcelona. (España). 27-9-2014.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

UBEDA B. Imaging for early breast cancer. ESTRO Teaching Course on Accelerated partial breast irradiation. Barcelona (España). 6-9-2014.

OCTUBRE

SERVICIO DE OBSTETRICIA

MELER E. Prediction of adverse pregnancy outcome. 11th Congress of the Mediterranean Association for Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. Turquia. 9-10-2014.

SERRANO A. Uso de HBPM en la mujer. II Simposio Trombosis, embarazo y reproducción - Hospital Universitario Quirón Barcelona. (ES). 31-10-2014.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

ARA C. Ductoscopia. 33º Congreso Nacional de la SESPM. Vigo, Pontevedra (España). 15-10-2014.

CUSIDO MT. Tratamiento conservador del cáncer de ovario. Reunión Nacional de la Sección de Ginecología Oncológica y Patología Mamaria de la SEGO. Madrid (España). 23-10-2014.

FABREGAS R. Estado actual del abordaje axilar. Reunión Nacional de la Sección de Ginecología Oncológica y Patología

Mamaria de la SEGO. Madrid (España). 23-10-2014.

FARGAS FR. Recidiva ganglionar en neoplasia de endometrio. Reunión Nacional de la Sección de Ginecología Oncológica y Patología Mamaria de la SEGO. Madrid (España). 23-10-2014.

FARGAS FR. Benefit of HRT in menopause woman. 14th International Congress of Obstetrics and Gynecology. Teheran (Iran). 14-10-2014.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

BALLESTER M. Estudios de portadores de enfermedades genéticas en el ámbito de la reproducción asistida. II Jornada Española de Asesoramiento genético. Sociedad Española de Asesoramiento Genético. Barcelona (España). 4-10-2014.

BARRI PN, CLUA E. Oocyte donations and the trend in Spain. XII Journées européennes de la Société Française de Gynécologie. Société Française de Gynécologie. Paris (Francia). 16-10-2014.

BOADA M. Entorn la fertilitat: limitar o adequar els tractaments? III Jornada CEA del Parc Sanitari Sant Joan de Deu. Barcelona (España). 29-10-2014.

BUXADERAS R. Trombofilia y reproducción. II Simposio Trombosis,

embarazo y reproducción - Uso de HBPM en la mujer. Hospital Universitario Quirón Barcelona. (ES). 31-10-2014.

CLUA E. Aspectos Ético-legales del cribado genético en donación de gametos. II Jornada Española de Asesoramiento genético. Sociedad Española de Asesoramiento Genético. Barcelona (España). 4-10-2014.

CLUA E. Controversias en donación-recepción de ovocitos. II Jornada de controversias en endocrinología reproductiva. Barcelona (España). 23-10-2014.

CLUA E, BOADA M. Donación de gametos. Modelo español. International Seminar "The culture of altruistic free gamete donation: intervention models and future perspective in Italy. Roma (Italia). 8-10-2014.

COROLEU B, PARRIEGO M, BARBED C, DEVESA M, BOADA M, BARRI PN. Estimulación ovárica para DGP/SGP: baja respondedora. Jornada Best Stimulation and Laboratory Practices for SET and PGS. Hospital Universitario Quirón Barcelona. (ES). 3-10-2014.

MARTINEZ F. Anticoncepció en temps de crisi. XXIV Simposio de la Societat Catalana de Contracepció - Eficiència i anticoncepció. Barcelona (España). 29-10-2014.

PARRIEGO M. Factores predictores de éxito en el PGS. II Jornada de controversias en endocrinología reproductiva. Barcelona (España). 23-10-2014.

NOVIEMBRE

SERVICIO DE OBSTETRICIA

COMAS C. Ecocardiografía fetal: exploración e indicaciones. VIII Curso de Ecocardiografía Fetal. Hospital Mater-infantil 12 Octubre. Madrid. (ES). 20-11-2014.

MUÑOZ A. Estudio genético en las malformaciones. XVI Congreso de la Asociación Española de Diagnóstico Prenatal (AEDP). Valencia (España). 20-11-2014.

SERRA B. Prediction of preeclampsia and its complication. 10th Meeting of the International academy of perinatal medicine. Buenos Aires (Argentina). 6-11-2014.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

ARA C. Dolor mamario. 41 Symposium Internacional. Actualización en Ginecología General. Barcelona (España). 6-11-2014.

BARRI SOLDEVILA P. Tratamiento de la endometriosis. Curso de cirugía oncológica ginecológica y tratamiento

de la endometriosis. Hospital Fundació Sanitaria de Igualada. (ES). 12-11-2014.

BARRI SOLDEVILA P. Management of myoma in women of childbearing age. Medical expert training on laparoscopic myomectomy and colposacropexy. Olympus Europa. Hospital Universitario Quirón Barcelona (España). 20-11-2014.

BARRI SOLDEVILA P. Tips and tricks of laparoscopic myomectomy. Medical expert training on laparoscopic myomectomy and colposacropexy. Olympus Europa. Hospital Universitario Quirón Barcelona (España). 20-11-2014.

BARRI SOLDEVILA P. The standardization of colposacropexy. Medical expert training on laparoscopic myomectomy and colposacropexy. Olympus Europa. Hospital Universitario Quirón Barcelona (España). 20-11-2014.

BARRI SOLDEVILA P. Vessel-sealing technology. Medical expert training on laparoscopic myomectomy and colposacropexy. Olympus Europa. Hospital Universitario Quirón Barcelona (España). 20-11-2014.

BROWNE J. The importance of accurate and fast diagnostic tools; our one-stop clinic philosophy. Medical expert training on laparoscopic myomectomy and colposacropexy. Olympus Europa. Hospital Universitario Quirón Barcelona (España). 20-11-2014.

BARRI SOLDEVILA P. Manejo de la endometriosis profunda en la paciente infértil. Workshop Internacional de Cirugía Pelvica Laparoscopica. Hospital General de Valencia. (España). 27-11-2014.

FABREGAS R. Pro de la cirugía conservadora en cáncer de mama. Congrés de la ginecologia catalana. Barcelona (España). 5-11-2014.

GARCIA P. Patología osteoarticular en la menopausia. 10ª Jornada de Enfermería en Ginecología. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-11-2014.

REDON S. Función sexual en mujeres con síntomas del suelo pélvico. 41 Symposium Internacional. Actualización en Ginecología General. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 6-11-2014.

REDON S. Consulta de sexología. 10 Jornada de Enfermería en Ginecología. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-11-2014.

SANS N. Tendencia actual en las técnicas de rehabilitación de los trastornos de suelo pélvico. 41 Symposium Internacional. Actualización en Ginecología General. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 6-11-2014.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ABULI A. Recomendaciones y asesoramiento genético en TNI. XVI Congreso de la Asociación Española de Diagnóstico Prenatal (AEDP). Valencia (España). 20-11-2014.

ABULI A. Perspectiva genética ante el CIR. XVI Congreso de la Asociación Española de Diagnóstico Prenatal (AEDP). Valencia (España). 20-11-2014.

ALVAREZ M. Presentación de bibliografía. Seminario MSD - Centro de Excelencia ELONVA. MSD. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 27-11-2014.

ARROYO G. Historia de las clasificaciones embrionarias. Curso de Actualización de la clasificación embrionaria de ASEBIR. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 3-11-2014.

BARRI PN, COROLEU B, DEVESA M. Female fertility preservation for medical reasons. Symposium on Obstetrics-Gynecology and Reproductive Medicine. Arabia Saudi. 11-11-2014.

BARRI PN, SOLE M. Oocyte vitrification. Symposium on Obstetrics-Gynecology and Reproductive Medicine. Arabia Saudi. 11-11-2014.

BARRI PN. Costo eficiencia de los tratamientos utilizados para FIV. VI Simposium Internacional de Reproducción Asistida. Clínica Tambre. Madrid (España). 12-11-2014.

BOADA M. Quality control in embryology laboratory crisis/chaos management in IVF laboratory. 6th Biannual Meeting of the TSRM Turkish Society of Reproductive Medicine. Turquía. 5-11-2014.

BOADA M. Benefits and limitations of morphological evaluation of human embryos. Pre Congress Course on Embryology-Time Lapse, del 6th Biannual Meeting of the TSRM. Turquía. 5-11-2014.

BUXADERAS R. Fallo de implantación: estado actual. Seminario MSD - Centro de Excelencia ELONVA. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 27-11-2014.

COROLEU B, MARTINEZ F, RODRIGUEZ I, BUXADERAS R, DEVESA M, BARRI PN. Biomarcadores de reserva ovarica. Seminario MSD - Centro de Excelencia ELONVA. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 27-11-2014.

COROLEU B. Corifolotropina alfa: un salto hacia el futuro en la estimulación ovárica. Seminario MSD - Centro de Excelencia ELONVA. Hospital Universitario

Quirón Dexeus. Barcelona (España). 27-11-2014.

DEVESA M, COROLEU B, MARTINEZ F, TUR R, GONZALEZ C, BARRI PN.

Preservación de la fertilidad. Seminario MSD - Centro de Excelencia ELONVA. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 27-11-2014.

DEVESA M, COROLEU B, MARTINEZ F, TUR R, GONZALEZ C, BARRI PN.

Efectos de la QT y RT en la función reproductiva. 26 Congreso Brasileiro Reproducción Humana. Brasil. 6-11-2014.

DEVESA M, COROLEU B, MARTINEZ F, TUR R, GONZALEZ C, BARRI PN.

Novedades en preservación de la fertilidad. 26º Congreso Brasileiro Reproducción Humana. Brasil. 6-11-2014.

MARTINEZ F. Optimización de la estimulación ovárica en FIV. Seminario MSD - Centro de Excelencia ELONVA. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 27-11-2014.

MARTINEZ F. Jaydesse: Estudios sobre patrón de sangrado y eficacia. 41 Symposium Internacional. Actualización en Ginecología General. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 6-11-2014.

PARRIEGO M. Factores predictores de éxito en PGS. Seminario MSD - Centro de Excelencia ELONVA. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 27-11-2014.

PEREZ AL. Uso de Elonva en un programa de donación de ovocitos. Seminario MSD - Centro de Excelencia ELONVA. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 27-11-2014.

PEREZ AL. Rejuvenecimiento genital. 10 Jornada de Enfermería en Ginecología. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 7-11-2014.

RODRIGUEZ D. Maternidad y discapacidad. Colaboración Dexeus-Guttman. Jornada Anual Maternitat i Paternitat en l'espina bifida. Barcelona (España). 22-11-2014.

SOLE M. Estado actual de la vitrificación de ovocitos. VI Simposium Internacional de Reproducción Asistida. Clínica Tambre. Madrid (España). 12-11-2014.

TUR R, CLUA E, RODRIGUEZ D, COROLEU B. Como evitar el embarazo múltiple: hacia la TES-1. Seminario MSD - Centro de Excelencia ELONVA. MSD (Merck, Sharp & Dome). Barcelona (España). 27-11-2014.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

GRAUPERA B. Diagnóstico de las malformaciones uterinas. Nueva clasificación. Curso Post-Symposium: Diagnóstico ginecológico por imagen. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 8-11-2014.

HERETER L. Papel de la ecografía en las mallas con resultado clínico adverso. Curso Post-Symposium: Diagnóstico ginecológico por imagen. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 8-11-2014.

PASCUAL M. Endometriosis profunda. Valor del diagnóstico ecográfico. Curso Post-Symposium: Diagnóstico ginecológico por imagen. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (España). 8-11-2014.

DICIEMBRE

SERVICIO DE OBSTETRICIA

SERRA B. Thrombosis and pregnancy. Preventing maternal deaths. International Symposium on ending maternal death in the Middle East. Egipto. NULL (NULL). 12-12-2014.

SERRA B. Prediction of preeclampsia and its complications. International Symposium on ending maternal death in the Middle East. Egipto. NULL (NULL). 12-12-2014.

SERRA B. Maternal mortality in Spain. International Symposium on ending maternal death in the Middle East. Egipto. NULL (NULL). 12-12-2014.

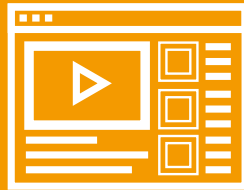
SERVICIO DE GINECOLOGÍA

BARRI SOLDEVILA P. Management of myomas in women at childbearing age. Congreso de la Sociedad Egipcia de Fertilidad. Egipto. NULL (NULL). 18-12-2014.

BARRI SOLDEVILA P. Surgical strategies in deep endometriosis. Congreso de la Sociedad Egipcia de Fertilidad. Egipto. NULL (NULL). 18-12-2014.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

VIZCAYA S. Correlacion radio-patologica de las microcalcificaciones asociadas al CMLA tras tratamiento neoadyuvante. Curso de Formacion Continuada en Patologia Mamaria. Badalona, Barcelona (España). 1-12-2014.



4. Comunicaciones y pósters

4.1. Servicio de Obstetricia

4.2. Servicio de Ginecología

4.3. Servicio de Medicina de la Reproducción

4.4. Servicio de Diagnóstico Ginecológico por Imagen

4. Comunicaciones y pósters

El Departamento apoya toda la producción científica de sus miembros que se presenta a los diferentes actos científicos de la especialidad. Se facilita su asistencia subvencionando la inscripción, desplazamiento y alojamiento, en caso de que fuera necesario.

La Cátedra de Investigación en Obstetricia y Ginecología (CIOG) es el órgano que garantiza la calidad de la producción científica del Departamento, de modo que tanto comunicaciones como pósters pasan un estricto control de calidad antes de ser presentados a los diferentes actos científicos (congresos, symposiums...) de la especialidad.

SERVICIO DE OBSTETRICIA

BARBANY N. *Poster.* Etiologia i tractament de les mastitis puerperal. 8è Congrés d' Obstetrícia i Ginecologia. Barcelona (ES). 29-10-2014.

BERMEJO C, COMAS C, HILARI JM, ECHEVARRIA M. *Poster.* Experiencia preliminar en la implementació del Test Prenatal No Invasivo mediante DNA fetal para aneuploidias fetales en 2 centros. XIII Congreso de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Comunidad Valenciana. Alicante (ES). 16-10-2014.

COCO A. *Poster.* Mastitis puerperal: epidemiologia, signes i símptomes. 8è Congrés d' Obstetrícia i Ginecologia. Barcelona (ES). 29-10-2014.

COMAS C, ECHEVARRIA M, PRATS P, RODRIGUEZ I, SERRA B. *Poster.* Impacte

del cribatge prenatal no invasiu amb cfDNA en les tècniques invasives de diagnòstic prenatal. 8è Congrés d' Obstetrícia i Ginecologia. Barcelona (ES). 29-10-2014.

COMAS C, ECHEVARRIA M, PRATS P, RODRIGUEZ I, SERRA B. *Comunicación Oral.* Impacto del cribado prenatal no invasivo mediante cfDNA en población de bajo riesgo. XVI Congreso de la Asociación Española de Diagnóstico Prenatal (AEDP). Valencia (ES). 20-11-2014.

COMAS C, ECHEVARRIA M, RODRIGUEZ MA, RODRIGUEZ I, SERRA B. *Poster.* Preliminary experience of non-invasive prenatal testing with cell-free DNA for aneuploidies in a clinical setting. 24th World Congress of the ISUOG. Barcelona (ES). 14-09-2014.

COMAS C, ECHEVARRIA M, RODRIGUEZ MA, RODRIGUEZ I, SERRA B. *Poster.* Cribatge prenatal no invasiu amb cfDNA em um entorn clínic: Experiència preliminar. 8è Congrés d' Obstetrícia i Ginecologia. Barcelona (ES). 29-10-2014.

DE LORENZO C. *Poster.* Edema agut de pulmó i terapia tocolítica en part preterme. 8è Congrés d' Obstetrícia i Ginecologia. Barcelona (ES). 29-10-2014.

ECHEVARRIA M, COMAS C, RODRIGUEZ MA, RODRIGUEZ I, SERRA B. *Poster.* Initial experience of non-invasive prenatal testing with cell-free DNA: Comparison between Panorama and Harmony. 24th World Congress of the ISUOG. Barcelona (ES). 14-09-2014.

ECHEVARRIA M, COMAS C, RODRIGUEZ I, SERRA B. *Poster.* Experiència preliminar en el cribatge prenatal no invasiu d'aneuploidies amb ADN fetal en gestacions gemelars. 8è Congrés d' Obstetrícia i Ginecologia. Barcelona (ES). 29-10-2014.

FOURNIER S, ECHEVARRIA M, ROMBAUT S, COMAS C. *Comunicación Oral* Screening de 1er trimestre de bajo riesgo con valores extremos de los marcadores de aneuploidia: impl. perinatales. 28 Congreso Nacional de Ecografía Obstetrico Ginecologica de la SESEGO. Pamplona (ES). 16-5-2014.

LI LIAO N, MELER E, SCAZZOCCHIO E, COMAS C. *Poster.* Canvis longitudinals del doppler de les arteries uterines i el risc de CIR tardà. 8è Congrés d' Obstetrícia i Ginecologia. Barcelona (ES). 29-10-2014.

LI LIAO N, ECHEVARRIA M, COMAS C. *Poster.* Síndrome de Aicardi. A propòsit d'un cas. 8è Congrés d' Obstetrícia i Ginecologia. Barcelona (ES). 29-10-2014.

LI LIAO N, MELER E, SCAZZOCCHIO E, COMAS C, RODRIGUEZ I. *Poster.* Cambios longitudinales del Doppler de las arterias uterinas y riesgo de CIR tardío. XXIV Congreso Nacional de la Sección de Medicina Perinatal. Zaragoza (ES). 13-6-2014.

MALLAFRE A, RICART Ma, MELER E, SERRA B, RODRIGUEZ I. *Poster.* Efecto de la recogida de sangre de cordón sobre el riesgo de hemorragia uterina y la necesidad de transfusion. XXIV Congreso Nacional de la Sección de Medicina Perinatal. Zaragoza (ES). 13-6-2014.

MALLAFRE A, RICART Ma, MELER E, SERRA B, RODRIGUEZ I. *Poster.* Relació entre la recollida de sang de cordó i el risc d'hemorragia uterina i transfusió. 8è Congrés d' Obstetrícia i Ginecologia. Barcelona (ES). 29-10-2014.

MELER E, LI LIAO N, SCAZZOCCHIO E, COMAS C. *Poster.* Predicció de la

preeclampsia tardana en el tercer trimestre de la gestacio. 8è Congrés d'Obstetrícia i Ginecologia. Barcelona (ES). 29-10-2014.

MELER E, LI LIAO N, SCAZZOCCHIO E, RODRIGUEZ I, COMAS C, SERRA B. *Poster*. Third trimester prediction of late PE. XXIV European Congress of Perinatal Medicine. Florencia (IT). 4-6-2014.

MUÑOZ A, ABULI A, COMAS C, TORRENTS M, ECHEVARRIA M. *Poster*. Experiencia propia en la indicación y resultados de array prenatal. XVI Congreso de la Asociación Española de Diagnóstico Prenatal (AEDP). Valencia (ES). 20-11-2014.

RICART M, MELER E, ECHEVARRIA M, SERRA B. *Poster*. Citomegalovirus congénito. XXIV Congreso Nacional de la Sección de Medicina Perinatal. Zaragoza (ES). 13-6-2014.

ROMBAUT S, COMAS C, RODRIGUEZ I, SABRIA J, SERRA B. *Comunicación Oral*. Relación entre la arteria uterina y los valores de la PAPP/A en el cribado del primer trimestre. 28 Congreso Nacional de Ecografía Obstetrico Ginecologica de la SESEGO. Pamplona (ES). 16-5-2014.

SCAZZOCCHIO E, CROVETTO F, TRIUNFO S, GRATACÓS E, FIGUERAS F. *Comunicación Oral*. Validation of a first-trimester screening model for pre-eclampsia in a routine care low-risk

setting. 24th World Congress of the ISUOG. Barcelona (ES). 14-09-2014.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

ADSERA M, PARERA N, ÚBEDA A, BARRI SOLDEVILA P. *Poster*. Sagnat uteri excessiu (SUE) greu en l'adolescent. A propòsit d'um cas. 8è Congrés d'Obstetrícia i Ginecologia. Barcelona (ES). 29-10-2014.

BARBANY N, BARRI SOLDEVILA P, PASCUAL MA, CUSIDO MT, RODRIGUEZ I. *Comunicación Oral*. Cesarean scar defect. Management and update. A 10 years experience. 23rd ESGE Annual Congress. Bruselas (BE). 24-9-2014.

BAULIES S, GONZALEZ CAO M, CUSIDO MT, UBEDA B, FARGAS FR, TRESSERRA F, ARA C, FABREGAS R. *Poster*. Análisis molecular en cáncer de mama: correlación con clasificación inmunohistoquímica y pCR a la quimio neoadyuvante. 33º Congreso Nacional de la SESPM. Vigo (ES). 15-10-2014.

BAUSILI M, DE LA PAZ MF, TRESSERRA F, BARRAQUER RI. *Poster*. Corneal histopathology analysis of first penetrating keratoplasty in congenital aniridia patients. 18 European Society of Cataract and refractive surgeons (ESCRF) Winter Meeting. Ljubljana (SLV). 14-02-2014.

CURELL N, PARERA N, GARRIGA P. *Comunicación Oral*. Peer work and empowerment sessions to encourage autonomy and self-care in HIV infected youth. 18th European Congress of the International Association for Adolescent Health (IAAH). Paris (FR). 16-6-2014.

FARGAS F, CUSIDO M, PLANA A, BAULIES S, FABREGAS R. *Poster*. Caso Clínico: cáncer de endometrio en paciente joven. Sarcomas uterinos. Reunión Nacional de la Sección de Ginecología Oncológica y Patología Mamaria de la SEGO. Madrid (ES). 23-10-2014.

FARGAS FR, CUSIDO MT, PLANA A, BAULIES S, FABREGAS R. *Poster*. Cáncer de mama en varón. Reunión Nacional de la Sección de Ginecología Oncológica y Patología Mamaria de la SEGO. Madrid (ES). 23-10-2014.

FERNANDEZ RB, AMSELEM D, BARRI SOLDEVILA P, RODRIGUEZ I, RUIZ J. *Poster*. Tratamiento mínimamente invasivo de la incontinencia urinaria. Experiencia en Hospital U. Quiron Dexeus. VII Congreso Nacional de Suelo Pelvico. Bilbao (ES). 3-4-2014.

FERNANDEZ RB, BARBED C, BARRI SOLDEVILA P, RODRIGUEZ I, RUIZ J. *Poster*. Seguimiento a largo plazo del sistema Remeex. VII Congreso Nacional de Suelo Pelvico. Bilbao (ES). 3-4-2014.

FERNANDEZ RB, PLANA A, BARRI SOLDEVILA P, RODRIGUEZ I, RUIZ J. *Poster*. 42 casos de promontofijación con malla Alyte en el Hospital Univ Quiron Dexeus. VII Congreso Nacional de Suelo Pelvico. Bilbao (ES). 3-4-2014.

GARCIA P, MANUBENS M. *Poster*. Sofocos: no siempre son menopáusicos. A propósito de 3 casos. 13º Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). Bilbao (ES). 12-6-2014.

GARCIA P. *Poster*. Artrosis menopáusica, baja masa ósea y tratamiento hormonal. 13º Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). Bilbao (ES). 12-6-2014.

GARCIA P, RODRIGUEZ I, MANUBENS M. *Poster*. Aceptacion y adherencia al tratamiento hormonal en mujeres con síndrome climaterico. 13º Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). Bilbao (ES). 12-6-2014.

GONZALEZ X, BAULIES S, GONZALEZ CAO M, CARACHALIOU N, RODRIGUEZ A, MOLINA-VILA MA, CUSIDO MT, TEIXIDO C, ET AL. *Poster*. Molecular analysis in breast cancer: correlation with immunohistochemical classification and pCR to neoadjuvant

chemotherapy. 26th EORTC-NCI-AACR Symposium on molecular targets and cancer therapeutics. Barcelona (ES). 18-11-2014.

GONZALEZ CAO M, BAULIES S, CARACHALIOU N, RODRIGUEZ A, VITERI S, MOLINA-VILA MA, CUSIDO MT, TEIXIDO C, ET AL. *Poster*. Hipoxia inducible factor (HIF)-1x expression levels and p53 mutations are prognostic factors for survival in breast cancer patients treated with neoadjuvant chemotherapy. 26th EORTC-NCI-AACR Symposium on molecular targets and cancer therapeutics. Barcelona (ES). 18-11-2014.

LOPEZ-MATEO X, SABARTES R, BERNAT R, RODRÍGUEZ I. *Poster*. Análisis, desarrollo e implementación de una HCE en un servicio de obstetricia, ginecología y reproducción. XVI Jornadas Nacionales de Documentación Médica. Vitoria (ES). 12-6-2014

MARTINEZ A, SANS N, BAQUES L, MALLAFRE M, RUIZ J. *Poster*. Circuito de atención a la maternidad en centro privado. VII Congreso Nacional de Suelo Pélvico. Bilbao (ES). 3-4-2014.

MARTINEZ A, SANS N, BAQUES L, MALLAFRE M, RUIZ J, FERNANDEZ R. *Poster*. Papel de la fisioterapia en los trastornos del suelo pélvico. VII

Congreso Nacional de Suelo Pélvico. Bilbao (ES). 3-4-2014.

MIGUEZ J, BELMONTE E, THOMAS A, ORMAZABAL I, TRESSERRA F. *Poster*. Diagnóstico diferencial de las lesiones renales sólidas en adultos mediante TCMD con correlación anatomopatológica. 32º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM). Oviedo (ES). 22-5-2014.

PLANA A, CUSIDO MT. *Poster*. Síndrome de Lynch. Reunión Nacional de la Sección de Ginecología Oncológica y Patología Mamaria de la SEGO. Madrid (ES). 23-10-2014.

PONCE J, CUSIDO MT, MURUZABAL JC, MENJON S, SANCHEZ DEL RIO A, CHIVA L, HERNANDEZ G, LAILLA JM. *Poster*. Spanish best practice guidelines in gynecological cancer SEGO Oncoguides program. 15th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society IGCS. Melbourne (AU). 8-11-2014.

REDON S, PLANA A, FERNÁNDEZ-SANGUINO A, SALAS O. *Poster*. Indicaciones del cribado citológico post histerectomía total. XXVI Congreso de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC). Madrid (ES). 27-11-2014.

ROBERT J, MIGUEZ C, CAMBRAY C, TRESSERRA F, MARTINEZ-BUENO A. *Comunicación Oral*. Infecciones que matan. Sesiones Interdepartamentales del CODIR. Noviembre 2014.

SABARTES R, LÓPEZ MATEO X, BERNAT R, RODRIGUEZ I. *Poster*. Estructura de una HCE en un servicio de obstetricia, ginecología y reproducción. XVI Jornadas Nacionales de Documentación Médica. Vitoria (ES). 12-6-2014.

SUAREZ M, PARERA N, GARCIA P, RODRIGUEZ I, PASCUAL MA, MARTINEZ F. *Poster*. Evolución clínica de DIU Mirena con mal posición intrauterina identificada por ecografía. XII Congreso de la Sociedad Española de Contracepción (SEC). San Sebastián (ES). 27-3-2014.

TRESSERRA F, FABRA G, CASTELLA M, DOMINGUEZ MA, AMALRICH MD, FDEZ.-CID C, RAMOS C, MARTINEZ MA. *Poster*. Punción aspiración con aguja fina en patología mamaria: evaluación de la utilización de citología líquida. 33º Congreso Nacional de la SESPM. Vigo (ES). 15-10-2014.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ABULI A, RODRIGUEZ-SANTIAGO B, BOADA M, COROLEU B, VEIGA A, ESTIVILL X, ARMENGOL L, BARRI PN. *Poster*. Nuevo test genético para la identificación de

portadores de mutaciones genéticas recesivas basado en técnicas de secuenciación masiva. XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Barcelona (ES). 29-5-2014.

ABULI A, RODRIGUEZ-SANTIAGO B, GARCIA-ARAGONES M, BOADA M, COROLEU B, CLUA E, PARRIEGO M, VEIGA A, ET AL. *Poster*. Carrier screening of recessive disorders in IVF couples and gamete donors and recipients by targeted next generation sequencing. 64th Annual Meeting of the American Society of Human Genetics (ASHG 2014). San Diego (USA). 17-10-2014.

BARBED C, DEVESA M, CARRERAS O, BUXADERAS R, MANCINI F, RODRIGUEZ I, GOMEZ F, COROLEU B, BARRI PN. *Comunicación Oral*. Biomarcadores de reserva ovárica: análisis de 863 ciclos de fecundación in vitro (FIV). XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Barcelona (ES). 29-5-2014.

BUXADERAS R, MANCINI F, MARTINEZ F, BALLESTER M, RODRIGUEZ I, BARRI PN. *Comunicación Oral*. La estimulación suave con gonadotropinas aumenta las tasas de embarazo en ciclos de IAD en población no estéril. Estudio. XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Barcelona (ES). 29-5-2014.

CARRASCO B, PARRIEGO M, ARROYO G, GIL Y, GOMEZ F, COROLEU B, VEIGA A, BOADA M. *Poster. Viabilidad y análisis morfofocinético del desarrollo de embriones multinucleados.* XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Barcelona (ES). 29-5-2014.

CLUA E, TUR R, COROLEU B, RODRIGUEZ I, GOMEZ F, BOADA M, BARRI PN, VEIGA A. *Poster. Single embryo transfer vs double embryo transfer in oocyte donation: a pilot randomized clinical trial.* 30th Annual Meeting of the ESHRE. Munich (AL). 29-6-2014.

DEVESA M, MARTINEZ F, CLUA E, ARROYO G, RODRIGUEZ D, TUR R, RODRIGUEZ I, COROLEU B, BARRI PN. *Comunicación Oral. Comparación de dos formas de estimulación ovárica en la misma donante: fase lutea (FL) vs. fase folicular precoz (FFP).* XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Barcelona (ES). 29-5-2014.

DEVESA M, MARTINEZ F, RODRIGUEZ I, TUR R, ALVAREZ M, GONZALEZ C, CARRASCO B, BARRI PN, COROLEU B. *Comunicación Oral. Recuento de folículos antrales (RFA) y hormona antimulleriana (AMH). ¿Quién gana en la discrepancia?* XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Barcelona (ES). 29-5-2014.

DEVESA M, MARTINEZ F, TUR R, BUXADERAS R, GONZALEZ C, RODRIGUEZ I, BOADA M, COROLEU B. *Poster. Discrepancy between antimullerian hormone and astral follicle count: The winner is.* 30th Annual Meeting of the ESHRE. Munich (AL). 29-6-2014.

LUNA M, GOMEZ F, PARRIEGO M, BALLESTER M, SOLE M, MONTEALEGRE P, COROLEU B, BOADA M. *Poster. Obtención de la certificación LRA-2014/0001 para la nueva norma UNE 179007, de los laboratorios de TRA.* XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Barcelona (ES). 29-5-2014.

MARTINEZ F, CLUA E, DEVESA M, ARROYO G, GONZALEZ C, SOLE M, RODRIGUEZ I, COROLEU B. *Comunicación Oral. Óptimas tasas de embarazo en receptoras de ovocitos vitrificados obtenidos tras estimulación de las mismas donantes.* XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Barcelona (ES). 29-5-2014.

MARTINEZ F, CLUA E, DEVESA M, ARROYO G, SOLE M, RODRIGUEZ I, COROLEU B, BARRI PN. *Comunicación Oral. Comparison of luteal-phase (LP) versus early-follicular-phase (EDP) ovarian stimulation in the same oocyte donor.* 30th Annual Meeting of the ESHRE. Munich (AL). 29-6-2014.

MONTEALEGRE P, LUNA M, GOMEZ F, SOLE M, BOADA M, POBLETE C. *Comunicación Oral. Obtención de la certificación LRA-0001 para nueva Norma UNE 179007.* XXXII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Madrid (ES). 15-10-2014.

OROZCO I, VILCHES M, GONZALEZ UTOR A, ORTIZ, VILCHES TERRON MA, MARQUETA J, VIDAL E, BUXADERAS R. *Comunicación Oral. Estándares para los nuevos indicadores de calidad de la norma UNE 179007: servicios sanitarios.* XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Barcelona (ES). 29-5-2014.

ORTIZ N, LUNA M, ARDOY M, CABELLO Y. *Poster. UNE 179007: New quality standard for human art laboratories.* 30th Annual Meeting of the ESHRE. Munich (AL). 29-6-2014.

PEREZ AL, MARTINEZ F, BUXADERAS R, RODRIGUEZ D, LUNA M, CLUA E, RODRIGUEZ I, COROLEU B. *Poster. Utilización de corifolitropina alfa en el tratamiento de estimulación ovárica en donantes.* XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Barcelona (ES). 29-5-2014.

PEREZ AL, MARTINEZ F, TUR R, BUXADERAS R, CARRASCO B, GOMEZ F, COROLEU B, BARRI PN. *Comunicación Oral. Resultados del tratamiento*

co-adyuvante con parche de testosterona en protocolo de estimulación con antagonistas. XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Barcelona (ES). 29-5-2014.

RODRIGUEZ D, MARTINEZ F, RODRIGUEZ I, RODRIGO CR, COROLEU B. *Poster. Embarazo ectópico en TRA en el Hospital Universitario Quirón Dexeus: factores de riesgo asociados.* XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Barcelona (ES). 29-5-2014.

RODRIGUEZ-SANTIAGO B, ABULI A, GARCIA-ARAGONES M, BOADA M, ARMENGOL X, PARRIEGO M, CLUA E, DEL CAMPO MIGUEL, COROLEU B. *Poster. Development of an NGS-based solution for the identification of individuals carrying recessive genetic mutations in reproduction.* 30th Annual Meeting of the ESHRE. Munich (AL). 29-6-2014.

SOLE M, ROSELLO C, GONZALEZ C, BOADA M, MARTINEZ F, COROLEU B, VEIGA A. *Poster. Embryo rescue: outcome from vitrified blastocysts arising from embryos unsuitable for cryopreservation on day 3.* 70th ASRM Annual Meeting. Honolulu (USA). 17-10-2014.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

BARBANY N, PASCUAL MA, GRAUPERA B, HERETER L, LABASTIDA R, TRESSERRA F.

Poster. Adenocarcinoma de endometrio en una paciente joven. 28º Congreso Nacional de Ecografía Obstétrico Ginecológica de la SESEGO. Pamplona (ES). 16-5-2014.

CASAS L, UBEDA B, NAVARRO B, BROWNE J. *Poster. Biopsia de microcalcificaciones bajo guía estereotaxica. Factores que influyen en los resultados.* 33º Congreso Nacional de la SESPM. Vigo (ES). 15-10-2014.

GRAUPERA B, PASCUAL MA, ALCAZAR JL, HERETER L, PEDRERO C, RODRIGUEZ I. *Comunicación Oral. Role of two-dimensional ultrasound to detecting uterine canalization defects in infertile women.* 24th World Congress of the ISUOG. Barcelona (ES). 14-9-2014.

GRAUPERA B, PASCUAL MA, HERETER L, BROWNE J, FDEZ-CID MARIA, RODRIGUEZ I. *Comunicación Oral. Evaluación de las malformaciones uterinas de origen mulleriano con la nueva clasificación de la ESHRE-ESGE.* 28º Congreso Nacional de Ecografía Obstétrica Ginecológica de la SESEGO. Pamplona (ES). 16-5-2014.

GUERREIRO S, SABA L, ALCAZAR JL, PASCUAL MA, AJOSSA S, PEDDES C, PERNICIANO M, PIRAS A, SEDDA F. *Comunicación Oral. 3D ultrasonography and magnetic resonance imaging (MRI) in the diagnosis of deep endometriosis.* 24th World Congress of the ISUOG. Barcelona (ES). 14-9-2014.

HERETER L, GRAUPERA B, PASCUAL MA, OLIVA M, VILA M. *Poster. Valoración del suelo pélvico mediante ecografía tridimensional en pacientes con desgarró perineal tipo III.* VII Congreso Nacional de Suelo Pélvico. Bilbao (ES). 3-4-2014.

HERETER L, PASCUAL MA, GRAUPERA B, PEDRERO C, RUIZ J, FDEZ-CID M. *Comunicación Oral. Valoración de la situación y funcionalismo de las mallas reparadoras de incontinencia urinaria con ecografía 3D/4D.* 28º Congreso Nacional de Ecografía Obstétrica Ginecológica de la SESEGO. Pamplona (ES). 16-5-2014.

PASCUAL MA, GRAUPERA B, HERETER L, TRESSERRA F, RODRIGUEZ I, FABREGAS R. *Comunicación Oral. Role of transvaginal color Doppler Ultrasound in early diagnosis of ovarian cancer. A 15-year experience.* 24th World Congress of the ISUOG. Barcelona (ES). 14-9-2014.

8è Congrés Català d'Obstetrícia i Ginecologia
XXIV Simposi de la Societat Catalana de Obstetrícia i Ginecologia
Auditori AXA, Barcelona

DEPARTAMENT DE OBSTETRÍCIA, GINECOLOGIA I REPRODUCCIÓ
HOSPITAL UNIVERSITARI QUIRON-DEXEUS

ETIOLOGIA I TRACTAMENT DE LA MASTITIS PUERPERAL

Núria Barbany¹, Raquel Mula¹, Ainhoa Coco¹, Eva Meler¹, Anna Asturgó¹, Luis Ruiz², Eva Capdevila², Edgar Palacín³, Bernat Serra³

Servei d'Obstetrícia, Departament d'Obstetrícia, Ginecologia i Reproducció, Salut de la Dona-Dexeus, Unitat de lactància, Servei de Pediatria², Servei de Microbiologia-Labco³, Hospital Universitari Quiron-Dexeus.

INTRODUCCIÓ:
La mastitis puerperal, amb una incidència d'un 10-30%, és la primera causa d'inhibició de la lactància materna.

SOSPITA CLÍNICA → **CONFIRMACIÓ: CULTIU DE LLET MATERNA**

OBJECTIUS:
Descriure etiologia microbiològica en la població puèrpera atesa al nostre hospital
Descriure la resposta al tractament empíric

MATERIALS I MÈTODES:
Juny 2013-Agost 2014

99 dones van consultar per patologia mamària (només es varen incloure aquelles pacients en les quals se'ls hi va sol·licitar un cultiu de llet materna)

```

    graph TD
      A[99 dones] --> B{Mastitis clínica?}
      B -- SI (N=69) --> C[CULTIU DE LLET MATERNA BILATERAL + ANTILOGRAMA]
      B -- NO (N=30) --> D[Actitud expectant: Antibiógram + ?]
      C --> E[CIPROFLOXACINO 7-14 dies]
      D --> E
      E --> F[91% EXIT]
  
```

✓ Valoració posterior de la resposta al tractament
✓ Visites conjuntes Ginecologia i Pediatria

RESULTATS:

CONCLUSIONS:
De totes les pacients que consultaren al nostre centre amb simptomatologia mamària, el 57% van ser mastitis confirmades microbiològicament, sent la bacterià més freqüent *S. epidermidis*. D'aquestes, en el 91% el tractament amb Ciprofloxacin va ser efectiu. Cal destacar la importància de la bona recollida de la mostra ja que 1 de cada 4 presentaren un cultiu no valorable per contaminació.

FundaciónDexeus, Institut Universitari Dexeus, URB

Mastitis puerperal: epidemiologia, signes i símptomes.

Ainhoa Coco¹, Raquel Mula¹, Núria Barbany¹, Anna Asturgó¹, Luis Ruiz², Eva Capdevila², Eva Meler¹, Bernat Serra¹

Servei d'Obstetrícia, Ginecologia i Reproducció, Salut de la Dona-Dexeus¹,
Servei de Pediatria, Unitat de lactància²,
Hospital Universitari Quiron-Dexeus

OBJECTIUS
Descriure les característiques epidemiològiques i clíniques de la mastitis puerperal en la nostra població.

MATERIAL I MÈTODES
Entre Juny 2013 i Agost 2014:

Lactància materna activa + símptomes mamaris → Anamnesi, Exploració física, Recollida de llet per cultius bilaterals, Protocol compartit amb Pediatria

• Protocol: visita compartida amb pediatra especialitzat en lactància i valoració de l'evolució i cultius
• Recollida de dades a través de qüestionaris.
• Dades analitzades a través de mètodes descriptius.

RESULTATS

• 99 pacients consulten per simptomatologia mamària de les quals 56 van ser mastitis confirmades microbiològicament (57%)
• La mitjana d'edat va ser 33 anys (rang 25-44).
• El nombre de dies des del part a la visita a Urgències va ser de 63 (rang 0-340).
• La troballa més freqüent a l'exploració física va ser l'envermelliment sectorial (50%) i el 26% presentava febre.

CONCLUSIONS

De les pacients diagnosticades de mastitis puerperal el 80% consultaren per mastàlgia però només el 44% van presentar febre.

La mastitis puerperal es pot manifestar de forma molt heterogènia i la realització d'un cultiu de llet materna ens podrà ajudar en determinats casos.

Impacte del cribatge prenatal no invasiu amb cfDNA en les tècniques invasives de diagnòstic prenatal



Carmina Comas Gabriel; Mònica Echevarria Telleria; Pilar Prats Rodriguez; Ignacio Rodriguez Garcia; Bernat Serra Zantop

Secció de Medicina Fetal, Departament d'Obstetrícia, Ginecologia i Reproducció, Hospital Universitari Quirón Dexeus

Objectiu:

Analitzar l'impacte de la introducció del test no invasiu (TNI) amb ADN lliure com a mètode de cribatge d'anomalies cromosòmiques en el nostre entorn clínic en el nombre e indicació de tècniques invasives (TI) de diagnòstic prenatal.

Mètodes:

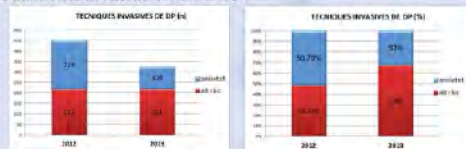
El TNI s'ofereix a totes les gestacions úniques que han realitzat el cribatge prenatal convencional de trisomies fetals, com a test de cribatge avançat, exceptuant els casos d'anomalies ecogràfiques o d'alt risc per a altres malalties genètiques. S'ofereix la opció de Panorama™ Test (Natera) o Harmony™ Prenatal Test (Ariosa Diagnostics). S'analitza el nombre e indicació de les TI al llarg del any 2013, el primer any d'introducció del TNI, en comparació amb les dades de l'any precedent.

Resultats:

Un total de 333 gestants han realitzat un TNI (edat matema mitjana de 37 anys, edat gestacional mitjana de 14,6 setmanes). El 84% corresponen a gestacions de baix risc.

L'any 2012 es van realitzar 450 TI, 222 en població d'alt risc (49,3%) i 228 sense indicació mèdica (per ansietat) (50,7%). L'any 2013, coincidint amb la introducció del TNI, es van realitzar 325 TI, 221 en població d'alt risc (68%) i 104 per ansietat (32%).

D'acord amb el nostre protocol, la incorporació assistencial del TNI en gestacions d'alt risc podria reduir els procediments invasius en un 94% segons un model teòric, mantenint la mateixa taxa de detecció de principals trisomies autosòmiques. En el nostre entorn clínic real, la reducció real ha estat del 33%. En població de baix risc (ansietat), la incorporació d'aquest test ha permès reduir la taxa de procediments invasius en un 54%.



Conclusions:

La introducció d'aquesta nova tecnologia ha tingut una bona acollida i comprensió per part de les gestants i ha permès reduir de forma significativa les proves invasives innecessàries, especialment en població de baix risc. En població d'alt risc, la reducció ha estat menys significativa, possiblement degut al cost econòmic actual de la prova.

Fundación Dexeus

CENTRE UNIVERSITARI DE GINECOLOGIA I OBSTETRICIA

UB

(P01.05). Preliminary experience of non-invasive prenatal testing with cell-free DNA for aneuploidies in a clinical setting

Comas Gabriel C, Echevarria Telleria M, Rodriguez Pérez MA, Prats Rodríguez P, Rodríguez García I, Serra Zantop B. Fetal Medicine Unit. Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital Universitari Quirón Dexeus. Barcelona

Objective

To report the preliminary experience in the introduction of non-invasive prenatal screening (NIPS) with cell-free DNA (cfDNA) as a screening method for trisomies 21, 18, 13 and sex chromosomal anomalies (CA) in a real clinical setting.

Methodology

Observational prospective study of singleton pregnancies that underwent prenatal screening for fetal trisomy from January to December 2013. Panorama™ Test (Natera) or Harmony™ Prenatal Test (Ariosa Diagnostics) were offered as an advanced NIPS, except in cases of ultrasound anomalies or high-risk for other genetic conditions. High-risk results at NIPS were confirmed by karyotyping through an invasive procedure.

Results

•333 pregnant women were tested, with a mean MA of 37 years and a mean GA of 14.6 weeks.

•Completed follow-up was done in 94.5% of cases.

•4 cases of trisomy 21 (T21) were detected and there was 1 discordant result for Turner syndrome.

•NIPS has reduced the invasive procedures rate in 33% in high-risk and 54% in low-risk pregnancies, in our clinical setting.

NIPS Results		
Mean, range, n, %		
n	333	
Maternal Age (MA)	37 (21-46)	
Gestational Age (GA)	14,6 (9,5-23,5)	
BMI	22,9 (17,1-42,4)	
Indication	84% low-risk	
Completed follow-up	94,5%	
Successful result	97,8%	
Reporting time (days)	12,9 (8-21)	
Fetal fraction	12,7% Panorama™ 13,1% Harmony™	
Results (%)	Low-risk results	319 (95,8%)
	High-risk results	5 (1,5%)
	No result	3 (0,9%)
	Retest	6 (1,8%)
	False positive rate	1 (0,3%)
Conclusive results	324 (97,3%)	

Conclusion

We describe our initial 12-month experience in the introduction of this new technology in a private obstetric practice, showing that NIPS has the potential to be a highly effective screening method as a standard test for risk assessment of main CA in a routine clinical setting. A significant reduction of invasive procedures has been observed, both in high and low-risk pregnancies.

High-risk NIPS results							
n	MA	GA	FF	Indication	FTS result	NIPS result	Karyotype
1	41	10,6	6,9	Advanced MA	>1/270	T21	T21
2	35	17,1	11,7	High-risk at FTS	>1/270	T21	T21
3	43	14,4	7,0	Anxiety	-	45,0	46,XX
4	37	12,6	12,5	High-risk at FTS	>1/270	T21	T21
5	43	11,6	15,2	High-risk at FTS	>1/270	T21	T21

Cribatge prenatal no invasiu amb cfDNA en un entorn clínic: Experiència preliminar



Carmina Comas Gabriel; Mónica Echevarría Telleria; M Angeles Rdríguez Pérez; Ignacio Rodríguez García; Bernat Serra Zantop

Secció de Medicina Fetal, Departament d'Obstetrícia, Ginecologia i Reproducció, Hospital Universitari Quirón Dexeus

Objectiu: Presentar l'experiència preliminar en la introducció del test no invasiu (TNI) amb l'ADN lliure extracel·lular (cfDNA) com a mètode de cribatge per a les trisomies 21, 18, 13 i anomalies cromosòmiques sexuals en un entorn clínic real.

Mètodes: Estudi prospectiu descriptiu. El TNI amb cfDNA s'ofereix a totes les gestacions úniques sotmeses a cribatge prenatal convencional de trisomies fetals des de gener fins juny del 2014, com a test de cribatge avançat, exceptuant els casos d'anomalies ecogràfiques o d'alt risc per a altres malalties genètiques. S'ofereix la opció de Panorama™ Test (Natera) o Harmony™ Prenatal Test (Ariosa Diagnostics). Els resultats d'alt risc són confirmats per cariotip mitjançant una prova prenatal invasiva.

Resultats:

INDICACIÓ DEL TNI (%)

	Harmony	Panorama	Quèdall
Risc baix	89,15%	89,25%	82,55%
Risc mitjà	7,8%	13,4%	11,9%
Risc alt	3,8%	2,5%	2,3%
Magnitud anomalies	0,4%	0,3%	0,3%
Altres	0,7%	3,0%	0,4%

TNI: Test No Invasiu de Nüveo. Harmony Prenatal Test: Ariosa Diagnostics. Panorama Test: Natera. Quèdall: Quèdall Diagnostics.

	TNI	Harmony**	Panorama**	Quèdall
n	120	365	654	
EM (n/total) (%)	37,4 (21-47) *	37,2 (22-40) *	37,3 (21-47) *	
EG (n/total) (%)	15,9 (9-23,5)	9,3 (10-23)	14,0 (9-21,5)	
IMC (n/total) (%)	21,8 (16-34,4)	23,4 (17-34,2)	25,5 (19-34,1)	
FM (%)	2,9%	14,2%	14,8%	
Temps d'espera resultat (dies mitjana i rang)	14,5 (9-21) *	11,9 (8-20) *	12,4 (8-21)	
Falsos Positius (n/total) (%)	13,2% (6,9-22,7) *	12,9% (9,1-21,9)	12,0 (8-17,3)	
Falsos Negatius (n/total) (%)	3,2% (1,1-7,3)	3,0% (1,9-5,0)	4,0% (2,8-5,6)	
Resultats (%)				
Normal	86,8%	87,1%	87,0%	
Anomalia cromosòmica	13,2%	12,9%	13,0%	
Anomalia estructural	0,8%	0,8%	0,8%	
Anomalia funcional	0,4%	0,3%	0,3%	
Anomalia de sexe	0,7%	3,0%	0,4%	
Falsos seguits	0	0	0	

cas	EM	EG	INDICACIÓ	TEST COMERCIAL	RESULTAT TNI	ORBITATGE CONVENCIONAL (pau TNI)	FF ADN %	CARIOTIP	SEGUIMENT	*p<0,05
1	37	12,6	Alt risc	Panorama™	Risc elevat T21	9/11	12,5	T21	SE	
2	34	17,1	Alt risc	Panorama™	Risc elevat T21	9/50	17,7	T21	SE	
3	41	30,7	FM	Panorama™	Risc elevat T21	7/10	6,9	T21	SE	
4	43	14,0	Alt risc	Panorama™	Risc elevat T21	1/0	13,2	T21	SE	
5	43	14,4	Alt risc	Harmony™	Risc elevat T21	7/7	16,3	T21	SE	
6	38	16	Alt risc	Panorama™	Risc elevat T18	1/200	15,2	T18	SE	
7	42	12,0	Alt risc	Panorama™	Risc elevat T21	1/0	12,0	T21	SE	
8	41	13,0	Alt risc	Panorama™	Risc elevat T21	1/1000	13,0	T21	SE	

Conclusions: La nostra experiència preliminar recolza l'aplicació clínica d'aquesta nova tecnologia, com a opció segura i precisa, en la pràctica obstètrica habitual. La implantació s'ha realitzat correctament, sense incidències remarcables, i ha tingut una bona acollida i comprensió per part de les gestants.

Fundación Dexeus

SECCIÓ D'INVESTIGACIÓ EN OBSTETRÍCIA I GINECOLOGIA



Edema agut de pulmó i teràpia tocolítica en el part preterm: a propòsit d'un cas

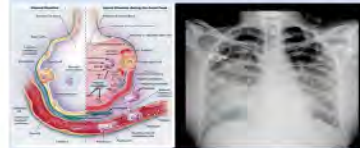
De Lorenzo, C; Meler, E; Asturgó, A; Serra, B.
Departament d'Obstetrícia, Ginecologia i Medicina de la Reproducció
Hospital Universitari Quirón-Dexeus

INTRODUCCIÓ

L'edema agut de pulmó (EAP) és una complicació poc freqüent durant l'embaràs, amb una incidència del 0,08%. La seva fisiopatologia es basa en l'alteració de l'intercanvi gasos alveolar-capil·lar el qual, si no es corregeix ràpidament, pot comprometre la vida de la pacient.

CAS CLÍNIC

Pacient de 41 anys sense antecedents d'interès, primigràvida gestant de 28,6 setmanes de gestació gemelar biconal biamniòtica, derivada al nostre centre per ruptura prematura de membranes (RPM) i amenaça de part prematur (APP). Se li administraven glucocorticoides per maduració pulmonar fetal, tocolítics amb Tractocil i sulfat de magnesi per neuroprotecció per la sospita de part imminent. A les 48 hores de tractament amb Tractocil, la pacient presenta dinàmica uterina regular i un quadre de dispnea amb saturació d'oxigen del 89% i crepitans bilaterals.



Davant la sospita de tromboembolisme pulmonar es decideix finalitzar la gestació mitjançant cesària previ consens amb el servei d'anestèsia. El TAC descarta l'embòlia pulmonar i en la radiografia de tòrax destaquen infiltrats alveolars bilaterals compatible amb el diagnòstic d'edema agut de pulmó (EAP). La pacient va ser derivada a la Unitat de Cures Intensives (UCI) per tractament amb ventilació mecànica i tractament diurètic, amb bona evolució posterior i trasllat a planta a les 48 hores.

1. estreta observació
2. oxigen suplementari
3. tractament diurètic
4. intubació i assistència respiratòria

CONCLUSIÓ:

L'EAP pot ser una complicació en les pacients en tractament amb tocolítics i altres factors concomitants i per això cal que siguin controlades de forma acurada. El Tractocil segueix sent a mida d'avui el tocolític d'elecció, especialment en gestacions amb factors de risc concomitants.

En una revisió de la casuística dels últims dos anys en el nostre centre, hem trobat dos casos més d'EAP en gestants amb risc de part prematur i que van rebre tractament tocolític.

CAS 1	CAS 2	CAS 3
Gestacions de bessons sense patologia cardíaca materna coneguda		
APP entre les setmanes 28 i 33 de gestació		
Tractocil, glucocorticoides i sulfat de magnesi		
Gestacions finalitzades mitjançant cesària		
Sospita de TEP y part imminent	Sospita de corionionitis	Creixement intrauterí restringit (CIR) sel·lectiu sever
EAP en el puerperi precoc o peri-part		
Bona evolució posterior (tractament diurètic +/- ventilació mecànica)		

DISCUSSIÓ

Revisada la literatura, l'EAP és una complicació poc freqüent en l'embaràs, sol presentar-se en el període peri-part en el context de diversos factors de risc concomitants:

- Tractament tocolític
- Patologia cardíaca materna
- Sobrecàrrega de fluids
- Presència de pre-eclàmpsia
- Carvis hemodinàmics de la gestació gemelar
- Hidratació endovenosa
- Maduració pulmonar amb glucocorticoides

L'EAP és un efecte advers conegut de la teràpia amb tocolítics com els beta-mimètics, especialment en pacients de risc. El Tractocil ha demostrat tenir millor tolerància i perfil de seguretat materno-fetal, i per això s'ha convertit en el tocolític d'elecció. No obstant això, les pacients en tractament amb Tractocil i altres factors de risc concomitants o aquelles pacients que rebin combinació de tocolítics, han de ser controlades acuradament. L'acció inhibidora del Tractocil sobre la vasopressina podria ser el mecanisme pel qual podria augmentar el risc d'EAP. Calen més estudis que aprofundixin en la fisiopatologia de l'EAP en el context del tractament amb Tractocil.

Fundación Dexeus

SECCIÓ D'INVESTIGACIÓ EN OBSTETRÍCIA I GINECOLOGIA



(OP03.05). Initial experience of non-invasive prenatal testing with cell-free DNA: Comparison between Panorama™ and Harmony™

Echevarria Telleria M, Comas Gabriel C, Rodríguez Pérez MA, Rodríguez García I, Serra Zantop B. Fetal Medicine Unil. Department of Obstetrics and Gynecology. Hospital Universitari Quirón Dexeus. Barcelona

Objective

Compare non-invasive prenatal DNA screening (NIPS) for aneuploidies through different commercial tests in an obstetrical clinical practice.

Methodology

NIPS through cell-free (cf) DNA was offered in addition to first trimester combined screening in all singleton pregnancies except in cases of ultrasound anomalies or high-risk for other genetic conditions. Panorama™ Test (Natera) or Harmony™ Prenatal Test (Ariosa Diagnostics) was offered as an advanced NIPS. Harmony™ Prenatal Test was offered mostly in egg-donor pregnancies and consanguinity.

Results

We found statistical differences in reporting time, mean fetal fraction (FF) and maternal age (MA). There were no differences regarding gestational age (GA), body mass index (BMI), method of conception, percentage of conclusive results, distribution of results (low-risk, high-risk and redraws) and low FF cases.

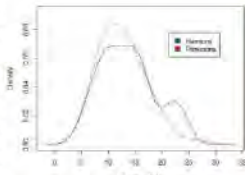


Figure 1. FF cfDNA according to type of test

NIPS	Harmony™	Panorama™	Overall
n	120	213	333
MA (mean, range)	37 (21-46) *	37 (23-46) *	37 (21-46)
GA	15,2 (9,5-23,5)	14,3 (10,6-23)	14,6 (9,5-23,5)
BMI	22,9 (17,1-37,5)	22,9 (17,4-42,4)	22,9 (17,1-42,4)
Low risk population	83% *	88% *	83,5%
Conclusive results	97,5%	97,2%	97,3%
Redraws (repeated samples)	1,7%	1,9%	1,8%
Reporting time (days)	14,7 (10-21) *	10,9 (8-20) *	12,9 (8-21)
Fetal Fraction	12,1% (5,9-22,7) *	12,7% (4,2-27,9) *	12,7% (4,2-27,9)
Fetal Fraction < 8%	11,8%	11,4%	11,4%
False positive rate	1 (0,9%)	0	1 (0,3%)

Table 1. NIPS results according to different commercial approaches

*p<0.05

Conclusion: No clinically significant differences between Panorama™ and Harmony™ tests were found, except in reporting time (lower in the former), FF distribution was slightly different, with lower levels in Panorama™ test, although with no clinical significance (similar percentage of low FF cases).

Experiència preliminar en el cribatge prenatal no invasiu d' aneuploidies amb ADN fetal en gestacions gemelars



M Echevarria Telleria; C Comas Gabriel; I Rodríguez García; B Serra Zantop

Secció de Medicina Fetal, Departament d'Obstetrícia, Ginecologia i Reproducció. Hospital Universitari Quirón Dexeus. Barcelona

Objectiu:

Presentar la nostra experiència preliminar en la introducció del test no invasiu (TNI) amb ADN lliure extracel·lular (cfDNA) como a mètode de cribatge de trisomies 21, 13 y 18 en gestacions gemelars.

Mètodes:

Estudi prospectiu descriptiu entre juny 2013 i agost 2014. El TNI amb cfDNA s'ofereix a les gestacions gemelars sotmeses a cribatge prenatal convencional de trisomies fetals com a test de cribatge avançat, exceptuant els casos d'anomalies ecogràfiques o d'alt risc per a altres malalties genètiques. S'ofereix el mètode quantitatiu Harmony™ Prenatal Test (Ariosa Diagnostics). Els resultats d'alt risc són confirmats per cariotip mitjançant una prova prenatal invasiva. Es comparen els resultats obtinguts en gestacions gemelars respecte a una mostra de gestacions úniques analitzada amb la mateixa tecnologia.

Resultats:

La cohort inclou 20 gestacions gemelars (75% bicorials) amb una edat materna (EM) mitjana de 38 anys, que es van realitzar el test a una edat gestacional (EG) mitjana de 14 setmanes. El 75% corresponen a gestacions de baix risc. Es va obtenir resultat en el 100% de gestacions amb una mostra única, en un interval mitjà de 13,9 dies.

La fracció fetal (FF) mitjana de cfDNA va ser del 10,7%. El 30% de gestacions va presentar una FF baixa (< 8%).

El seguiment perinatal ha estat finalitzat en el 75% de casos, sense cap cas fals negatiu.

En comparació amb els resultats del TNI en gestacions úniques, destaca una FF mitjana inferior, amb un percentatge superior de casos amb FF molt baixa (<8%).

	TNI	G gemelars	G úniques
n		20	129
EM (mitjana i rang)		38 (29-45)	37,4 (21-47)
EG (mitjana i rang)		14 (12-22)	15 (9,5-23,5)
IMC (mitjana i rang)		23 (18,7-29,7)	23,6 (16,5-40)
Temps demora resultats dies (mitjana i rang)		13,9 (10-20)	14,5 (10-21)
Fracció Fetal % (mitjana i rang)		10,7 (4,4-20,7) Monocorials 13,1 (10,5-20,7) Bicorials 10 (4,4-15,7)	13,2 (5,9-22,7)
Fracció Fetal < 8% (n, %)		6/20 (30%)	3/26 (11,5%)
Seguiment complert		75%	98%
Resultats (n,%)	Conclusius	20 (100%)	127 (98,4%)
	Risc baix	20 (100%)	126 (99,2%)
	Risc alt	0	1 (0,8%)
	No resultat	0	2 (1,6%)
	Repetició de mostra	0	2 (1,6%)
	Fals positiu	0	1 (0,8%)
	Fals negatiu	0	0

Conclusions:

La nostra experiència preliminar recolza l'aplicació clínica d'aquesta nova tecnologia en gestacions gemelars, tot i que cal informar a les pacients que la experiència pròpia i publicada és encara limitada i la fiabilitat dels resultats no està validada científicament.



UNIVERSITAT DE BARCELONA
DEPARTAMENT D'OBSTETRÍCIA I GINECOLOGIA
HOSPITAL UNIVERSITARI QUIRÓN DEXEUS





Canvis longitudinals del Doppler de les artèries uterines i el risc de CIR tardà

Li, N., Meler, E., Scazzocho, E., Comas, C.
Departament d'Obstetrícia, Ginecologia i Medicina de la Reproducció
Hospital Universitari Quirón Dexeus

OBJECTIUS

Comparar com evoluciona el Doppler de les artèries uterines al llarg de la gestació en aquelles pacients amb CIR tardà respecte a les que no presenten CIR.

MATERIALS I METODE

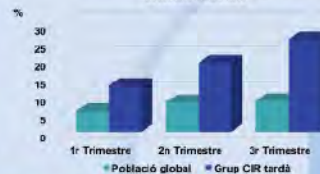
Es tracta d'un estudi retrospectiu descriptiu en el qual s'inclouen gestacions úniques que tinguin una avaluació del Doppler de les artèries uterines a les 11.0-13.6 setmanes, 19.0-21.6 setmanes i 31.0-33.6 setmanes com a mètode de screening d'acord al protocol del nostre centre.
Definim CIR aquell nomenat amb pes inferior al percentil 10 segons les corbes catalanes de pes neonatal i CIR tardà aquell fetus que és diagnosticat més enllà de les 34 setmanes.
Calculem el logaritme del MoM d'uterines ajustat per edat gestacional.

RESULTATS

S'analitzen 559 gestacions. La prevalença de CIR tardà és del 5.5% (n=31). En cap dels 31 casos s'ha diagnosticat preeclàmpsia associada.

Característiques epidemiològiques de la població	
Edat materna	35 anys (rang 23.3-50.7)
Pes matern	61.9 kg (rang 41-119)
IMC	23.6 (rang 16.3-34.6)
Edat gestacional al part	39.3 setmanes (rang 32-42)

Prevalença del Doppler patològic de les artèries uterines



Determinació Doppler			
Uterines 1rT	Uterines 2rT	Uterines 3rT	% CIR tardà
>p95	>p95	>p95	33.3
>p95	>p95	<p95	20.0
>p95	<p95	>O <p95	0
<p95	>p95	>p95	12.5
<p95	>p95	<p95	4.2
<p95	<p95	>p95	13.8
<p95	<p95	<p95	4.5

No s'han trobat diferències significatives entre els casos i els controls en quant a l'edat materna, IMC i edat gestacional al part, però sí en quant al pes matern a l'inici de la gestació, sent significativament més baix en el grup de gestants que va presentar CIR.

Tot i ser més prevalent el Doppler patològic de les artèries uterines en el grup de CIR tardà, la seva sensibilitat per a la detecció de CIR tardà no supera el 17% independentment del trimestre.

En tots els trimestres, el grup de CIR tardà va presentar un log MoM Doppler d'uterines superior, sent estadísticament significatiu en segon i tercer trimestre (p < 0.05).

CONCLUSIONS

Tot i que la prevalença de Doppler patològic de les artèries uterines és superior en el grup de CIR tardà en tots els trimestres de la gestació, la seva capacitat predictiva semblaria limitada.



Síndrome d'Aicardi. A propòsit d'un cas

Nuria Li; Mónica Echevarría; Carmina Comas

Secció de Medicina Fetal, Departament d'Obstetrícia, Ginecologia i Reproducció,
Hospital Universitari Quirón Dexeus

El **síndrome d'Aicardi** és una malaltia rara del desenvolupament del sistema nerviós central que afecta de forma casi exclusiva a dones. El seu diagnòstic és clínic, presentant la tríada: agenèsia del cos callós (total o parcial), lacunes coriorretinàries típiques i espasmes infantils. Com a d'altres trobals de neuroimatge, tots els casos presenten polimicrogiria i heterotòpies periventriculars i el 95% d'ells quists periventriculars.

Filiació

- 38 anys
- Gestant de 17 setmanes

Motiu de consulta

- Sol·licitar cribat no invasiu d'aneuploidies mitjançant ADN fetal en sang materna

Informes previs

- Cribat combinat estàndard d'aneuploidies de baix risc
- Ecografia de 12 setmanes normal

Ecografia 17.1 setmanes



Trobals ecogràfics:

- Agenèsia de cos callós
- Quist de línia mitja
- Alteració en la morfologia dels ventricles laterals

Sugestiu d'anomalia de la migració neuronal

Sospita de Síndrome d'Aicardi

Interrupció legal de l'embaràs

Proves complementàries:

- Amniocentesi (46XX)
- Array CGH sense alteracions
- Serologies TORCH negatives

Necròpsia:

- Agenèsia de cos callós
- Focus d'heterotòpia glioneuronal a nivell del SNC
- Anomalies vertebrals

El resultat de la necròpsia ens va confirmar la sospita ecogràfica inicial de Síndrome d'Aicardi.

CONCLUSIONS

El Síndrome d'Aicardi és un trastorn de baixa prevalença. S'assessora el risc de recurrència en gestacions futures, inferior a l'1%, donat que es tracta d'una mutació dominant de novo en un gen encara no identificat lligat al cromosoma X.

CAMBIOS LONGITUDINALES DEL DOPPLER DE LAS ARTERIAS UTERINAS Y RIESGO DE CIR TARDÍO

Ll. N. Meler. E. Scazzocchio. E. Comas. C.
Hospital Universitario Quirón Dexeus

OBJETIVOS

Comparar cómo evoluciona el Doppler de las arterias uterinas a lo largo de la gestación en aquellas pacientes con CIR (Crecimiento Intrauterino Restringido) tardío respecto a las que no presentan CIR neonatal.

MATERIAL Y METODO

Gestaciones únicas con evaluación del Doppler de las arterias uterinas a las 11.0-13.6 semanas, 19.0-21.6 semanas y 31.0-33.6 semanas.

Definiremos CIR aquel neonato con peso inferior al percentil 10 según las curvas catalanas de peso neonatal y CIR tardío al diagnosticado más allá de las 34 semanas.

Calcularemos el logaritmo del MoM (múltiplos de la mediana) de las arterias uterinas ajustado por edad gestacional.

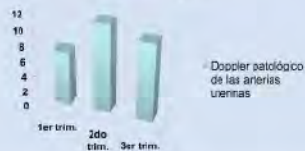
RESULTADOS

Se analizaron 360 gestaciones. La prevalencia de CIR tardío es del 6.4% (n=23), ninguno de ellos asociado a preeclampsia.

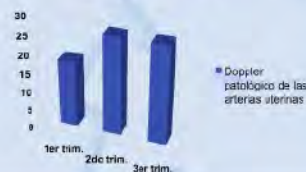
De forma global, 7, 11.4 y 10% de las pacientes presentaron un Doppler patológico de las arterias uterinas en primer, segundo y tercer trimestre respectivamente. En el grupo de CIR tardío, 17.6, 26.1 y 26.1% de los casos presentaban Doppler patológico de las arterias uterinas en primer, segundo y tercer trimestre, siendo la prevalencia significativamente superior respecto a la población general. No obstante la sensibilidad del Doppler de uterinas para la detección de CIR tardío no supera el 17% independientemente del trimestre.

En todos los trimestres, el grupo de CIR tardío presentó log MoM Doppler de las arterias uterinas superior, siendo estadísticamente significativo en segundo y tercer trimestre.

Doppler patológico de las arterias uterinas en la población global



Doppler patológico de las arterias uterinas en el grupo de CIR tardío



CONCLUSIONES

Aunque la prevalencia de Doppler patológico de las arterias uterinas es superior en el grupo de CIR tardío en todos los trimestres de la gestación, su capacidad predictiva individual parece limitada.

RELACIÓN ENTRE LA RECOGIDA DE SANGRE DE CORDÓN Y EL RIESGO DE HEMORRAGIA UTERINA Y TRANSFUSIÓN.

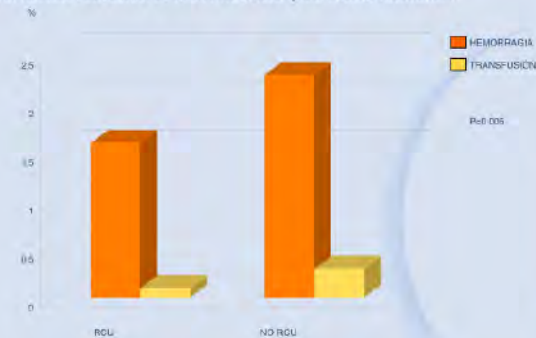
Mallarré Vilar, A. Ricart Calleja M. Meler Barrebas E. Serra Zentop B. Rodriguez I.
Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción
Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona

OBJETIVO:

Valorar la relación entre la recogida de sangre de cordón umbilical (RCU) y la incidencia de hemorragia postparto (HPP) y la necesidad de transfusión.

MÉTODOS:

Estudio retrospectivo observacional de los partos de gestaciones únicas a término desde enero 2007 hasta diciembre 2013 en el Servicio de Obstetricia de H. Universitario Quirón DEXEUS (n=11451 partos), excluyéndose los casos con fiebre Intraparto, sospecha de DFPNI o CIR. La HPP se define como pérdida de sangre >500ml y el criterio para transfusión de sangre es una Hb < 7g/dL o Hb superiores con mala tolerancia materna. Se aplica el modelo estadístico de la Chi-Cuadrado para valorar asociación.



RESULTADOS:

La incidencia de HPP en aquellos casos en los que se practicó recogida de sangre de cordón fue del 1.56% (78/4910) mientras que en el grupo control fue de 2.29% (151/6541) (p<0.005).

La necesidad de transfusión en el grupo de RCU fue 0.08% (4/4910) vs 0.29% (19/6541) en el grupo control (p<0.005.)

CONCLUSIONES:

- La recogida de sangre de cordón umbilical parecería tener un efecto protector frente al riesgo de hemorragia postparto y la necesidad de transfusión.
- Se necesitaría un estudio prospectivo para confirmar los hallazgos.

RELACIÓ ENTRE LA RECOLLIDA DE SANG DE CORDÓ I EL RISC D'HEMORRÀGIA UTERINA I TRANSFUSIÓ.

Mallafre Vilari, A. Ricart Calleja M., Meier Barrabes E., Serra Zantop B., Rodriguez I.
 Departament d'Obstetrícia, Ginecologia i Reproducció.
 Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona

El mecanisme més important per aconseguir la hemostàsia després del deslliurament placentari és la contracció i la retracció del miometri amb la conseqüent compressió dels vasos i la obliteració de la seva llum.
 La recollida de sang del cordó umbilical, permetria partir d'un volum uterí menor, i per tant disminuiria el temps i el volum de sagnat endocavitari després del despreniment placentari.

OBJECTIU:

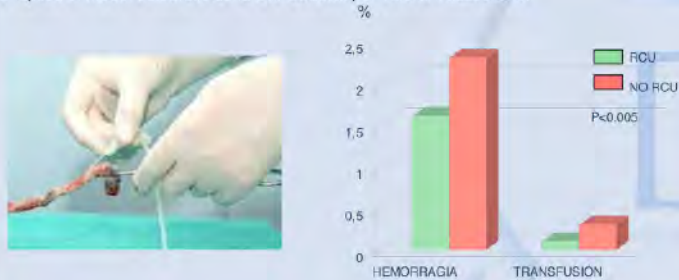
Valorar la relació entre la recollida de sang de cordó umbilical (RCU) i la incidència de hemorràgia postpart (HPP) i la necessitat de transfusió.

MATERIAL I MÈTODES:

Estudi retrospectiu observacional dels parts de gestacions úniques a terme des de gener 2007 fins a desembre 2013 al Servei de Obstetrícia de H.U. Quirón DEXEUS (n=11451 parts), exclouent-se els casos amb febre intrapart, sospita de DPPNI o CIR.

La HPP es defineix com la pèrdua de sang >500ml i el criteri per transfusió de sang una Hb < 7g/dL o Hb superiors amb mala tolerància materna.

S'aplica el model estadístic de la Chi-Cuadrat per valorar l'associació.



RESULTATS:

La incidència de HPP en aquells casos en els que es va practicar recollida de sang de cordó va ser del 1.58% (78/4910) mentre que en el grup control va ser de 2.29% (151/6541) ($p < 0.05$). La necessitat de transfusió en el grup de RCU va ser del 0.08% (4/4910) vs 0.29% (19/6541) en el grup control ($p < 0.05$).

CONCLUSIONS:

La Recollida de sang de cordó umbilical semblaria tenir un efecte protector davant el risc de hemorràgia postpart i la necessitat de transfusió.

Predicció de la Preeclàmpsia tardana en el tercer trimestre de la gestació

Meler E., Li N., Scaccocchio E., Comas C.
 Departament d'Obstetrícia, Ginecologia i Medicina de la Reproducció, Salut de la Dona-Dexeus
 Hospital Universitari Quirón Dexeus

CONTEXTE

Existeix una àmplia evidència a la literatura de la utilitat d'un model multiparamètric en la predicció de la Preeclàmpsia (PE) precoç tant en el primer com el segon trimestre. No obstant aquesta estratègia ha demostrat ser menys útil en la predicció de la PE tardana. Diferents mecanismes fisiopatològics s'han postulat per ambdues entitats i un abordatge en 2 temps s'ha proposat en el cribatge de la malaltia placentària. En aquest nou enfoc, el cribatge de la PE tardana es realitzaria en el tercer trimestre de la gestació.

OBJECTIU

Avaluar la capacitat predictiva d'un model basat en característiques maternes i Doppler d'arteries uterines 3r trimestre per a la predicció de la PE tardana.

MATERIAL I MÈTODES

1079 gestacions úniques amb control gestacional i part en el nostre centre van ser incloses. Un 2.0% de les pacients van fer PE tardana. Els controls van ser gestacions sense diagnòstic de PE ni d'hipertensió gestacional.



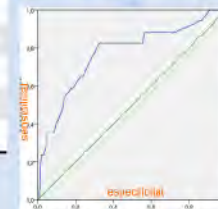
Mișançant un model de regressió logística multivariable es va avaluar la capacitat predictiva d'aquestes variables per la predicció de PE tardana.

RESULTATS

Característiques maternes	No PE ni HTG	PE tardana
Edat materna (anys)	34.9	35.4
Increment ponderal (kg)	9.1	9.7
IMC (kg/m ²)	22.74	25.9
PAD (mmHg)*	64	77.3
PAS (mmHg)*	109.4	122.3
PAM (mmHg)*	79.1	92.3
IP mig uterines*	0.75	0.95
EG al part	38.9	37.2

Determinació Doppler		% PE tardana
Uterines 2 ^o T	Uterines 3 ^o T	
>95	<95	1.7%
<95	>95	4.8%

10.3% del global de les pacients presentaren uterines patològiques en 3er T. Un 60% d'aquestes era de novc, amb uterines en 2on T normals.



CORVA ROC del model. AUC 0.82 (0.73-0.90)

PAD: pressió arterial diastòlica, PAS: pressió arterial sistòlica, PAM: pressió arterial mitja. * $p < 0.05$

En un estudi de regressió logística, tant la PAM com el Doppler de uterines mesurats en tercer trimestre van demostrar ser paràmetres independents i significativament predictors de PE tardana.

CONCLUSIONS

Un cribatge de 3er T podria ser útil per a la predicció de la PE tardana. La incorporació de nous paràmetres podria millorar la capacitat predictiva del nostre model.

THIRD TRIMESTER PREDICTION OF LATE PREECLAMPSIA

Meler E., Li N., Scazzocchio E., Rodriguez I., Serra B.
 Departament d'Obstetrícia Ginecologia i Reproducció.
 Dexeus, Salut de la Dona. Hospital Universitari Quirón-Dexeus. Barcelona

It is well known that a multiparametric model including maternal factors, uterine Doppler and biochemical parameters could be useful at 1st and 2nd Trimester for the prediction of early PE (< 34 weeks of gestation) but it would be much less accurate for late PE (≥34 weeks of gestation). Different physiopathologies have been suggested for these two entities. A new approach based in a 3rd trimester screening has been suggested for the prediction of late PE.

To define the prediction capacity of maternal characteristics and uterine Doppler at third trimester for late PE.

710 pregnancies followed up and delivered in our centre were included in a cross sectional study. Out of these, 17 cases developed late preeclampsia (2.4%). Controls were gestations with no diagnosis of PE nor gestational hypertension.



A multivariate logistic regression analysis was made to define the predictive capacity of these variables for late PE.

RESULTS

	CONTROLS	CASES	p
Diastolic BP (mmHg)	110.6	120	<0.05
Systolic BP (mmHg)	84.4	74.7	<0.05
Mean BP (mmHg)	79.8	89.8	<0.05
Mean uterine Doppler (PI)	0.75	0.97	<0.05

No differences were found in maternal age and body mass index. 50% of third trimester impaired uterine Doppler were de novo. Mean GA at delivery of cases was 37.2 (range 35-40 weeks) and of controls 38.8 (range 34-42 weeks). In a multivariate logistic regression analysis, third trimester MAP and uterine Doppler were independent and significant predictors of late PE at 3rd Trimester. The model including had an AUC of 0,769 (0,642-0,895).

CONCLUSIONS

A third trimester screening based on maternal epidemiological characteristics and third trimester blood pressure and uterine Doppler could be useful in the prediction of late-onset PE

SAGNAT UTERÍ EXCESSIU (SUE) GREU EN L'ADOLESCENT.

A PROPÒSIT D'UN CAS.

Adserà M; Parera N; Úbeda A; Barri S. P.
 Departament d'Obstetrícia, Ginecologia i Reproducció.
 Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona.

INTRODUCCIÓ:

- Un **18%** de les consultes per alteracions menstruals en l'adolescent són per sagnat uteri excessiu.
- Un **80%** són d'origen **funcional** (anovulació); i un **20%** d'origen **orgànic** (Von Willenbrand).
- Definició SUE: pèrdues uterines **frequents, perllongades, fortes**, o una associació d'aquestes.

CAS CLÍNIC:

- Noia 12 anys. Sense antecedents ni factors de risc coneguts. Menarquia dos mesos abans lleu i persistent. Pes 44 kg. i talla 156 cm.
- Consulta per lipotímia i augment del sagnat vaginal.
- Constants a l'Ingrés: FC 125bpm., TA 105/85 mmHg., afebril.
- Exploració vaginal i d'imatge: abundant material hemàtic a vagina amb coalls.
- Signes físics i analítics d'anèmia aguda greu → Ingrés a U.C.I. Rep 4 transfusions d'hematies [] i plasma.
- Tractament intensiu amb **sueroteràpia, feroteràpia, antiemètics, protector gàstric, vit.K, desmopresina, àcid tranexàmic, anticonceptius combinats orals (ACO)** a altes dosis inicials, aconseguint amenoreia i pauta descendent fins a un comprimit diari.
- Interconsulta hematologia: es descarten alteracions de la coagulació.
- Exploració vaginal sota anestèsia: abundants coalls intravaginals, sense anomalies anatòmiques.
- Evolució analítica:

Resonància magnètica:



Ecografia transabdominal:



Dia	1	2	3	4	5	6
Hb (g/dL)	9,2	5,5	8	7,4	10,4	9,6
Plaquetes	243000	217000	179000	163000	169000	254000

La pacient va ser donada d'alta a la setmana d'ingrés amb ACO 1c/dia durant tres mesos. Actualment continua en seguiment, estable amb tractament cíclic.

Exploració vaginal sota anestèsia:

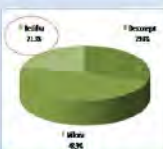


DISCUSSIÓ:

Classificació SUE segons Hb (g/dL):



Evolució:



CONCLUSIÓ:

Es tracta d'un cas greu i poc freqüent de SUE, que va requerir tractament intensiu.

Bibliografia:
 Protocolo SEGO. Diagnóstico y tratamiento del sangrado menstrual abundante en la adolescente. 2014.
 Estudio retrospectivo de la hemorragia uterina excesiva en la adolescente. Colomé C; Parera N; Fernández R; Rodríguez J; Cusido M. Prog Obstet Ginecol 2013; 56 (4):190-9.
 Diagnostic and treatment of heavy menstrual bleeding in the adolescent. Colomé C; Parera N; Fernández R; Rodríguez J; Cusido M. Prog Obstet Ginecol 2013; 56 (4):190-9.

ANÁLISIS MOLECULAR EN CÁNCER DE MAMA: Correlación con clasificación inmunohistoquímica y pCR a la quimioterapia neoadyuvante

C. An, S. Realias, M. Carralaya-Cas (1), M. Cusido, B. (Iñaki) (2), F. Fígura, F. Tresserras (3), R. Fábregas
 Unidad de Ginecología Oncológica y Mastología:
 (1) Departamento de Oncología Médica; (2) Diagnóstico Ginecológico por Imagen; (3) Departamento de Anatomía Patológica
 Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona. <http://compus.dexeus.com/>

Introducció

Les perfil·les de expressió gènica han demostrat que el càncer de mama és una malaltia heterogènia. Tumeurs amb característiques histopatològiques idèntiques però controlades per diferents vies de senyalització molecular poden presentar diferent resposta al tractament neoadyuvant.

Objectius

Analitzar nivells de expressió gènica que poden relacionar-se amb el subtipus tumoral molecular i la quimiosensibilitat per identificar factors predictius i pronòstics. I poder, así, establir una terapèutica "personalitzada".

Diseñ del estudio

- 152 mostres de pretractament (2000-2011).
- Pacientes tratadas con quimioterapia neoadyuvante:
 -ACQ4 cíclics i Taxanus semanal x12 cíclics.
 -En tumeurs HER2+ : trastuzumab neoadyuvant desde 2008.
- Anàlisi de les resultats de expressió gènica de les següents gèns:
 AXL, FGF19, FGF11, FGF13, FGF15, FGF16, FGF17, FGF18, FGF19, FGF20, FGF21, FGF22, FGF23, FGF24, FGF25, FGF26, FGF27, FGF28, FGF29, FGF30, FGF31, FGF32, FGF33, FGF34, FGF35, FGF36, FGF37, FGF38, FGF39, FGF40, FGF41, FGF42, FGF43, FGF44, FGF45, FGF46, FGF47, FGF48, FGF49, FGF50, FGF51, FGF52, FGF53, FGF54, FGF55, FGF56, FGF57, FGF58, FGF59, FGF60, FGF61, FGF62, FGF63, FGF64, FGF65, FGF66, FGF67, FGF68, FGF69, FGF70, FGF71, FGF72, FGF73, FGF74, FGF75, FGF76, FGF77, FGF78, FGF79, FGF80, FGF81, FGF82, FGF83, FGF84, FGF85, FGF86, FGF87, FGF88, FGF89, FGF90, FGF91, FGF92, FGF93, FGF94, FGF95, FGF96, FGF97, FGF98, FGF99, FGF100, FGF101, FGF102, FGF103, FGF104, FGF105, FGF106, FGF107, FGF108, FGF109, FGF110, FGF111, FGF112, FGF113, FGF114, FGF115, FGF116, FGF117, FGF118, FGF119, FGF120, FGF121, FGF122, FGF123, FGF124, FGF125, FGF126, FGF127, FGF128, FGF129, FGF130, FGF131, FGF132, FGF133, FGF134, FGF135, FGF136, FGF137, FGF138, FGF139, FGF140, FGF141, FGF142, FGF143, FGF144, FGF145, FGF146, FGF147, FGF148, FGF149, FGF150, FGF151, FGF152, FGF153, FGF154, FGF155, FGF156, FGF157, FGF158, FGF159, FGF160, FGF161, FGF162, FGF163, FGF164, FGF165, FGF166, FGF167, FGF168, FGF169, FGF170, FGF171, FGF172, FGF173, FGF174, FGF175, FGF176, FGF177, FGF178, FGF179, FGF180, FGF181, FGF182, FGF183, FGF184, FGF185, FGF186, FGF187, FGF188, FGF189, FGF190, FGF191, FGF192, FGF193, FGF194, FGF195, FGF196, FGF197, FGF198, FGF199, FGF200, FGF201, FGF202, FGF203, FGF204, FGF205, FGF206, FGF207, FGF208, FGF209, FGF210, FGF211, FGF212, FGF213, FGF214, FGF215, FGF216, FGF217, FGF218, FGF219, FGF220, FGF221, FGF222, FGF223, FGF224, FGF225, FGF226, FGF227, FGF228, FGF229, FGF230, FGF231, FGF232, FGF233, FGF234, FGF235, FGF236, FGF237, FGF238, FGF239, FGF240, FGF241, FGF242, FGF243, FGF244, FGF245, FGF246, FGF247, FGF248, FGF249, FGF250, FGF251, FGF252, FGF253, FGF254, FGF255, FGF256, FGF257, FGF258, FGF259, FGF260, FGF261, FGF262, FGF263, FGF264, FGF265, FGF266, FGF267, FGF268, FGF269, FGF270, FGF271, FGF272, FGF273, FGF274, FGF275, FGF276, FGF277, FGF278, FGF279, FGF280, FGF281, FGF282, FGF283, FGF284, FGF285, FGF286, FGF287, FGF288, FGF289, FGF290, FGF291, FGF292, FGF293, FGF294, FGF295, FGF296, FGF297, FGF298, FGF299, FGF300, FGF301, FGF302, FGF303, FGF304, FGF305, FGF306, FGF307, FGF308, FGF309, FGF310, FGF311, FGF312, FGF313, FGF314, FGF315, FGF316, FGF317, FGF318, FGF319, FGF320, FGF321, FGF322, FGF323, FGF324, FGF325, FGF326, FGF327, FGF328, FGF329, FGF330, FGF331, FGF332, FGF333, FGF334, FGF335, FGF336, FGF337, FGF338, FGF339, FGF340, FGF341, FGF342, FGF343, FGF344, FGF345, FGF346, FGF347, FGF348, FGF349, FGF350, FGF351, FGF352, FGF353, FGF354, FGF355, FGF356, FGF357, FGF358, FGF359, FGF360, FGF361, FGF362, FGF363, FGF364, FGF365, FGF366, FGF367, FGF368, FGF369, FGF370, FGF371, FGF372, FGF373, FGF374, FGF375, FGF376, FGF377, FGF378, FGF379, FGF380, FGF381, FGF382, FGF383, FGF384, FGF385, FGF386, FGF387, FGF388, FGF389, FGF390, FGF391, FGF392, FGF393, FGF394, FGF395, FGF396, FGF397, FGF398, FGF399, FGF400, FGF401, FGF402, FGF403, FGF404, FGF405, FGF406, FGF407, FGF408, FGF409, FGF410, FGF411, FGF412, FGF413, FGF414, FGF415, FGF416, FGF417, FGF418, FGF419, FGF420, FGF421, FGF422, FGF423, FGF424, FGF425, FGF426, FGF427, FGF428, FGF429, FGF430, FGF431, FGF432, FGF433, FGF434, FGF435, FGF436, FGF437, FGF438, FGF439, FGF440, FGF441, FGF442, FGF443, FGF444, FGF445, FGF446, FGF447, FGF448, FGF449, FGF450, FGF451, FGF452, FGF453, FGF454, FGF455, FGF456, FGF457, FGF458, FGF459, FGF460, FGF461, FGF462, FGF463, FGF464, FGF465, FGF466, FGF467, FGF468, FGF469, FGF470, FGF471, FGF472, FGF473, FGF474, FGF475, FGF476, FGF477, FGF478, FGF479, FGF480, FGF481, FGF482, FGF483, FGF484, FGF485, FGF486, FGF487, FGF488, FGF489, FGF490, FGF491, FGF492, FGF493, FGF494, FGF495, FGF496, FGF497, FGF498, FGF499, FGF500, FGF501, FGF502, FGF503, FGF504, FGF505, FGF506, FGF507, FGF508, FGF509, FGF510, FGF511, FGF512, FGF513, FGF514, FGF515, FGF516, FGF517, FGF518, FGF519, FGF520, FGF521, FGF522, FGF523, FGF524, FGF525, FGF526, FGF527, FGF528, FGF529, FGF530, FGF531, FGF532, FGF533, FGF534, FGF535, FGF536, FGF537, FGF538, FGF539, FGF540, FGF541, FGF542, FGF543, FGF544, FGF545, FGF546, FGF547, FGF548, FGF549, FGF550, FGF551, FGF552, FGF553, FGF554, FGF555, FGF556, FGF557, FGF558, FGF559, FGF560, FGF561, FGF562, FGF563, FGF564, FGF565, FGF566, FGF567, FGF568, FGF569, FGF570, FGF571, FGF572, FGF573, FGF574, FGF575, FGF576, FGF577, FGF578, FGF579, FGF580, FGF581, FGF582, FGF583, FGF584, FGF585, FGF586, FGF587, FGF588, FGF589, FGF590, FGF591, FGF592, FGF593, FGF594, FGF595, FGF596, FGF597, FGF598, FGF599, FGF600, FGF601, FGF602, FGF603, FGF604, FGF605, FGF606, FGF607, FGF608, FGF609, FGF610, FGF611, FGF612, FGF613, FGF614, FGF615, FGF616, FGF617, FGF618, FGF619, FGF620, FGF621, FGF622, FGF623, FGF624, FGF625, FGF626, FGF627, FGF628, FGF629, FGF630, FGF631, FGF632, FGF633, FGF634, FGF635, FGF636, FGF637, FGF638, FGF639, FGF640, FGF641, FGF642, FGF643, FGF644, FGF645, FGF646, FGF647, FGF648, FGF649, FGF650, FGF651, FGF652, FGF653, FGF654, FGF655, FGF656, FGF657, FGF658, FGF659, FGF660, FGF661, FGF662, FGF663, FGF664, FGF665, FGF666, FGF667, FGF668, FGF669, FGF670, FGF671, FGF672, FGF673, FGF674, FGF675, FGF676, FGF677, FGF678, FGF679, FGF680, FGF681, FGF682, FGF683, FGF684, FGF685, FGF686, FGF687, FGF688, FGF689, FGF690, FGF691, FGF692, FGF693, FGF694, FGF695, FGF696, FGF697, FGF698, FGF699, FGF700, FGF701, FGF702, FGF703, FGF704, FGF705, FGF706, FGF707, FGF708, FGF709, FGF710, FGF711, FGF712, FGF713, FGF714, FGF715, FGF716, FGF717, FGF718, FGF719, FGF720, FGF721, FGF722, FGF723, FGF724, FGF725, FGF726, FGF727, FGF728, FGF729, FGF730, FGF731, FGF732, FGF733, FGF734, FGF735, FGF736, FGF737, FGF738, FGF739, FGF740, FGF741, FGF742, FGF743, FGF744, FGF745, FGF746, FGF747, FGF748, FGF749, FGF750, FGF751, FGF752, FGF753, FGF754, FGF755, FGF756, FGF757, FGF758, FGF759, FGF760, FGF761, FGF762, FGF763, FGF764, FGF765, FGF766, FGF767, FGF768, FGF769, FGF770, FGF771, FGF772, FGF773, FGF774, FGF775, FGF776, FGF777, FGF778, FGF779, FGF780, FGF781, FGF782, FGF783, FGF784, FGF785, FGF786, FGF787, FGF788, FGF789, FGF790, FGF791, FGF792, FGF793, FGF794, FGF795, FGF796, FGF797, FGF798, FGF799, FGF800, FGF801, FGF802, FGF803, FGF804, FGF805, FGF806, FGF807, FGF808, FGF809, FGF810, FGF811, FGF812, FGF813, FGF814, FGF815, FGF816, FGF817, FGF818, FGF819, FGF820, FGF821, FGF822, FGF823, FGF824, FGF825, FGF826, FGF827, FGF828, FGF829, FGF830, FGF831, FGF832, FGF833, FGF834, FGF835, FGF836, FGF837, FGF838, FGF839, FGF840, FGF841, FGF842, FGF843, FGF844, FGF845, FGF846, FGF847, FGF848, FGF849, FGF850, FGF851, FGF852, FGF853, FGF854, FGF855, FGF856, FGF857, FGF858, FGF859, FGF860, FGF861, FGF862, FGF863, FGF864, FGF865, FGF866, FGF867, FGF868, FGF869, FGF870, FGF871, FGF872, FGF873, FGF874, FGF875, FGF876, FGF877, FGF878, FGF879, FGF880, FGF881, FGF882, FGF883, FGF884, FGF885, FGF886, FGF887, FGF888, FGF889, FGF890, FGF891, FGF892, FGF893, FGF894, FGF895, FGF896, FGF897, FGF898, FGF899, FGF900, FGF901, FGF902, FGF903, FGF904, FGF905, FGF906, FGF907, FGF908, FGF909, FGF910, FGF911, FGF912, FGF913, FGF914, FGF915, FGF916, FGF917, FGF918, FGF919, FGF920, FGF921, FGF922, FGF923, FGF924, FGF925, FGF926, FGF927, FGF928, FGF929, FGF930, FGF931, FGF932, FGF933, FGF934, FGF935, FGF936, FGF937, FGF938, FGF939, FGF940, FGF941, FGF942, FGF943, FGF944, FGF945, FGF946, FGF947, FGF948, FGF949, FGF950, FGF951, FGF952, FGF953, FGF954, FGF955, FGF956, FGF957, FGF958, FGF959, FGF960, FGF961, FGF962, FGF963, FGF964, FGF965, FGF966, FGF967, FGF968, FGF969, FGF970, FGF971, FGF972, FGF973, FGF974, FGF975, FGF976, FGF977, FGF978, FGF979, FGF980, FGF981, FGF982, FGF983, FGF984, FGF985, FGF986, FGF987, FGF988, FGF989, FGF990, FGF991, FGF992, FGF993, FGF994, FGF995, FGF996, FGF997, FGF998, FGF999, FGF1000, FGF1001, FGF1002, FGF1003, FGF1004, FGF1005, FGF1006, FGF1007, FGF1008, FGF1009, FGF1010, FGF1011, FGF1012, FGF1013, FGF1014, FGF1015, FGF1016, FGF1017, FGF1018, FGF1019, FGF1020, FGF1021, FGF1022, FGF1023, FGF1024, FGF1025, FGF1026, FGF1027, FGF1028, FGF1029, FGF1030, FGF1031, FGF1032, FGF1033, FGF1034, FGF1035, FGF1036, FGF1037, FGF1038, FGF1039, FGF1040, FGF1041, FGF1042, FGF1043, FGF1044, FGF1045, FGF1046, FGF1047, FGF1048, FGF1049, FGF1050, FGF1051, FGF1052, FGF1053, FGF1054, FGF1055, FGF1056, FGF1057, FGF1058, FGF1059, FGF1060, FGF1061, FGF1062, FGF1063, FGF1064, FGF1065, FGF1066, FGF1067, FGF1068, FGF1069, FGF1070, FGF1071, FGF1072, FGF1073, FGF1074, FGF1075, FGF1076, FGF1077, FGF1078, FGF1079, FGF1080, FGF1081, FGF1082, FGF1083, FGF1084, FGF1085, FGF1086, FGF1087, FGF1088, FGF1089, FGF1090, FGF1091, FGF1092, FGF1093, FGF1094, FGF1095, FGF1096, FGF1097, FGF1098, FGF1099, FGF1100, FGF1101, FGF1102, FGF1103, FGF1104, FGF1105, FGF1106, FGF1107, FGF1108, FGF1109, FGF1110, FGF1111, FGF1112, FGF1113, FGF1114, FGF1115, FGF1116, FGF1117, FGF1118, FGF1119, FGF1120, FGF1121, FGF1122, FGF1123, FGF1124, FGF1125, FGF1126, FGF1127, FGF1128, FGF1129, FGF1130, FGF1131, FGF1132, FGF1133, FGF1134, FGF1135, FGF1136, FGF1137, FGF1138, FGF1139, FGF1140, FGF1141, FGF1142, FGF1143, FGF1144, FGF1145, FGF1146, FGF1147, FGF1148, FGF1149, FGF1150, FGF1151, FGF1152, FGF1153, FGF1154, FGF1155, FGF1156, FGF1157, FGF1158, FGF1159, FGF1160, FGF1161, FGF1162, FGF1163, FGF1164, FGF1165, FGF1166, FGF1167, FGF1168, FGF1169, FGF1170, FGF1171, FGF1172, FGF1173, FGF1174, FGF1175, FGF1176, FGF1177, FGF1178, FGF1179, FGF1180, FGF1181, FGF1182, FGF1183, FGF1184, FGF1185, FGF1186, FGF1187, FGF1188, FGF1189, FGF1190, FGF1191, FGF1192, FGF1193, FGF1194, FGF1195, FGF1196, FGF1197, FGF1198, FGF1199, FGF1200, FGF1201, FGF1202, FGF1203, FGF1204, FGF1205, FGF1206, FGF1207, FGF1208, FGF1209, FGF1210, FGF1211, FGF1212, FGF1213, FGF1214, FGF1215, FGF1216, FGF1217, FGF1218, FGF1219, FGF1220, FGF1221, FGF1222, FGF1223, FGF1224, FGF1225, FGF1226, FGF1227, FGF1228, FGF1229, FGF1230, FGF1231, FGF1232, FGF1233, FGF1234, FGF1235, FGF1236, FGF1237, FGF1238, FGF1239, FGF1240, FGF1241, FGF1242, FGF1243, FGF1244, FGF1245, FGF1246, FGF1247, FGF1248, FGF1249, FGF1250, FGF1251, FGF1252, FGF1253, FGF1254, FGF1255, FGF1256, FGF1257, FGF1258, FGF1259, FGF1260, FGF1261, FGF1262, FGF1263, FGF1264, FGF1265, FGF1266, FGF1267, FGF1268, FGF1269, FGF1270, FGF1271, FGF1272, FGF1273, FGF1274, FGF1275, FGF1276, FGF1277, FGF1278, FGF1279, FGF1280, FGF1281, FGF1282, FGF1283, FGF1284, FGF1285, FGF1286, FGF1287, FGF1288, FGF1289, FGF1290, FGF1291, FGF1292, FGF1293, FGF1294, FGF1295, FGF1296, FGF1297, FGF1298, FGF1299, FGF1300, FGF1301, FGF1302, FGF1303, FGF1304, FGF1305, FGF1306, FGF1307, FGF1308, FGF1309, FGF1310, FGF1311, FGF1312, FGF1313, FGF1314, FGF1315, FGF1316, FGF1317, FGF1318, FGF1319, FGF1320, FGF1321, FGF1322, FGF1323, FGF1324, FGF1325, FGF1326, FGF1327, FGF1328, FGF1329, FGF1330, FGF1331, FGF1332, FGF1333, FGF1334, FGF1335, FGF1336, FGF1337, FGF1338, FGF1339, FGF1340, FGF1341, FGF1342, FGF1343, FGF1344, FGF1345, FGF1346, FGF1347, FGF1348, FGF1349, FGF1350, FGF1351, FGF1352, FGF1353, FGF1354, FGF1355, FGF1356, FGF1357, FGF1358, FGF1359, FGF1360, FGF1361, FGF1362, FGF1363, FGF1364, FGF1365, FGF1366, FGF1367, FGF1368, FGF1369, FGF1370, FGF1371, FGF1372, FGF1373, FGF1374, FGF1375, FGF1376, FGF1377, FGF1378, FGF1379, FGF1380, FGF1381, FGF1382, FGF1383, FGF1384, FGF1385, FGF1386, FGF1387, FGF1388, FGF1389, FGF1390, FGF1391, FGF1392, FGF1393, FGF1394, FGF1395, FGF1396, FGF1397, FGF1398, FGF1399, FGF1400, FGF1401, FGF1402, FGF1403, FGF1404, FGF1405, FGF1406, FGF1407, FGF1408, FGF1409, FGF1410, FGF1411, FGF1412, FGF1413, FGF1414, FGF1415, FGF1416, FGF1417, FGF1418, FGF1419, FGF1420, FGF1421, FGF1422, FGF1423, FGF1424, FGF1425, FGF1426, FGF1427, FGF1428, FGF1429, FGF1430, FGF1431, FGF1432, FGF1433, FGF1434, FGF1435, FGF1436, FGF1437, FGF1438, FGF1439, FGF1440, FGF1441, FGF1442, FGF1443, FGF1444, FGF1445, FGF1446, FGF1447, FGF1448, FGF1449, FGF1450, FGF1451, FGF1452, FGF1453, FGF1454, FGF1455, FGF1456, FGF1457, FGF1458, FGF1459, FGF1460, FGF1461, FGF1462, FGF1463, FGF1464, FGF1465, FGF1466, FGF1467, FGF1468, FGF1469, FGF1470, FGF1471, FGF1472, FGF1473, FGF1474, FGF1475, FGF1476, FGF1477, FGF1478, FGF1479, FGF1480, FGF1481, FGF1482,

Cáncer de endometrio en paciente joven

F. Fargas Fábregas, M. Cusidó Gimferrer, A. Plana Gutiérrez, S. Baulies Caballero, R. Fábregas Xaudardó
 Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona

FILIACIÓN:

Paciente de 35 años

Antecedentes familiares:

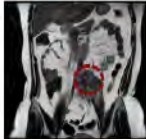
- Madre: neoplasia de cérvix
- "La misma: neoplasia de endometrio
- "Lo mismo: neoplasia de colon

Antecedentes personales:

Estadio I: grado I de endometrio

- Histerectomía doble
- aneuploidía: infundoneotoma pélvica (6/12) y aórtica (2/1)
- radioterapia a linfadenopatia peritoneal

Consulta por segunda opinión de hidronefrosis secundaria a obstrucción de uréter izquierdo, diagnosticado en TAC. Se solicita RMN

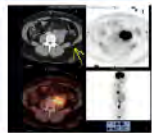


Conglomerado adenopático retroperitoneal izquierdo de 72 x 50 x 41 mm a nivel y por debajo de bifurcación aortiliaca que:

Engloba y atrapa uréter izquierdo condicionando uretroidronefrosis retrógrada

Desplaza y probablemente infiltra el músculo psoas

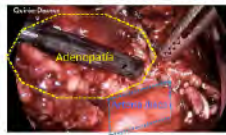
Muestra íntimo contacto con arteria ilíaca común y en algunos niveles "entrapamiento" que sugiere infiltración de la pared arterial



Se solicita PET-TC para estudio de extensión, donde no se observan otras lesiones metastásicas sospechosas, más que las descritas en las otras pruebas

Se evalúa el caso en comité de ginecología oncológica y mastología, y se decide cirugía para valorar resección de la masa tumoral.

Se realiza laparoscopia quirúrgica logrando resección de la masa, y nefrectomía:



Anatomía Patológica:
 - Adenocarcinoma metastásico de origen endometrial
 - Pielonefritis crónica

Tras la cirugía de reevalúo el caso y se decide tratamiento adyuvante con radioterapia y quimioterapia:
 - Radioterapia sobre cadena paraclínica, hasta una DT de 45Gy/fx
 - Solaresis "boost" sobre lecho quirúrgico hasta una DT de 54Gy a 1.5 Gy/fx
 - Quimioterapia

Se solicita un estudio de extensión por PET-TC para el diagnóstico del síndrome de Lynch, del que resulta ser negativo.

DISCUSIÓN:

Por tratarse de un tumor tipo I, con infiltración de más del 50%, grado II, estaríamos hablando de un tumor endometrial de riesgo intermedio. La recidiva más frecuente es en la cúpula vaginal, y el 75% de estas son los 3 primeros años. En nuestro caso, la recidiva fue ganglionar y a los 6 años, una recidiva no esperada, por las características tumorales, aunque si sospechable por la edad de la paciente. Ofrecer un cribado amplio en pacientes afectas de neoplasia de endometrio de edad inferior a los 60 años podría mejorar la estimación de la afectación por síndrome de Lynch.

CONCLUSIÓN:

El debulking quirúrgico es una opción aceptable en recidivas localizadas a pesar de que exista una posible infiltración de estructuras vecinas a nivel local, ya que permite un buen control de la enfermedad.

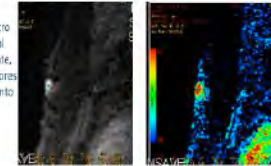
Cáncer de mama en varón

F. Fargas Fábregas, M. Cusidó Gimferrer, A. Plana Gutiérrez, S. Baulies Caballero, R. Fábregas Xaudardó
 Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona

Se realiza un estudio descriptivo de los cánceres de mama en varón, diagnosticados en nuestro centro, durante los últimos 10 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varones diagnosticados y tratados de cáncer de mama en nuestro centro desde 2004 al 2014. Se analizan variables como la edad al diagnóstico, motivo de consulta y clínica que presenta el paciente, antecedentes (BRCA, H²familiar, obesidad...), histología, receptores hormonales, Her2/Neu, Ki67, tratamiento quirúrgico y tratamiento adyuvante.



RESULTADOS

Con un total de 8 casos desde el año 2004 al 2014, un 75% de los pacientes consultaron por un nódulo mamario, y hasta el 37.5% tenían antecedentes familiares. Más de un 50% estaban localizados a nivel retroareolar/areola, y el 75% fueron carcinomas ductal infiltrante, y el 25% fueron enfermedades de Paget.



Un 75% presentaban receptores de estrógeno positivos, y un 100% receptores de progesterona. El Ki67 fué superior al 14% en un 37.5% de los casos. Todos los casos recibieron tratamiento quirúrgico, siendo mastectomía en el 90% de los casos, y una tumorectomía de una lesión enfiameatoria superficial del pezón. Dos pacientes presentaron afectación ganglionar. El 100% de los pacientes recibieron quimioterapia, y un 37.5% también radioterapia.

DISCUSIÓN:

El cáncer de mama en varón es una entidad realmente rara, siendo menor de un 1% de todos los cánceres de mama. Entre el 15-20% de los hombres tienen cáncer familiar, y la mutación del BRCA2 es responsable de prácticamente el 10% de los cánceres de mama en el varón. La presentación clínica suele ser parecida a la de la mujer, aunque la edad media de la presentación suele ser 67 años (unos 10 años más tarde que en el cáncer de mama femenino). El tipo histológico más frecuente es el carcinoma ductal infiltrante (90%). Más de un 90% presenta RH+.



El diagnóstico se realiza de la misma forma que en la mujer, la mamografía presenta una sensibilidad y especificidad del 90%. El estadio clínico es el factor pronóstico más importante utilizándose el mismo sistema de estadificación TNM que en la mujer. El tratamiento es similar al cáncer de mama en la mujer, aunque el tratamiento quirúrgico preferible es la mastectomía.

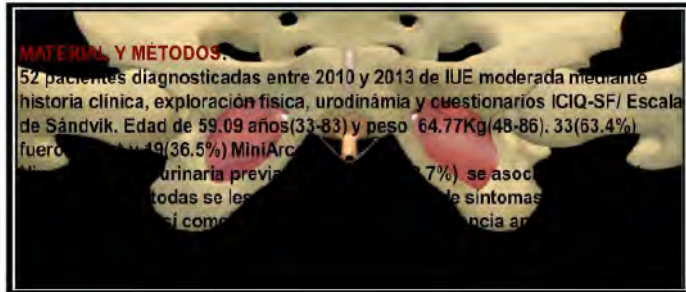
CONCLUSIONES:

La neoplasia de mama en varón es una entidad poco frecuente, pero el tratamiento es básicamente el mismo que en el cáncer de mama en mujer, aunque en el caso de la cirugía de opta más por una mastectomía, ya sea por el poco volumen de la troma, o por la menor repercusión estética que en el caso de la mujer.

TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: MINIBANDAS. EVALUACION DE NUESTRA EXPERIENCIA EN INSTITUTO UNIVERSITARIO QUIRÓN DEXEUS (AJUST Y MINIARC)

Fernández Álvarez, R; Amselem Sala, D; Barri Soldevila, P; Rodríguez, I; Ruiz Caballero, J

OBJETIVO: Analizar nuestra experiencia en intervenciones con minibandas MiniArc y Ajust para el tratamiento de la IUE moderada, comparando resultados y complicaciones.



MATERIAL Y MÉTODOS:

52 pacientes diagnosticadas entre 2010 y 2013 de IUE moderada mediante historia clínica, exploración física, urodinámica y cuestionarios ICIQ-SF/ Escala de Sándvik. Edad de 59.09 años(33-83) y peso 64.77Kg(48-86). 33(63.4%) fueron tratadas con 19(36.5%) MiniArc y 14(26.9%) Ajust. 17(32.7%) se asoció con cirugía urinaria previa y 20(38.5%) con cirugía de suelo pélvico. Todas se les evaluó a los 6 meses de los síntomas de IUE y a los 12 meses se les evaluó la persistencia de los síntomas así como la satisfacción con el resultado de la cirugía.

RESULTADOS:

33 AJUST	19 MINIARC
•Sin complicaciones intraoperatorias	•Sin complicaciones intraoperatorias
•Postoperatorio satisfactorio 100%	•Postoperatorio satisfactorio 100%
•3 complicaciones posteriores:	•2 complicaciones posteriores:
<ul style="list-style-type: none"> • 1 urgencia de novo • 1 incontinencia de esfuerzo permanente • 1 extrusión de malla 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 recurrencias de incontinencia de esfuerzo
•Seguimiento de 31,8 meses (13-45)	•Seguimiento de 12,15 meses(7-21)
•Tasa de curación 91%	•Tasa de curación 89,4%



CONCLUSIONES:

De acuerdo a nuestra experiencia inicial y en pacientes seleccionadas, se trata de una técnica factible y segura en el tratamiento de la incontinencia de orina de esfuerzo. No debemos olvidar que sólo la incorporación de nuevos pacientes a estos protocolos y el seguimiento a largo plazo, permitirá determinar la persistencia de estos buenos resultados.

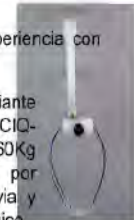
SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DEL SISTEMA REMEEX

Fernández Álvarez, R; Barbed Isusi, C; Barri Soldevila, P ; Rodríguez, I; Ruiz Caballero, J

INTRODUCCIÓN: Existen muchas técnicas disponibles para solventar la IUE, pero también un alto número de recidivas. El principal argumento para utilizar el dispositivo Remeex fue la posibilidad de adaptar clínicamente el nivel de soporte, tanto después de la intervención, como a medio y largo plazo.

OBJETIVO: El objetivo es analizar retrospectivamente nuestra experiencia con sistema Remeex en el tratamiento de IUE, y sus complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: 42 pacientes diagnosticadas de IUE mediante historia clínica, exploración física, urodinámica y los cuestionarios ICIQ-SF/Escala de Sándwich; edad media de 57.10 años (41-80) y peso 60Kg (50-70). El 63.4% tenían déficit esfinteriano y 36.5% IUE por hipermovilidad uretral; 14(33.3%) tenían una cirugía urinaria previa y 20(47.6%) cirugía asociada de suelo pélvico en el mismo acto quirúrgico.



RESULTADOS:

- N= 42 intervenciones
- Complicaciones intraoperatorias: 2(4.8%)
 - 2 perforaciones vesicales.
- Postoperatorio inmediato satisfactorio 100%.
- Complicaciones postquirúrgicas 5(12.5%):
 - 1 incontinencia de novo
 - 1 infección de prótesis (se retiró)
 - 1 perforación vesical
 - 1 rechazo de prótesis
 - 1 retención urinaria (requirió regulación)
- Tasa de curación de 95.2%.
- Diferencia media del ICQ-SF basal y postquirúrgico de 16 IC95%
- Periodo de seguimiento medio 78,3 meses (2-147)



CONCLUSIONES:

- El sistema Remeex es un tratamiento efectivo para la IUE, aunque requiere un entrenamiento previo.
- Puede utilizarse combinada con otras cirugías reconstructivas del suelo pélvico.
- Es un tratamiento con buenos resultados a largo plazo y podemos considerarlo tratamiento de elección, especialmente en pacientes reintervenidas, con déficit intrínseco del esfínter y con problemas de vaciado.
- Estudios multicéntricos randomizados aportarán mas información al comparar con las

42 CASOS DE PROMONTOFIJACIÓN POR LAPAROSCOPIA CON MALLA ALYTE® EN HOSPITAL UNIVERSITARIO QUIRÓN DEXEUS

Fernández Álvarez, R; Plana Gutiérrez, A; Barri Soldevila, P; Rodríguez, T; Ruiz Caballero, J
Departamento de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es evaluar la eficacia de la promontofijación laparoscópica con malla Alyte® para la corrección del prolapso de órganos pélvicos en nuestro centro. Se evalúan los resultados quirúrgicos y las complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de 42 pacientes sometidas a promontofijación laparoscópica con malla Alyte® (Bard) entre 2009 y 2012. La edad media fue de 48,74 años (33-71). Se analizaron variables: media de edad, IMC (Índice de masa corporal), paridad, cirugías previas de suelo pélvico, cirugías de incontinencia urinaria asociadas, complicaciones intra y post quirúrgicas y seguimiento.

RESULTADOS

La media de IMC fue de 22,98 (19-28).

CARACTERÍSTICAS	n/%	CIRUGÍA ASOCIADA	n / %	COMPLICACIONES INTRAQUIRÚRGICAS	n / %	COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS	n / %
Paridad	20 hijos	Histerectomía	28 / 66,7%	Lesión vesical	1 / 2,4%	Cistocoe asintomático	3 / 7,1%
Cirugía previa suelo pélvico	4 / 9,5%	Cirugía III (malla suburetral)	12 / 28,6%	Lesión rectal	1 / 2,4%	Elongación cervical asintomática	2 / 4,7%
Prolapso compartimento anterior	27 / 64,3%	Periosteoplastia	4 / 9,5%	Hematoma	3 / 7,1%	II (malla suburetral)	1 / 2,4%
Prolapso compartimento medio	36 / 85,7%					Extrusión de malla	1 / 2,4%
Prolapso compartimento posterior	21 / 50%						

Los prolapsos del compartimento medio se clasificaron: el 2,6% eran de primer grado, 5,1% de segundo grado, 48,7% de tercer grado, 33,3% de cuarto grado, 7,7% eran de cúpula vaginal y 2,6% traquelocéles.

La media de seguimiento fue de 13 meses (4-37).



CONCLUSIONES:

Nuestra experiencia inicial con la promontofijación laparoscópica mediante malla Alyte® muestra resultados positivos en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos y una baja tasa de complicaciones, por lo que cumple nuestras expectativas.

SOFOCOS: NO SIEMPRE SON MENOPAUSICOS. A PROPOSITO DE 3 CASOS

García Alfaro, P ; Manubens Grau, M

Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. Hospital Universitario Quirón Dexeus Barcelona.

Introducción:

Los sofocos se manifiestan en forma de oleadas de calor que recorren el cuerpo subiendo hacia la cabeza, produciendo enrojecimiento de la piel del pecho, cuello y cara, acompañándose habitualmente de intensa sudoración y en ocasiones de fuertes palpitaciones y sensación de angustia.

Aparecen en el 75-80% de las mujeres durante la menopausia. La intensidad y frecuencia es variable (1/3 de mujeres presenta sintomatología severa) y en un 20% de las mujeres se mantienen hasta 5 años después de la menopausia.

Presentamos 3 casos clínicos de sofocos no relacionados con el síndrome climático y tras realizar una revisión bibliográfica, confeccionamos una tabla con las posibles etiologías de los sofocos y sus hallazgos característicos.

Caso Clínico 1

47 años, sin antecedentes clínicos de interés. Presenta sofocos intensos en la cara, palpitaciones y acné florido. En la analítica se evidencia una alteración tiroidea: hipertiroidismo. Endocrinología le pauta Propranolol.

+ Propranolol desapareciendo la sintomatología.

Etiología:

Etiología:	Características:
Sdr. Climaterico	Sofocos, sudoración, irritabilidad, labilidad emocional, ↑FSH y Estradiol
Alimentos	Sofocos tras la ingesta de alimentos que contengan nitritos, sulfitos, pimienta roja (contiene capsicina)
Alcohol	Sofocos tras la ingesta de alcohol (vino contiene sulfitos)
Rosácea	Lesiones cutáneas tipo eritema, telangiectasias o papulo-pústulas y episodios de sofocos
Hipertiroidismo	Sofocos, nerviosismo, sudoración, palpitaciones, pérdida de peso con alteración de TSH, T4 o T3
Fármacos	Sofocos tras la toma de fármacos: ECA, Calcioantagonistas, Vasodilatadores (nitroglicerina, nitrato de amilo), Tamoxifeno, Análogos GnRH, Bromocriptina, Flutamina, AINE.....
Sdr. Vaciado Rápido	Sofocos, sudoración, taquicardia y molestias gastrointestinales tras la ingesta en paciente con cirugía gástrica
Sdr. Carcinóide	Sofocos, dolores abdominales, broncoespasmo, 5-Hidroxiindolacético en orina 24 h
Feocromocitona	Sofocos, sudoración, palpitaciones, dolor torácico y abdominal, HTA, ↑Ac. Vanilmándico, norepinefrina, dopamina en orina 24 h
Valvulopatía mitral	En algunos casos aparición de sofocos, diagnóstico con ecocardiograma
Otras causas	Mastocitosis, Carcinoma Medular de Tiroides, Tumor VIP, Esclerosis Múltiple, Homocistinuria.

Discusión y Conclusiones:

Existe una tendencia a interpretar la sintomatología vasomotora con la menopausia, sobre todo cuando se presenta en mujeres por encima de los 40 años.

Aunque en la mayoría de los casos de sofocos en la mujer se asocian al déficit estrogénico que ocurre durante la menopausia, debemos descartar otras patologías que puedan presentar una mayor morbimortalidad, sobre todo cuando no hay respuesta al tratamiento hormonal sustitutivo. En cada caso se planteará el tratamiento en función del diagnóstico etiológico establecido.

ARTROSIS MENOPAUSICA, BAJA MASA ÓSEA Y TRATAMIENTO HORMONAL

García Alfaro, P
Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. Hospital Universitario Quirón Dexeus Barcelona.

Introducción:

La artrosis se produce por un proceso de deterioro del cartilago hialino articular, con reacción proliferativa del hueso subcondral e inflamación de la membrana sinovial (sinovitis). Se caracteriza clínicamente por el dolor articular que aumenta con el movimiento y cede con el reposo (características mecánicas), la rigidez matutina o tras reiniciar una actividad después de permanecer en reposo y limitación de la movilidad articular. Presenta una mayor prevalencia en mujeres, sobre todo en la postmenopausa, por lo que se considera que la disminución de estrógenos juega un papel importante en la aceleración de los procesos que llevan a la degradación de la matriz del cartilago. Los estrógenos actúan en el cartilago a través de receptores específicos que posee el condrocito, aumentando la síntesis de moléculas de la sustancia fundamental y disminuyendo la degradación. También tienen gran importancia en el hueso, actuando en los receptores estrogénicos de los osteoblastos y osteoclastos disminuyendo la resorción ósea. Los estudios epidemiológicos sugieren que la terapia hormonal puede hacer disminuir las manifestaciones clínicas de la artrosis.

Caso clínico

Paciente de 51 años, que presenta dolor articular de predominio en caderas y rodillas. Algunas mañanas nota rigidez en los dedos que le impide movilizarlos hasta que han pasado unos minutos. Cuando le molestia bastante toma algún analgésico (paracetamol) notando mejoría. Durante el último año se ha intensificado el dolor y ha comenzado a tener sofocos y dispareunia.
Antecedentes Personales y Familiares sin interés.
Menarquia 13 años. Fórmula menstrual 4/28, 2 embarazos y partos por cesárea, 1 aborto. Menopausia: 49 años.

Exploración

Engrosamientos de la articulación interfalángica distal del 2º dedo (nódulos de Heberden) y subluxación de la falange distal del 5º dedo de la mano.



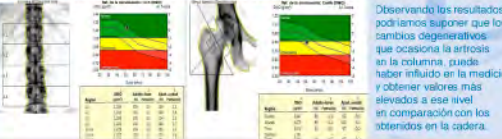
Rx simples

Manos, Rodillas y Caderas donde podemos apreciar signos característicos de la artrosis, como la disminución asimétrica del espacio interarticular, esclerosis subcondral y alguna subluxación interfalángica distal.



Densitometría ósea

DMO calculada en columna lumbar es de 1,227 gr/cm2 (T-score: 0,2) y DMO calculada en cuello femoral es de 0,847 gr/cm2 (T-score: -1,1) compatible con Osteopenia.



Observando los resultados podemos suponer que los cambios degenerativos que ocasiona la artrosis en la columna, pueda haber influido en la medición y obtener valores más elevados si ese nivel en comparación con los obtenidos en la cadera.

Análisis

Homograma con fórmula normal
Bicarbonato normal
VSG y Proteína C Reactiva normales
Factor reumatoide normal
TSH y T4 normales
Calcicidol (25 OH Vitamina D): 23 ng/ml
PTH: 49 pg/ml
Calcio y Fósforo normales

Tratamiento

Valorado el cuadro clínico en su conjunto, se decide pautar tratamiento hormonal sustitutivo vía oral a baja dosis en pauta continua, estrógenos vaginales 2 veces a la semana y Paracetamol como tratamiento analgésico. Se suplementó su insuficiencia de vitamina D con una dosis mensual de 266 µg. de calcicidol. No se recomendó la toma de suplementos de calcio por tener un aporte adecuado con la dieta que realiza. A los 3 meses se realiza una visita de control refiriendo una mejoría franca de toda su sintomatología, recomendándose continuar con el tratamiento y se le plantea la toma de condroitin sulfato 300 mg al día (2 cápsulas/24h) en lantadas de 3 meses de tratamiento y 2 meses de descanso, con el fin de modificar la evolución de la artrosis y obtener un efecto analgésico a largo plazo.

Comentarios:

La artrosis es la patología articular más prevalente de los países industrializados, teniendo una repercusión socio-económica muy elevada tanto para el sistema sanitario como para el propio paciente. Para mejorar la calidad de vida de las pacientes, es primordial que los diferentes especialistas implicados en la salud de la mujer, sepan establecer el diagnóstico de artrosis y aplicar un tratamiento que busque como objetivo el alivio del dolor, mejore la capacidad funcional y retrase la evolución de la artrosis.

ACEPTACION Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO HORMONAL EN MUJERES CON SINDROME CLIMATERICO.

García Alfaro, P; Rodríguez García, I; Manubens Grau, M
Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. Hospital Universitario Quirón Dexeus Barcelona.

Introducción:

La sintomatología climaterica, principalmente los sofocos, se manifiesta en el 75-80% de las mujeres en el periodo de la transición menopáusica. La terapia hormonal ha demostrado ser el tratamiento más eficaz para esta sintomatología, por lo que diversas sociedades científicas recomiendan su uso en mujeres que presenten un síndrome climaterico. En España el uso de THS ronda el 1-1.5%, al contrario de la media europea que se cifra en un 20%. Una de las principales dificultades en el abordaje del tratamiento hormonal es su baja adherencia.

Objetivo:

Valorar la aceptación de la terapia hormonal como tratamiento del síndrome climaterico y su posterior adherencia al cabo de 1 año.

Material y Método:

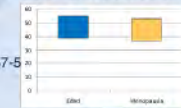
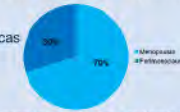
Estudio retrospectivo observacional sobre 173 pacientes visitadas en la Unidad de Menopausia de nuestro Departamento durante el periodo de tiempo de enero 2011 a diciembre 2012, en las que se diagnosticó síndrome climaterico.

Criterios de inclusión : Pacientes con síntomas de síndrome climaterico como los sofocos, la sudoración, el insomnio, la irritabilidad, la disminución de la libido y los cambios emocionales. A todas se les explicó y ofreció Terapia Hormonal , realizando seguimiento durante 1 año a las que decidieron iniciar el tratamiento.

Resultados:

Edad media de 50.3 años (39-55) con una edad media de menopausia de 48.6 años (37-5

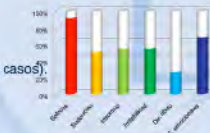
El 70% de las pacientes eran menopáusicas y el 30% restante perimenopáusicas.



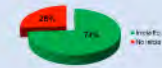
Respecto a la sintomatología que presentaron las pacientes predominaron los sofocos (92%), seguido de los cambios emocionales (68%).

El insomnio y la irritabilidad aparecieron con un porcentaje similar (54% en ambos casos).

La mitad de las pacientes refirió sudoración (50%) y aproximadamente un cuarto tenía disminución de la libido (26%).



Inició tratamiento el 74% de las pacientes y de este grupo continuaron el tratamiento al cabo del año el 58.6%.



Discusión y Conclusiones:

La edad del grupo y la media de edad de la menopausia está en consonancia con la media de las mujeres españolas.

El síntoma predominante en nuestras pacientes fueron los sofocos .

Aunque inició el tratamiento un 74%, solamente continuaron el tratamiento al año de su inicio el 58.6% del grupo de usuarias de THS. De todas las pacientes susceptibles de tratamiento al cabo del año el 43.3% continuaban tratadas. La baja adherencia al tratamiento hormonal suele ir relacionada con falsas creencias sobre el mismo. Es importante aclarar todos los aspectos del tratamiento con la paciente antes de iniciar lo, así como monitorizar la efectividad y la tolerancia al mismo.

MOLECULAR ANALYSIS IN BREAST CANCER: Correlation with immunohistochemical classification and pCR to neoadjuvant chemotherapy

X. González (1), S. Baulies (2), M. González Cao (1), N. Carachaliou (1), A. Rodríguez (1), MA. Molina-Vila (1), M. Cusidó (2), C. Teixidó (1), S. Viteri (1), R. Fàbregas (1), C. Costa (1), A. Martínez-Buena (1), F. Tresserra (3), C. Ara (2), R. Rosell (1), (1) Medical Oncology Department, Dr. Rosell Oncology Institute, (2) Gynecologic Oncology Section, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction, Hospital Universitari Quirón-Dexeus

CLINICAL BACKGROUND AND RATIONALE
Breast cancer is a heterogeneous disease. Tumors with identical pathological features but driven by different biological signaling pathways can present different responses to neoadjuvant chemotherapy. Genes involved in chemoresistance are differentially expressed in each tumor subtype.

STUDY OBJECTIVES
To analyze expression levels of a panel of genes implicated in molecular pathways that can present chemoresistance.

STUDY DESIGN
Gene expression parameters were evaluated for their association with immunohistochemical tumor classification and pathological response to neoadjuvant chemotherapy.

STUDY POPULATION
200 patients with histologically confirmed diagnosis of breast cancer: T1-T4 N0-2 M0 were evaluated in this study. Tumor post-neoadjuvant biopsies were analyzed for a gene expression profiling data.

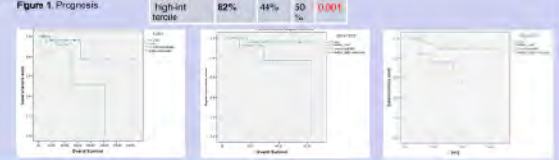
ONCOGENES	
FGFR1:	Promotes carcinogenesis by tumor angiogenesis.
EGFR:	7 → sensitivity to platinum
YAP/PTN1/2/STRC:	Linked to Ras/Raf/MEK/ERK pathway.
HIF1:	Overexpressed in tumor cells. Not in normal cells.
ZNF217:	Recently identified. Limited records.
TUMOR SUPPRESSOR GENES	
BIM:	Proapoptotic bcl-2 family member. Correlated to poor prognosis in lung cancer.
CAS8/AXL:	Essential epigenal to mesenchymal transition-induced regulator.
DNA REPAIR GENES	
BRCA1/BRCA2:	Essential mechanism of DNA repair. Low levels → sensitivity to cisplatin and anthracyclines.

RESULTS

Table 1. Patient characteristics		Table 2. Gene expression level related to tumor subtype	
N (patients)	272 (100%)	RH+ vs RH-	
Mean age (years)	57.23 (±10.6)	HIF1	58% 15% 0.008
Median tumor size (cm)	2.94 (±0.9)	AXL	levels >0.74 58% 15% 0.008
Exploration ultrasonnd	31.3 (±1.1)	FCGR1	>2.96 58% 15% 0.008
MIR	0%	RAP80	low levels 22% 72% 0.000
NA	0%	QAS8	>3.02 56% 25% 0.05
Lymph node involvement	31.3 (±1.1)	BTRCP	>1.06 63% 18% 0.04
Tumor subtype	58 (21.3%)	ZNF217	>0.28 66% 8% 0.001
Positive-HR/negative-HER2	58 (21.3%)	BIM	>0.87 42% 0% 0.005
HER2 positive	11 (4.1%)	PTN12	high levels 82% 44% 0.001
Triple negative	11 (4.1%)		
Molecular subtype			
Luminal A	12 (4.4%)		
Luminal B HER2-	24 (8.8%)		
HER2+HER2-	11 (4.1%)		
Triple Negative	11 (4.1%)		

Table 3. Predictive value. Correlation with pCR (MP 5):

Gene	Level	pCR - MP5	p
AXL	low levels	17%	0.001
FCGR1	>2.96	3%	0.005
YAP	high levels	15%	0.028
BRCA1	low levels	33%	0.027



DATA SUMMARY
Positive hormone receptor tumors had high levels of AXL (p=0.008), CAS8 (p=0.008), FCGR1 (p=0.008), YAP (p=0.028), BTRCP (p=0.004), PTN12 (p=0.005) and ZNF217 (p=0.008).
Triple negative tumors presented low levels of BRCA1 (p=0.018) and BIM (p=0.05).
Predictive markers for pCR: Low levels of AXL (p=0.003), low FCGR1 (p=0.014), low YAP (p=0.013) and low BRCA1 (p=0.008).
Prognostic markers: High levels of FCGR1 presented poor prognosis (9/05.0% vs 78%, p=0.043). High levels of BTRCP were associated with a lower risk of relapse and larger survival (9/05.0% vs 75%, p=0.07; 5p-DFS 45% vs 38%, p=0.049).

CONCLUSIONS

A molecular approach can identify more specific predictive markers. Gene expression profile varies by breast cancer subtype. Chemoresistance is higher in tumors with high levels of FCGR1, BRCA1, AXL and YAP.

Hypoxia inducible factor (HIF)-1α expression levels and p53 mutations are prognostic factors for survival in breast cancer patients treated with neoadjuvant chemotherapy

M. González Cao (1), S. Baulies (2), M. González Cao (1), N. Carachaliou (1), A. Rodríguez (1), S. Viteri (1), MA. Molina-Vila (1), M. Cusidó (2), C. Teixidó (1), R. Fàbregas (1), C. Costa (1), A. Martínez-Buena (1), F. Tresserra (3), C. Ara (2), X. González (1), R. Rosell (1), (1) Medical Oncology Department, Dr. Rosell Oncology Institute, (2) Gynecologic Oncology Section, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction, Hospital Universitari Quirón-Dexeus.

CLINICAL BACKGROUND AND RATIONALE
The adaptation to hypoxia is vital for tumor progression. Hypoxia inducible factor (HIF-1α) is a transcription factor that drives cellular adaptation to hypoxia, promoting chemoresistance and metastases. p53 (regulated by the gene PTN12) is a stress response protein that mediates the transcription of genes in response to genotoxic stress, oncogenic signaling, DNA damage and cellular injury. It is the most studied gene tumor suppressor, particularly in colon and lung cancer. It may be associated with resistance to PARP inhibitors.

STUDY OBJECTIVES
To analyze HIF-1α expression levels and p53 mutational status as a possible prognostic and predictive markers. We explored the correlation of molecular markers with immunohistochemical tumor classification, pathological complete response (pCR) and survival.

STUDY DESIGN
Patients were treated with neoadjuvant chemotherapy (AC 4 cycles and weekly taxol for 12 cycles). Since 2016 trastuzumab was added to adjuvant treatment in HER2+ patients. Pathologic response was assessed by Miller and Payne criteria. The median follow-up was 40 months (10-144).

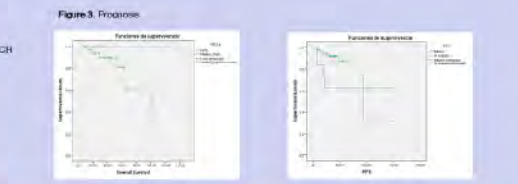
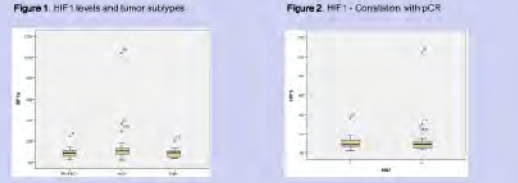
STUDY POPULATION
200 patients with histologically confirmed diagnosis of breast cancer: T1-T4 N0-2 M0 were evaluated in this study. Tumor post-neoadjuvant biopsies were analyzed for a gene expression profiling data.

RESULTS

Table 1. Patient characteristics		Table 2. p53 mutation correlated to tumor subtypes and pCR	
N (patients)	272 (100%)	PTN12	12 (4.4%)
Mean age (years)	57.23 (±10.6)	BRCA1	11 (4.1%)
Median tumor size (cm)	2.94 (±0.9)	BRCA2	11 (4.1%)
Exploration ultrasonnd	31.3 (±1.1)	BRCA1/2	22 (8.1%)
MIR	0%	BRCA1/2	22 (8.1%)
NA	0%	BRCA1/2	22 (8.1%)
Lymph node involvement	31.3 (±1.1)	BRCA1/2	22 (8.1%)
Tumor subtype	58 (21.3%)	BRCA1/2	22 (8.1%)
Positive-HR/negative-HER2	58 (21.3%)	BRCA1/2	22 (8.1%)
HER2 positive	11 (4.1%)	BRCA1/2	22 (8.1%)
Triple negative	11 (4.1%)	BRCA1/2	22 (8.1%)
Molecular subtype		BRCA1/2	22 (8.1%)
Luminal A	12 (4.4%)	BRCA1/2	22 (8.1%)
Luminal B HER2-	24 (8.8%)	BRCA1/2	22 (8.1%)
HER2+HER2-	11 (4.1%)	BRCA1/2	22 (8.1%)
Triple Negative	11 (4.1%)	BRCA1/2	22 (8.1%)

Table 2. p53 mutation correlated to tumor subtypes and pCR

Subtype	p53 Mutations % - cases
RH+	12
RH-	7
LA	6/13
LB-HER2-	15
LB-HER2+	4/20
HER2+RH+	11
HER2+RH-	3/17
TN	8/7
Total	72
pCR	3/8
MP5	5/19



DATA SUMMARY
High levels of HIF1α were more frequent found in the positive-HER2 breast cancer subgroup: 24% in RH+ tumors vs 30% in HER2- vs 22% in triple negative tumors (p=0.08). p53 mutations were associated with negative hormone receptor tumors (48% RH+ vs 12% RH-, p=0.006). p53 mutations were found in HER2+ tumors: LA 0%, LB-HER2- 15%, LB-HER2+ 18%, HER2+ 17%, TN 28%, p=0.016.
Predictive markers for pCR: No correlation was found regarding to achieve pCR.
Prognostic markers: Low levels of HIF1 presented a better outcome (9/05.0% vs 39%, p=0.071). p53 mutations were associated with bad prognosis (10/05.0% non-mutated vs 60% in wild type, p=0.028).

CONCLUSIONS

Low expression levels of HIF1α predict a good outcome in spite of not having pCR to neoadjuvant chemotherapy. p53 mutations were more frequent in positive-HER2+ tumors and were related to a poor prognosis.

ANÁLISIS, DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA HCE EN UN SERVICIO DE OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN

López Mator, FX.¹, Sabaróde Fortuny, R.², Bernat Martínez-Hidalgo, R.³, Rodríguez García, I.⁴
¹ Webmanager, Coordinador del área digital, ² Responsable de Documentación Médica, ³ Director de Sistemas de Información, ⁴ Responsable de la Unidad de Estadística y Epidemiología
 Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona, www.dexeus.com
 Contacto: F. Xavier López, xavloj@dexeus.com, @fxavierlopez

Introducción

La Historia Clínica Electrónica (HCE) es una herramienta que conlleva cambios importantes en la organización y en el día a día del usuario final lo que implica dificultades en su puesta en marcha y mantenimiento.

Objetivo

Analizar, tras cuatro años de la puesta en marcha, el proyecto de un desarrollo propio y personalizado de una HCE específica, desde el punto de vista de la metodología de trabajo, el desarrollo e implementación y las mejoras posteriores a partir del feedback continuado con el usuario final.

Metodología

El desarrollo del proyecto se basó desde el inicio en la definición de dos elementos básicos de gestión: el Comité Técnico, órgano técnico que vehicula la gestión del proyecto y la interacción con el usuario final y la Comisión de Historia Clínica, órgano de control ejecutivo.

El proyecto se planteó a partir de una evolución sucesiva y paralela en etapas diferenciando entre los procesos del proyecto (definición de los elementos estructurales) y las fases (definición de los items de desarrollo e implantación).

Resultados



- La HCE cumple con los requisitos iniciales y se ha adaptado a las necesidades del usuario final.
- El usuario se manifiesta satisfecho de la herramienta.
- Tras la curva de aprendizaje no se han penalizado los tiempos de visita.



- Se ha reducido la carga en la participación de la Comisión de Historia Clínica.
- El Comité Técnico sigue con la misma dedicación al proyecto, centrado básicamente en esta fase en las propuestas de mejora que surgen del usuario.

Conclusiones

Para la implantación de la HCE es necesaria una apuesta manifiesta de los órganos de dirección y contar con las estructuras que permitan de una manera clara y perceptible la participación del usuario que en última instancia será el responsable, o no, del éxito del proyecto.

Sin embargo, sería un error pensar que el proyecto concluye con la puesta en marcha ya que el día a día genera múltiples incidencias y propuestas de mejora o personalización que se han de canalizar.

De nuestra experiencia, se deduce que lo ideal es mantener una parte significativa de los recursos dedicados en la fase inicial en la gestión posterior ya que este ha de ser un proyecto vivo y en constante evolución.



CIRCUITO DE ATENCIÓN A LA MATERNIDAD EN UN CENTRO PRIVADO

Martínez Álvarez A, Soto Semantí N, Baeza López L, Baladrón Mendiola N, Flaquerpena D, Obstetricia, Ginecología y Reproducción Salud de la Dona Dexeus, Barcelona
 de Max Casarero J, jefe de la Unidad de Suelo Pélvico, Obstetricia, Ginecología y Reproducción Salud de la Dona Dexeus, Barcelona
 Fernández Álvarez R, Médico adjunto Ginecología, Obstetricia y Reproducción Salud de la Dona Dexeus, Barcelona

INTRODUCCIÓN:

El proyecto de atención a la mujer durante la maternidad abarca diversas etapas del proceso, iniciándose desde el primer deseo gestacional mediante el asesoramiento preconcepcional y siguiendo durante todo el embarazo, facilitación al parto y posparto.



RESULTADOS CIRCUITO POSPARTO

PERIODO 2012 - 2013	
Nº Valoraciones suelo pélvico	2599
Nº Tratamientos posparto	802
Pospartos con síntomas	272
Pospartos prevención	560

BIBLIOGRAFIA:

www3.gencat.cat - Catalunya - La salut de la dona 25. Embarazo, parto y puerperio. 4-5-2013
 A. A. V. "Programa de preparación para la maternidad y paternidad del Servicio Catalán de Salud", Consejo de Sanidad y Servicios Sociales de Catalunya 2010
 Informe nacional de violencia y la maternidad en España. Chicago 2010
 De Goeijer S, Barendse en veldhuisen Alan-Maria S. 2009; Cap 17: 2059-2071 ISBN 2-8111-0200-8
 Supán-Luero JS, Córdoba-Bassat D. Psicopatología perinatal, preparación corporal y psiquica de la mujer embarazada para el nacimiento. Psicología y Salud. 2007; 17(2):149-28

CONCLUSIONES:

Un circuito de atención a la maternidad, protocolizado y orientado por un equipo multidisciplinar, permite que la mujer embarazada y su pareja, tengan asesoramiento y una preparación teórico-práctica para afrontar con seguridad tanto el embarazo, el parto, como el posparto y permite prevenir y corregir posibles lesiones del suelo pélvico y / o futuros problemas genito-uritarios.

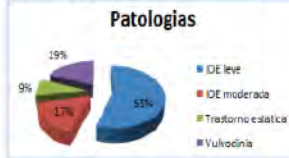


PAPEL DE LA FISIOTERAPIA EN LOS TRASTORNOS DEL SUELO PÉLVICO

Martínez Álvarez A, Sans Samartí N, Baques López L, Mallaré Mercader M. Fisioterapeutas Epito Obstetricia, Ginecología y Reproducción Salud de la Dona. Dexeus Barcelona. Ruiz Caballero J. Jefe Unidad suelo pélvico Salud de la Dona. Dexeus Barcelona. Fernández Álvarez R. Médico adjunto Salud de la Dona. Dexeus Barcelona.

Objetivos

Evaluar la efectividad del tratamiento de fisioterapia como primera opción en los trastornos del suelo pélvico:



Material y Métodos

Estudio retrospectivo acerca de 391 pacientes atendidas en la Unidad de Fisioterapia del Suelo Pélvico durante los años 2011 – 2013

Criterios de exclusión: patología orgánica durante el tratamiento



Exceso de tono:

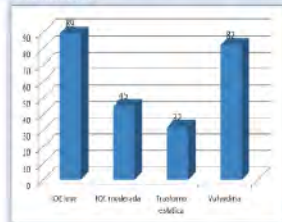
Dispareunia, vestibulodinia, vaginismo

Tratamiento:

- Control postural
- Desbloqueo diafragmático
- Técnicas miofasciales
- Masaje perineal
- Biofeedback perineal
- Pauta domiciliaria con material de apoyo

Resultados:

Ausencia de sintomatología al finalizar el tratamiento: %



Defecto de tono:

I.O.E, Cistocele, Rectocele, Histerocele, Insatisfacción sexual

Tratamiento:

- Control postural
- Gestión esfuerzos en las AVD
- Biofeedback muscular
- Electro estimulación funcional (si procede)
- Evitar factores de riesgo:
 - Asesoramiento en práctica deportiva
 - Gestión AVD
- Calendario miccional
- Conos, esferas vaginales
- Pautas comportamentales

BIBLIOGRAFÍA
 Nagel -Staronck M, Lynch PJ. 2003. ISSUI Terminology and classification of vulvodynia. A Historical perspective. J Reprod Med 50(4): 49, 779 - 777.
 Haerter M, Cohen M, Quinn D. 2011. The irritable bladder. Journal of Lower Genital Tract Disease 25(2): 4 - 11.
 Garach M. Vulvodinia: un síndrome real. Rev Esp Obst. 2012; 17(4): 168- 177.
 Benabdellah Gasquet, Ben-eha el Marmel, Sadi-Pons Et. Epilepsia Sex. 2011. 50(1) 30-34.
 Sallas J, Rapaz M. Tratamiento medicador en el Vaginismo. Tratado de Reproducción en Ginecología. Madrid: Ed. Sanitas, 2007.
 Luyckx J. Vaginismo. Tratado de Ginecología y Obstetricia del Suelo Pélvico. 1ª ed. Barcelona: Ediciones Mayo S.A., 2004.
 I.A. Koppard. Ginecología Obstetrica. 1ª ed. Paris: Ed. Tony-Masson S.A., 1973.

Conclusión:

La fisioterapia puede considerarse como tratamiento de primera línea en la I.O.E. leve, así como en las disfunciones sexuales por dolor, y como tratamiento complementario en la I.O.E. moderada y en los trastornos de la estática pelviana

SPANISH BEST PRACTICE GUIDELINES IN GYNECOLOGIC CANCER SEGO-ONCOGUIDES PROGRAMM 2008-2016 SPANISH SOCIETY OF GYNAECOLOGIC ONCOLOGY FROM SEGO

J.Ponce, M.T.Cusido, J.C.Muruzabal, S.Menjon, A.Sanchez del Rio, L.Chiva, G.Hernandez, J.M.Lailla Spanish Society of Gynecologic Oncology from SEGO

AIM

Oncoguides are designed by the SEGO as a tool to achieve comparable oncologic attention on its area of influence, scientific and territorial, with the aim of developing improvement measures based on the best scientific evidence affordable and its application

INNOVATION

In comparison with other guidelines developed by different societies, there are some differences and innovations: an explicit introduction system and a data register that works as quality control and witness of the need of review and update of the oncoguide (based on the European Quality Model, EFQM)

PROCESS

1. Coordinator, experts committee and external reviewers, named by multidisciplinary Societies involved
2. First document based on national and international guidelines
3. Critical review and assignment of levels of evidence for each process
4. Previous document for consensus in plenary
5. Levels of evidence and consensus
6. Review and development of the Final Document
7. Distribution to external reviewers. Edition of Final Document
8. Application and publishing. Implantation, Courses, Internet...
9. Basic data register. Evaluation of applicability
10. Revision and new addition after two years

RESULTS - 7 ONCOGUIDES PUBLISHED

Seven oncoguides have been finished and implemented

- Endometrial Cancer 2010
- Vulvar Cancer 2010
- In Situ Breast Cancer 2012
- Cervical Cancer 2013 (2nd edition)
- Ovarian Cancer 2014 (2nd edition)
- Cervical Premalignant Disease 2014
- Uterine Sarcoma 2014

Three new guides are planned for the next year

- Endometrial Cancer 2015
- Vulvar Cancer 2015
- Breast Cancer 2015

CONCLUSION

In comparison with other guidelines we have some added value and innovation planned by Spanish Gynaecologic Oncology Society.

1. Multidisciplinary approach and strict compliance with the international AGREE method for developing clinical guidelines
2. WEB data system to formal clinical register that works as quality control and witness of the need of review and update of the oncoguide (European Quality Model, EFQM)

ESSENTIAL VALUES

- Fairness:** Applicability has to be guaranteed to any patient without the influence of her territorial location.
- Protection:** The facilitation of good praxis guides to patients and sanitary professionals.
- Reliability:** Standardization through the integration of scientific evidence and the real possibilities of application in our health centers.
- Consensus:** Dynamic development by evolving a multidisciplinary team of experts.
- Transparency:** The agreement of all the participants for the implementation of the guidelines.

METHODOLOGY

MULTIDISCIPLINARY APPROACH
 Group of experts from different fields: Gynaecology, Pathology, Medical Oncology, Radiation therapy, Oncology, Epidemiology...

NEW GRADE SYSTEM
 Standard level of evidence (high or low)
 Standard consensus (100% agreement)
 Consensus option (>90%)
 Simple option (<90%)

INTERNATIONAL AGREE METHODOLOGY



CRIBADO CITOLÓGICO POST HISTERECTOMÍA TOTAL

Redón Fitz, Stefanie; Plana-Gutiérrez, Alba; Fernández-Sanguino Peña, Ana; Salas Torrents, Olga. Hospital Universitario Quirón Dexeus.

Objetivos

Es suficientemente conocido que el cribado del cáncer de cérvix mediante citología cervical disminuye la mortalidad ya que la identificación y tratamiento de las lesiones precancerosas es una eficaz herramienta preventiva. El objetivo de este trabajo es revisar y evaluar de manera retrospectiva los resultados citológicos de pacientes sometidas a histerectomía total en nuestro centro y de este modo valorar la posibilidad de reducir el número de citologías no ajustadas a los protocolos de cribado en aquellas pacientes sin factores de riesgo asociados. En último lugar se pretenden determinar dichos factores de riesgo.

Material y métodos

Revisión retrospectiva de todas las pacientes sometidas a histerectomía total por patología benigna y maligna entre el 2010 y 2013.

Variables a analizar:

- Motivo histerectomía
- Fecha intervención
- Edad paciente
- Tabaquismo: Si/No
- Resultado citologías post histerectomía

Localización de la información: Historia Clínica electrónica-Tabla Excel

Resultados

En el período observado se realizaron 470 histerectomías totales; 65 (13,8%) de las cuales por patología maligna y las 405 restantes por patología benigna.

Entre las realizadas por patología maligna el 68% (44) fueron por neoplasia del cuerpo uterino. Entre las realizadas por patología benigna las indicaciones principales fueron los defectos del suelo pélvico y los miomas uterinos.

Se realizó citología a un 74,6% (351) de las pacientes histerectomizadas. Se detectó un 0,003% resultado maligno "extensión compatible con adenocarcinoma (probable origen endometrial) en una paciente sometida a histerectomía total por diagnóstico de neoplasia de endometrio.

Conclusiones

Dados los resultados parece lógico asumir la no necesidad de efectuarse cribado tras histerectomía total por patología benigna, confirmada en la pieza operatoria, ya que no se ha demostrado la costo-efectividad del cribado citológico para cáncer vaginal después de histerectomía total por una patología benigna.

No obstante, la evaluación citológica periódica de la cúpula vaginal se justifica en mujeres con factores de riesgo elevado.

ESTRUCTURA DE UNA HCE EN UN SERVICIO DE OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN

Sabatés Fortuny, R.¹; López Mateo, F.X.²; Bernal Martínez-Hidalgo, R.³; Rodríguez García, I.⁴

¹Responsable de Documentación Médica. ²Webmanager. Coordinador del área digital. ³Director de Sistemas de Información. ⁴Responsable de la Unidad de Estadística y Epidemiología.

Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. Hospital Universitari Quirón Dexeus. Barcelona. www.dexeus.com
 Contacto: Ricard Sabatés ricsab@dexeus.com

Introducción

La Historia Clínica Electrónica (HCE) es una herramienta que favorece la calidad, la seguridad y la continuidad asistencial. La complejidad del trabajo médico, la heterogeneidad de los usuarios y el número de sistemas implicados hacen que la definición de su estructura sea una tarea difícil.

Objetivo

Analizar, tras cuatro años de la puesta en marcha, el proyecto de un desarrollo propio y personalizado para el área de Obstetricia, Ginecología y Medicina de la Reproducción de una HCE específica, desde el punto de vista de la estructura, componentes e interrelación con otros sistemas.

Metodología

El desarrollo del proyecto se basó desde el inicio en la definición de elementos estructurales generales comunes para todos los perfiles de usuarios. Con el paso del tiempo se han ido desarrollando además elementos personalizados para perfiles o subespecialidades concretas.

Resultados

En nuestro caso la HCE se estructura en cuatro grandes secciones:

Datos generales

Área donde se recoge los datos generales del paciente.

Curso clínico

Registros clínicos de todos los datos disponibles del paciente.

Menu superior

- Registro de las interacciones con el paciente
- Dominación electrónica integrada entre profesionales.
- Acceso directo a aplicaciones clave.

Integración de pruebas

- Informes de pruebas internas en formato electrónico.
- Información clínica estandarizada a través de sistemas de digitalización.

Utilidades generales

Integración con aplicaciones

- Receta y gestor de peticiones.
- Aplicaciones de gestión y agenda.
- Consentimientos informados y otros fuentes.

Monitorización de la actividad

- Reporte de actividad.
- Informes de calidad.
- Auditoría de historias.

Procesos

Agrupación de datos asistenciales con significado propio en un plazo de tiempo concreto.

Plantillas

Unidad de captura de información adaptada al área asistencial.

Secciones de Plantillas

- Mejora de consulta
- Exploración física
- Pruebas complementarias
- Diagnóstico
- Tratamiento / Plan de acción
- Observaciones

Incorpora asistentes con textos predefinidos

Conclusiones

En la implementación de la HCE, la información clínica debe recogerse de forma estructurada. Es imprescindible disponer de informes de monitorización y de un acceso instantáneo, desde cualquier punto y por varios usuarios simultáneamente. La información debe estar siempre disponible independientemente de donde y cuando se haya producido.



EVOLUCIÓN CLÍNICA DE DIU-LNG CON MALPOSICIÓN INTRAUTERINA IDENTIFICADA POR ECOGRAFÍA

María Suárez; Nuria Perea; Pascual García; Ignacio Rodríguez; María Ángela Pascual; Francisca Martínez

La ecografía permite detectar la posición de los DIU-LNGs respecto a la cavidad uterina. No se ha descrito la traducción clínica de estos hallazgos.

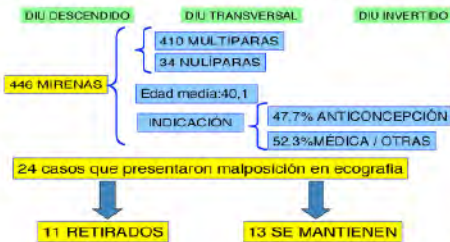
OBJETIVO:
 Evaluar la evolución clínica de los DIU-LNG (Mirena), eficacia y seguimiento, en función de la posición identificada por ecografía: normosituación o situación anómala (malposición).

Variante principal: tasa de continuidad en el 1er año.

MATERIAL Y METODOS:
 Análisis retrospectivo de los DIUs-LNG insertados en el Hospital Universitario Quirón-Dexeus, 2011-Julio 2013 que han realizado control ecográfico post-insertación.

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

- DIU NORMOSITUADO
- DIU DESCENDIDO
- DIU TRANSVERSAL
- DIU INVERTIDO
- DIU ENCLAVADO
- DIU AUSENTE



TOTAL = 446	DIU NORMOSITUADO	DIU MALPOSICIONADO
Nº INSERCIÓNES	422	24
Nº EXTRACCIONES	48	11
MOTIVO DE EXTRACCIÓN	19% Sangrado 13% Dolor	54% Malposición / expulsión 36% Sangrado
TASA DE CONTINUIDAD	80,6%	47,2%

CONCLUSIONES:
 La ecografía facilita la identificación de la correcta posición intrauterina del DIU-LNG. Cuando se detectan posiciones transversas, giradas, si no hay síntomas clínicos acompañantes, no parece necesario retirar el DIU-LNG. Se precisa continuar el estudio de las consecuencias de estos hallazgos.

PUNCIÓN ASPIRACION CON AGUJA FINA EN PATOLOGIA MAMARIA: EVALUACION DE LA UTILIZACION DE CITOLOGIA LIQUIDA

F. Tresserra, G. Fabra, M. Castilla, A. Dominguez, D. Amalrich, C. Fernandez-Cid, C. Ramos. Laboratorio de Citología. Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. Hospital Universitari Quirón Dexeus. fratre@dexeus.com

INTRODUCCION:

La Técnica de citología líquida (CL) permite estudiar la muestra mejor preservada, con menos artefactos y permite efectuar en el espécimen técnicas adicionales respecto a la citología convencional (CC). El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de la técnica de CL en la PAAF en un periodo de 8 meses desde su implantación en nuestro laboratorio.

MATERIAL Y METODOS:

Se han estudiado 699 punciones aspiraciones con aguja fina (PAAF) de mama. Se analizan los diagnósticos obtenidos y se comparan estos resultados con los obtenidos en una serie histórica de 2 años de PAAF con CC que incluye 3033 casos. En ambas series se compararon los resultados de la citología con los de la biopsia cuando se dispuso de estos.

RESULTADOS:

Los diagnósticos obtenidos en CL fueron (Tabla 1): insuficiente en 110 (15.7%) casos, benigno en 474 (67.8%), hiperplasia en 47 (6.7%), sospechoso en 16 (2.3%) y maligno en 52 (7.4%). En la serie de CC los diagnósticos fueron insuficientes 613 (20.2%), Benigno 2065 (68.1%), hiperplasia 98 (3.2%), Sospechoso 53 (1.7%) y maligno 204 (6.7%). Al comparar ambas series solo existieron diferencias estadísticamente significativas en los insuficientes ($p < 0.01$) y en la Hiperplasia ($p < 0.001$). Se diagnosticaron más hiperplasias con la citología líquida y menos insuficientes. En 133 casos de CL existió correlación con la histología (Tabla 2). Excluidos los insuficientes la concordancia en el diagnóstico de benignidad fue de 80/111 (72%), el de hiperplasia 58/111 (52%) y el de malignidad 105/111 (94%). En las serie de CC hubo correlación en 350 casos (Tabla 3). Sin tener en cuenta los resultados insuficientes, la concordancia en el diagnóstico de benignidad fue de 236/294 (80%), en el diagnóstico de hiperplasia 244/294 (82%) y en el de malignidad 247/294 (84%). La sensibilidad diagnóstica de malignidad de la CC es del 78%, la especificidad del 95%, el VPP del 94% y el VPN del 79%. La sensibilidad de la CL es del 81%, la especificidad del 92%, el VPP del 89% y el VPN del 87% (Tabla 4).

Tabla 1: Diagnósticos en función de la técnica.

Diagnóstico	Líquida		Convencional		Valor p
	N	%	N	%	
Insuficiente	110	15,7%	633	20,2%	$p < 0,01$
Benigno	474	67,8%	2065	68,1%	ns
Hiperplasia	47	6,7%	98	3,2%	$p < 0,001$
Sospechoso	16	2,3%	53	1,7%	ns
Maligno	52	7,4%	204	6,7%	ns
Total	699		3033		

Tabla 2: Correlación citológico-histológica en citología líquida.

Citología	Benigno		Hiperplasia		Maligno		Total
	N	%	N	%	N	%	
Insuficiente	17	77,3%	3	13,5%	2	9,1%	22
Benigno	23	67,6%	5	14,3%	5	14,1%	33
Hiperplasia	17	50,6%	5	14,9%	7	20,5%	29
Sospechoso	1	2,7%	1	2,7%	7	20,5%	9
Maligno	1	2,5%	1	2,5%	38	95,0%	40
Total	59		16		56		131

Tabla 3: Correlación citológico-histológica en citología convencional.

Categoría	Benigno		Hiperplasia		Maligno		Total
	N	%	N	%	N	%	
Insuficiente	31	33,4%	3	3,4%	32	35,2%	66
Benigno	99	72,9%	13	14,1%	19	19,9%	131
Hiperplasia	27	54,9%	14	26,1%	5	9,9%	46
Sospechoso	7	21,2%	0	0,0%	24	78,8%	31
Maligno	1	0,6%	1	0,6%	117	99,2%	119
Total	135		21		164		320

Tabla 4: Rendimiento de ambas técnicas en el diagnóstico de malignidad.

	Citología Convencional		Citología Líquida	
	95% I.C.	92% I.C.	95% I.C.	87% I.C.
Valor	L50	L48	L50	L48
Sensibilidad	77,7%	76,3%	83,4%	81,6%
Especificidad	94,6%	95,4%	92,2%	93,4%
VPP	94,1%	94,7%	87,8%	88,2%
VPN	79,3%	77,8%	84,6%	87,8%

CONCLUSION:

La CL líquida disminuye el número de diagnósticos insuficientes pero incrementa el de hiperplasia. El diagnóstico de hiperplasia con CL tiene menos porcentaje de lesiones malignas que el de la CC. La concordancia diagnóstica en lesiones malignas es superior en CL y tanto en esta como en la CC la causa de falsos positivos son el fibroadenoma y la hiperplasia. El rendimiento de ambas técnicas para el diagnóstico de malignidad es similar.



NUEVO TEST GENÉTICO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PORTADORES DE MUTACIONES GENÉTICAS RECESIVAS BASADO EN TÉCNICAS DE SECUENCIACIÓN MASIVA: PRIMEROS RESULTADOS

A. Abulí¹, B. Rodríguez-Santiago², M. Boada³, B. Coroleu³, A. Veiga³, X. Estivill^{1,4}, L. Armengol⁵, P.N. Barré⁶
(en representación del grupo de trabajo sobre genética de la infertilidad)

1. Unidad de Medicina Genómica Personalizada, Dpto. Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Hospital Universitario Quirón-Dexeus, Barcelona 2. qGenomics, Departamento I&D, Barcelona 3. Servicio de Medicina de la Reproducción, Dpto. Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Hospital Universitario Quirón-Dexeus, Barcelona 4. Programa Bioinformática y Genómica, Centro de Regulación Genómica, Barcelona

INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL.

Las pruebas de cribado de enfermedades genéticas se basan en tecnologías de genotipado e interrogan mutaciones puntuales o pequeñas inserciones y deleciones en genes seleccionados, pero no permiten explorar todas las mutaciones causantes de enfermedad. Las tecnologías de secuenciación de nueva generación (NGS) ofrecen la posibilidad de detectar eficazmente un amplio espectro de mutaciones y permiten una mayor capacidad de detección en comparación con las estrategias dirigidas.



OBJETIVO

Desarrollar un nuevo test genético basado en tecnología de NGS para la identificación de mutaciones recesivas en el ámbito de la medicina reproductiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

El nuevo panel cubre 210 genes: 138 en análisis completo de secuencia del gen y 72 con cribado dirigido de mutaciones conocidas, incluyendo genes causantes de enfermedades prevalentes en el área mediterránea. En el set de validación se incluyeron 18 controles negativos y 39 pacientes portadores de un amplio espectro de mutaciones conocidas causantes de enfermedades: fibrosis quística, fenilcetonuria, atrofia muscular espinal, deficiencia del Factor V, talasemia y distrofia muscular de Duchenne. Para el análisis bioinformático se desarrollaron algoritmos optimizados para la caracterización de un amplio espectro de mutaciones (puntuales, inserciones, deleciones, CNVs y reordenamientos).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La validación del test mostró una elevada sensibilidad (>99%) permitiendo detectar 29 SNVs, 13 indels y 25 CNVs en el set de validación. La introducción del test al ámbito clínico ha permitido identificar en una muestra inicial de 90 pacientes, un total de 102 mutaciones recesivas patogénicas y un 66% (61/90) de pacientes portadores de enfermedades de herencia Mendeliana.

Gráfico 1. Primeras aplicaciones del test qCarrier.

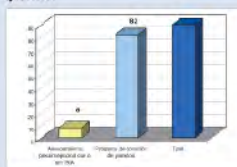
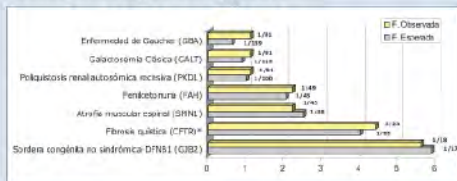


Gráfico 2. Frecuencia de portador heterocigoto para las enfermedades estudiadas con una mayor incidencia poblacional.



* Mutaciones asociadas al fenotipo clásico de fibrosis quística.

- La frecuencia de portadores observada fue similar a la frecuencia poblacional estimada.
- Se han identificado pacientes portadores de mutaciones frecuentes en población europea como el Factor V de Leiden, la mutación delF508 y la variante 5T en el gen CFTR.
- No obstante, también se han detectado variantes raras y nuevas mutaciones probablemente patogénicas (nonsense, frameshift y mutaciones de splicing).
- Una proporción significativa de las mutaciones identificadas no hubieran sido detectadas mediante los métodos de cribado tradicionalmente empleados en medicina reproductiva ni con otros métodos de cribado de portadores basados en tecnologías de genotipado.

CONCLUSIONES:

- La incorporación de las tecnologías de NGS incrementa la tasa de detección de portadores de enfermedades transmisibles a la descendencia.
- Este test genético es aplicable tanto en medicina reproductiva como en parejas que quieran conocer su riesgo reproductivo preconcepcional.
- La implementación de este test en el ámbito clínico requiere de asesoramiento genético pre y post-test que garantice la información adecuada salvaguardando los aspectos éticos fundamentales, el consentimiento de los pacientes y la correcta comunicación y asesoramiento de los resultados.

www.dexeus.com

CÀTEdra D'INVESTIGACIÓ EN OBSTACIOLÒGICA I GINECOLÒGICA UMB



CARRIER SCREENING OF RECESSIVE DISORDERS IN IVF (In Vitro Fertilization) COUPLES AND GAMETE DONORS AND RECIPIENTS BY TARGETED NEXT GENERATION SEQUENCING

A. Abulí¹, B. Rodríguez-Santiago², M. García-Aragónés³, M. Boada², B. Coroleu³, E. Clua³, M. Parriego³, A. Veiga³, M. Del Campo⁴, P.N. Barré⁵, L.A. Pérez-Jurado⁴, L. Armengol², X. Estivill¹

1. Genomics and Personalized Medicine Unit, Dexeus-Quirón University Hospital, Barcelona, Spain 2. qGenomics, R&D Department, Barcelona, Spain 3. Reproductive Medicine Service, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction, Dexeus-Quirón University Hospital, Barcelona, Spain 4. Genetics Unit, Universitat Pompeu Fabra, Hospital del Mar Research Institute (IHM) & CIBERER, Barcelona, Spain

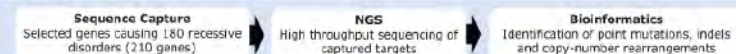
STUDY MOTIVATION

Identification of couples at risk of transmitting a recessive genetic disorder allows them to take informed and responsible actions regarding their reproductive plans. Expanded carrier screening panels for recessive disorders interrogating specific mutations in selected genes using SNP-genotyping approaches have been developed. By contrast, next generation sequencing (NGS) technologies enable deep gene sequencing in a cost-efficient manner.

STUDY GOAL

Development of an NGS-based approach targeting genes causing prevalent and severe recessive diseases for testing IVF healthy couples and donors/recipients in donation programs, to reduce the odds of passing a recessive or X-linked disorder to the offspring.

STUDY DESIGN



Validation set

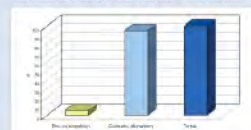
The validation set was composed of 49 different known mutations (67 in the patients), including 29 SNVs, 13 indels and 25 CNVs causing different diseases: cystic fibrosis, phenylketonuria, spinal muscular atrophy, hypothyroidism, thalassemia, factor V deficiency and Duchenne muscular dystrophy.

Validation Main Results

All but one (48/49) different mutations were correctly scored in the blinded study and only one deletion-type mutation remained undetected. This information allowed us to finely tune the algorithm to reach maximum sensitivity. All single nucleotide changes were validated and no known recessive mutations were called in the control samples.

FIRST CLINICAL RESULTS

Table 1. Number of subjects. Screened clinical patients included 317 individuals.



- Thirty-one percent of individuals were identified as carriers for at least one of 180 recessive disorders and 5.7% were carriers for multiple disorders.
- Rare variants and novel deleterious mutations (frameshift, nonsense, splicing) were also identified, not detectable by other screening methods.
- We also collected evidences for discrepancies between disease prevalence and population frequency of 'apparently' pathogenic mutations.

Table 2. Top 15 most common carrier frequencies

Disease (n= 317 individuals screened)	Gene	qCarrier frequency (%)	Literature frequency (%)
Cystic Fibrosis*	CFTR	15	35
Phenylketonuria	PAH	40	69
Non-syndromic hearing loss and deafness, DFNB1	GJB2	40	32
Spinal muscular atrophy	SMN1	43	47
Pompe disease	GAA	53	100
Pendred syndrome	SLC26A4	75	59
Beta-thalassemia	HBB	79	51
Crispinaria	SLC3A1	79	43
Gaucher disease	GBA	79	159
Alpha-thalassemia	HBA2	105	48
Smith-Lemli-Opitz syndrome	DHCR7	105	88
Cerebrotendinous xanthomatosis	CYP27B1	105	113
Methylmalonic aciduria and homocystinuria, CAC type	MMACHC	105	159
Tyrosinemia, type I	FAH	105	166
Primary hyperoxaluria, type I	AGXT	105	189

* Genetic variants associated to nonclassic forms of CF were not included

CONCLUSIONS:

- NGS has higher detection rates resulting in lower residual risks.
- This test can be applied in donor/receptor matching and in a preconception context for couples willing to know genetic risks.
- Current knowledge of the real extent of human genetic variation might be a major limitation in data interpretation.
- Identification of previously unknown variations challenges the communication of results. Our findings also demonstrate that previously reported disease-causing mutations are not real. This emphasizes the absolute need for an adequate pre and post-test genetic counselling that clearly states the advantages and limitations of the current knowledge.

www.dexeus.com

CÀTEdra D'INVESTIGACIÓ EN OBSTACIOLÒGICA I GINECOLÒGICA UMB

VIABILIDAD Y ANÁLISIS MORFOCINÉTICO DEL DESARROLLO DE EMBRIONES MULTINUCLEADOS

B. Carrasco¹; M. Parriega¹; G. Arroyo¹; Y. Gil¹; M.J. Gómez¹; B. Coroleu¹; A. Veiga^{1,2}; M. Boada¹

1. Departament d'Obstètrica, Ginecologia i Reproducció. Hospital Universitari Quirón Dexeus. Barcelona.
2. Banc de Línies Cel·lulars. Centre de Medicina Regenerativa de Barcelona CMR[B]. Barcelona.

OBJETIVOS	RESULTADOS																																																																																																	
<p>Evaluar mediante tecnología <i>time-lapse</i> el desarrollo de embriones multinucleados, determinar tiempos de división, viabilidad y tasa de implantación</p>	<p>EMBRIONES Mn:</p> <ul style="list-style-type: none"> Retraso significativo en la desaparición de pronúcleos (DPN) y en la mayoría de los tiempos de división (Tabla 1) Tasa embriones evolutivos: 46,7% (121/259) (transferidos o criopreservados) Tasa de implantación: 26% (6/23) 																																																																																																	
MÉTODOS																																																																																																		
<p>Análisis retrospectivo comparativo de 259 embriones multinucleados (Mn) y 579 embriones no multinucleados (grupo control) procedentes de ICSI con ovocitos frescos, propios y sin DGP, cultivados en Embryoscope™</p> <p>Captura de imágenes: 5 planos focales cada 15 minutos</p> <p>Análisis estadístico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se compararon las medianas de los tiempos (h) de formación y desaparición de los pronúcleos (PN), división a 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 células (t2, t3, t4, t5, t6, t7 y t8), sincronía (s2=t4-t3; s3=t8-t5) y duración del segundo y tercer ciclo celular (cc2=t3-t2; cc3=t5-t3) entre ambos grupos mediante la prueba Wilcoxon Mann Whitney Se calculó la tasa de embrión evolutivo y tasa de implantación de los embriones multinucleados con 0% o 100% de implantación (KID) 	<p>Tabla 1.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">EMBRIONES NO MULTINUCLEADOS</th> <th colspan="3">EMBRIONES MULTINUCLEADOS</th> </tr> <tr> <th>MEDIANA</th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> <th>MEDIANA</th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DPN*</td> <td>24.04</td> <td>18.32</td> <td>34.35</td> <td>24.68</td> <td>17.17</td> <td>39.48</td> </tr> <tr> <td>t 2C*</td> <td>26.41</td> <td>19.62</td> <td>40.56</td> <td>27.17</td> <td>18.27</td> <td>42.15</td> </tr> <tr> <td>t 3C*</td> <td>37.86</td> <td>26.03</td> <td>48.59</td> <td>38.82</td> <td>23.25</td> <td>53.53</td> </tr> <tr> <td>t 4C</td> <td>39.01</td> <td>28.90</td> <td>55.26</td> <td>39.78</td> <td>27.58</td> <td>65.19</td> </tr> <tr> <td>t 5C*</td> <td>50.44</td> <td>34.08</td> <td>74.00</td> <td>50.14</td> <td>31</td> <td>76.59</td> </tr> <tr> <td>t 6C</td> <td>52.01</td> <td>39.76</td> <td>75.00</td> <td>53.29</td> <td>36.09</td> <td>98.61</td> </tr> <tr> <td>t 7C*</td> <td>53.49</td> <td>38.90</td> <td>76.25</td> <td>56.10</td> <td>35.48</td> <td>100.96</td> </tr> <tr> <td>t 8C*</td> <td>56.47</td> <td>40.41</td> <td>93.51</td> <td>59.11</td> <td>36.48</td> <td>117.62</td> </tr> <tr> <td>S2*</td> <td>1.00</td> <td>0.25</td> <td>13.50</td> <td>1.00</td> <td>0</td> <td>20.68</td> </tr> <tr> <td>S3*</td> <td>4.67</td> <td>0.33</td> <td>27.01</td> <td>9.35</td> <td>0.5</td> <td>61.92</td> </tr> <tr> <td>CC2*</td> <td>11.50</td> <td>0.67</td> <td>15.27</td> <td>11.67</td> <td>0.5</td> <td>17.72</td> </tr> <tr> <td>CC3*</td> <td>12.81</td> <td>1.25</td> <td>29.68</td> <td>13.00</td> <td>0.5</td> <td>30.95</td> </tr> </tbody> </table> <p>* dif. significativas</p>		EMBRIONES NO MULTINUCLEADOS			EMBRIONES MULTINUCLEADOS			MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO	DPN*	24.04	18.32	34.35	24.68	17.17	39.48	t 2C*	26.41	19.62	40.56	27.17	18.27	42.15	t 3C*	37.86	26.03	48.59	38.82	23.25	53.53	t 4C	39.01	28.90	55.26	39.78	27.58	65.19	t 5C*	50.44	34.08	74.00	50.14	31	76.59	t 6C	52.01	39.76	75.00	53.29	36.09	98.61	t 7C*	53.49	38.90	76.25	56.10	35.48	100.96	t 8C*	56.47	40.41	93.51	59.11	36.48	117.62	S2*	1.00	0.25	13.50	1.00	0	20.68	S3*	4.67	0.33	27.01	9.35	0.5	61.92	CC2*	11.50	0.67	15.27	11.67	0.5	17.72	CC3*	12.81	1.25	29.68	13.00	0.5	30.95
	EMBRIONES NO MULTINUCLEADOS			EMBRIONES MULTINUCLEADOS																																																																																														
	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO																																																																																												
DPN*	24.04	18.32	34.35	24.68	17.17	39.48																																																																																												
t 2C*	26.41	19.62	40.56	27.17	18.27	42.15																																																																																												
t 3C*	37.86	26.03	48.59	38.82	23.25	53.53																																																																																												
t 4C	39.01	28.90	55.26	39.78	27.58	65.19																																																																																												
t 5C*	50.44	34.08	74.00	50.14	31	76.59																																																																																												
t 6C	52.01	39.76	75.00	53.29	36.09	98.61																																																																																												
t 7C*	53.49	38.90	76.25	56.10	35.48	100.96																																																																																												
t 8C*	56.47	40.41	93.51	59.11	36.48	117.62																																																																																												
S2*	1.00	0.25	13.50	1.00	0	20.68																																																																																												
S3*	4.67	0.33	27.01	9.35	0.5	61.92																																																																																												
CC2*	11.50	0.67	15.27	11.67	0.5	17.72																																																																																												
CC3*	12.81	1.25	29.68	13.00	0.5	30.95																																																																																												



Figura 1. Embrón multinucleado (D2) con retraso en los tiempos de división y que alcanza el estado de blastocisto (D6)

CONCLUSIONES: Los embriones Mn presentan una morfocinética ligeramente alterada en los primeros días de desarrollo *in vitro* con respecto a los embriones sin Mn mostrando tiempos de división retardados y peor sincronía en las divisiones celulares. A pesar de ello, los embriones Mn pueden alcanzar el estado de blastocisto y dar lugar a gestaciones evolutivas por lo que no está justificada su exclusión.

SINGLE EMBRYO TRANSFER VS DOUBLE EMBRYO TRANSFER IN OOCYTE DONATION PROGRAM: A PILOT RANDOMISED CLINICAL TRIAL

E. Clua, R. Tur, B. Coroleu, I. Rodríguez, M. Boada, M. J. Gómez, P.N. Barri, A. Veiga

Hospital Universitari Quirón Dexeus. Department of Obstetrics, Gynaecology and Reproduction. Barcelona. Spain

INTRODUCTION
Multiple pregnancies are regarded as a complication of Assisted Reproductive Technologies (ART). In IVF/ICSI patients that compare elective single embryo transfer (eSET) with elective double embryo transfer (eDET) show that eSET reduces the risk of multiple pregnancy but at the expense of decreasing pregnancy and live birth rates. In Oocyte Donation (OD) all the studies are retrospective.

AIM: To demonstrate that eSET and eDET outcomes are similar in terms of efficacy in an OD program

MATERIAL AND METHODS:
Equivalences parallel group study. Randomisation 1:1 October 2010 and July 2012. A total of 65 patients were included: 34 (52.3%) in the eSET group and 31 (47.7%) in the eDET group. Inclusion criteria: patients between 18-50 years old, 1st or 2nd synchronous cycle, ≥5 embryos available for transfer (≥2 good-quality) on day 3. Variables examined: cumulative pregnancy and live birth rates (at 12 months), multiple pregnancy rate and the relationship between pregnancy rate and time needed to achieve pregnancy.

RESULTS

Characteristics of the study groups

	TES-1 (n = 34)	TES-2 (n = 31)
Donor's age	27.3 ± 4.5	28.5 ± 4.6
Recipient's age	40.4 ± 5.4	40.3 ± 4.7
Inseminated oocytes	12.8 ± 3.1	12.1 ± 3.3
Fertilized oocytes	9.8 ± 2.5	9.3 ± 2.4
Total embryos	7.4 ± 2.1	7.5 ± 2.7

Fresh embryo transfer

Pregnancy rate: eSET 47.1%, eDET 61.3% (P<0.001)

Twin pregnancy rate: eSET 0%, eDET 47.4%

Cumulative (fresh+cryopreserved cycles)

Cumulative pregnancy rate: eSET 72%, eDET 77%

Cumulative live birth rate: eSET 55%, eDET 55.1%

Time needed to level rates

3.5 months

CONCLUSION:
Our results show that the efficacy to transfer one or two embryos in OD is similar when considering cumulative pregnancy rates. Double embryo transfer involves an increased and unacceptable twin pregnancy rate. The clinical relevance of this study supports the recommendation to transfer a single embryo in OD patients.

OBTENCIÓN DE LA CERTIFICACIÓN LRA-2014/0001 PARA LA NUEVA NORMA UNE 179007, ESPECÍFICA PARA LOS LABORATORIOS DE TRA



Marta Luna García, Fina Gómez Cuesta, Mónica Parriego Beltrán, Marta Ballester Ferrer, Miquel Solé Inarejos, Patricia Montealegre Delgado, Buenaventura Coroleu Lletget, Montserrat Boada Palà
Departamento de Obstetricia, ginecología y Reproducción. Hospital Universitari Quiron Dexeus, Barcelona

OBJETIVO

Mejorar el estándar de calidad de los laboratorios de TRA mediante la certificación UNE 179007.

INTRODUCCIÓN

La legislación española sobre Reproducción Asistida exige que los laboratorios de TRA implementen un sistema de calidad (Ley 14/2006, artículo 19) (RD 1301/2006, artículo 16) Desde el 27 de noviembre de 2013, además de la norma ISO 9001 también esta disponible ASEBIR la norma UNE 179007, impulsada por ASEBIR y elaborada con AENOR.



MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestros laboratorios están certificados con la ISO 9001 desde 2008. Para la obtención de la nueva certificación UNE 179007 se revisaron los requerimientos específicos (procesos, infraestructuras, equipos y condiciones de trabajo) y se programó el trabajo de adaptación.

Se realizó la auditoría previa preceptiva en Diciembre 2013 y se pasó la auditoría certificadora en Enero 2014.

RESULTADOS

La revisión evidenció que el sistema de calidad implementado en nuestro centro ya cumplía con la mayoría de los requerimientos específicos de la UNE.

Para una completa adecuación se desarrollaron tres nuevos indicadores de calidad, se revisó el plan de contingencia general realizando uno específico para los laboratorios de TRA y se desarrolló una encuesta para valorar la satisfacción dirigida a los facultativos de nuestro servicio. Se obtuvo el certificado LRA-2014/0001 el 28 de enero de 2014. El informe de auditoría de AENOR destacó como puntos fuertes: las instalaciones, grado de conocimiento y experiencia del personal, condiciones ambientales, infraestructuras y equipos de los laboratorios, sistemas de control de las muestras criopreservadas, plan de contingencia, software de medición de los indicadores y la claridad y transparencia de la cartera de servicios.

- La nueva certificación UNE 179007 tiene la ventaja frente a otras normas de calidad que se ha creado específicamente para los laboratorios de TRA
- Tener previamente implementado un sistema de gestión de calidad robusto facilita la adaptación y obtención de la nueva certificación. UNE 179007
- Trabajar con un alto nivel de calidad facilita el trabajo aumentando la eficacia de los procesos, aportando mayor seguridad y mejorando los resultados lo que redundará en beneficio de los pacientes y del centro.



"UNE 179007": NEW QUALITY STANDARD FOR HUMAN ART LABORATORIES"

Ortiz N.; Luna M.; Ardoy M.; and Cabello Y.
Quality Interest Group of the Spanish Society for Reproductive Biology (ASEBIR)

INTRODUCTION

Human IVF units have been certified to ISO's management system standards, although this certification is not specific for the human ART labs. To ensure an efficient quality management in ART labs it's also necessary to define and standardise specific activity control, professional training and tasks and human and infrastructure resources.

Scientific associations have had different initiatives to unify human IVF labs standards and to improve the quality management. These include the Certification for embryologists (ASEBIR; ESHRE), Best Practice Guidelines, Guidelines for human and infrastructure resources, etc.

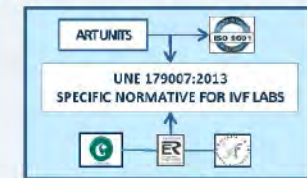
OBJECTIVE/PARTICIPANTS

The aim of this new quality standard, UNE 179007, was to define specific requirements for human ART labs to improve quality and welfare safety. It establishes common criteria regarding professional qualification, processes and responsibilities, characteristics and controls on infrastructure and equipment, product traceability and safety and quality lab indicators. It's a National Norm developed by the Spanish Association of Normalisation and Certification (AENOR).

The committee to write the UNE was represented by members of scientific associations, public and private human IVF units, AENOR, professional associations and health administration.

Each ISO 9001's chapter was analysed and adapted to specific requirements of human ART lab.

Consensus for each chapter was mandatory. The final document was approved by AENOR.



MAIN RESULTS

The new quality standard for Human ART laboratories, "UNE 179007", has increased ISO 9001 requirements by definition of human training (e.g., embryology lab's responsible must have a biomedical science degree, a PhD or Master degree and more than 5 years of work experience); professional tasks (e.g., responsible for the embryology, andrology and cryopreservation laboratory); minimum human and infrastructure resources plus environmental conditions needed (e.g., cleaning and disinfection, personnel clothing, air conditioning, air recycling and filters, positive pressure); labs equipment control (e.g., calibration and validation, control type, frequency, parameter, measurement range, acceptance criteria), traceability (e.g., embryologist, culture media, material and equipment in each process); lab indicators (process, method, periodicity, standard value); and product preservation (e.g., contingency and transport protocol, product data saved in 2 supports).

Once the human ART labs begin getting certification by UNE 179007 (published on November 2013) the AENOR Committee and the Interest Group of Quality (ASEBIR) are permanently active and able to do a feedback work to keep the Norm up-to-date.

WIDER IMPLICATIONS

UNE 179007 was implemented to adapt ISO 9001 to the human ART labs. This new quality management system will allow the certificated labs to improve the monitoring and measuring process by the standardisation of the specific lab processes. All together it will improve the quality of their services, increase their results and will also benefit the comparison among certificated labs. UNE 179007 also intends to be an international standard for human ART labs.

UTILIZACION DE CORIFOLITROPINA ALFA EN EL TRATAMIENTO DE ESTIMULACION OVARICA EN DONANTES

Pérez Calvo, Alicia; Martínez Francisca; Buxaderas María Rosario; Rodríguez Dalia; Luna Marta; Clua Elisabet; Rodríguez Ignacio; Coroleu Buenaventura.

Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona.



OBJETIVO

Evaluar los resultados del uso de corifolitropina alfa en la estimulación ovárica de las donantes de ovocitos.

INTRODUCCIÓN

La corifolitropina alfa es una hormona foliculo estimulante de acción sostenida de modo que una única inyección de la dosis de corifolitropina alfa puede sustituir las siete primeras inyecciones diarias de cualquier preparado de FSH.

La incorporación de corifolitropina alfa a los protocolos de estimulación de donantes pretende reducir el número de inyecciones diarias necesarias y disminuir la incomodidad del tratamiento, sin afectar a su eficacia.

PACIENTES Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de ciclos de donación de ovocitos:
-45 donantes de ovocitos
-48 receptoras.

-Periodo: Enero 2013 - Junio 2013 en Hospital Universitario Quirón Dexeus.

Variable principal:

-número de ovocitos recuperados
-tasa de embarazo en las receptoras

RESULTADOS

DONANTES	N= 45	1 (2.2%) descartada por mala respuesta
Edad	26.43±3.91	
IMC	22.12±2.86	
AMH(ng/ml)	3.96±2.73	
RFA	20.39±5.97	Días estimulación: intervalo entre inyección de Ectoval® y descarga pre-ovulatoria

CARACTERÍSTICAS RESPUESTA	
Días estimulación*	9.02±2.1
Dosis total de gonadotropinas (IU)	463.48±319.25
Nº foliculos > 10mm día bCG	17.97±5.091
Nº ovocitos recuperados	15.69±7.03
Nº de ovocitos maduros	12.8±6.39
Nº ovocitos donados en fresco	8.76±6.15
Nº ovocitos vitrificados	5.27±7.15

RECEPTORA EN FRESCO		48 receptoras
Edad	42.82±4.29	33 recepción ovocitos en fresco
Nº Ovocitos recibidos	11.70±3.50	12 recepción ovocitos vitrificados
Nº Ovocitos Inseminados	11.67±3.52	
Nº Ovocitos Fecundados	8.58±2.54	
Nº embriones evolutivos	6.30±2.47	
Nº embriones transferidos	1.48±0.67	
Nº embriones congelados	4.82±2.43	
Calidad embriones transferidos	8.73±1.63	
Calidad embriones congelados	7.51±1.47	
Calidad embriones totales	7.81±1.45	

RECEPTORA VITRIFICADOS		TASA DE EMBARAZO
Edad	42.07±5.80	54.5% → ovocitos en fresco
Nº Ovocitos recibidos	7.53±2.33	46.6% → ovocitos vitrificados
Nº Ovocitos Inseminados	7.33±2.44	
Nº Ovocitos Fecundados	4.87±2.29	
Nº embriones evolutivos	3.47±1.55	
Nº embriones transferidos	1.67±0.49	
Nº embriones congelados	1.80±1.78	
Calidad embriones transferidos	7.73±2.45	
Calidad embriones congelados	6.90±2.65	
Calidad embriones totales	7.22±2.23	p= 0.534

PROTOCOLO DE ESTIMULACION



Corifolitropina alfa [Elonva®]: dosis en función del peso corporal (100-150 microgramos)
 <60 kg → 100 microgramos; > 60kg → 150 microgramos
 antagonista-GnRH 0,25mg/día; foliculo ≥14mm
 Gonadotropinas: FSH+ o FSH+ + HMG
 Descarga pre-ovulatoria con bolo de agonista de GnRH 0,2ml cuando >3 foliculos ≥ 18 mm diámetro mayor.

Análisis Estadístico: media, desviación típica; Chi-Cuadrado, Test exacto de Fisher

CONCLUSIONES

El uso de corifolitropina alfa en estimulación ovárica en donantes de ovocitos es una **alternativa conveniente** al uso de inyecciones diarias de FSH.

Embarazo Ectópico en TRA en el Hospital Universitario Quirón-Dexeus: Factores de riesgo asociados.

Autores: D. B. Rodríguez; F. Martínez; I. Rodríguez; C. De La Cruz; B. Coroleu.
 Hospital: Hospital Universitario Quirón-Dexeus.

OBJETIVOS

Evaluar la incidencia de embarazo ectópico (EE) en pacientes de TRA y analizar los factores de riesgo asociados.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 3170 embarazos intrauterinos (EIU) y 57 EE.

> Análisis de las gestaciones conseguidas por TRA (FIV/ICSI/CT/REC) entre 2009-2013.

• Características generales de los ciclos de tratamiento y de la transferencia embrionaria.

> Se comparan los EIU con los EE.

Variables	EIU	EE
Eclad	37.5 ± 6.0	38.4 ± 4.9
Endometrio (mm)	11.0 ± 1.9	11.2 ± 2.6
Nº embriones transferidos	1.91 ± 0.4	1.91 ± 0.5
Calidad embrionaria*	8.2 ± 1.4	7.7 ± 1.8
Dificultad transfer**	9.2 ± 1.2	9.4 ± 1.2
Distancia (mm) catéter-fundus	14.8 ± 2.4	14.8 ± 2.3

RESULTADOS

Whitney % EE según día transferencia

D+2:	D+3:	D+5:
1.4%	2.3%	2.2%

* Calidad embrionaria: Score Dexeus. embriones óptimos 8,9,10.

** Dificultad transferencia: fácil 8-10; difícil 6-7; muy difícil < 6.

De un total de 3227 embarazos, 57 fueron EE: **Incidencia global = 1.8%.**

> Incidencia de EE en FIV = 1.7%

> Incidencia de EE en CT = 2.4% (p :n.s.).

CONCLUSIONES

> No se ha identificado ningún factor predictivo de riesgo de Embarazo Ectópico en TRA.

> Su incidencia no depende de ninguna de las características analizadas, del día o del tipo de TRA.

> Es importante asesorar a las pacientes que realizan TRA de todos los riesgos, incluyendo la posibilidad de EE.

Development of an NGS-based solution for the identification of individuals carrying recessive genetic mutations in reproductive medicine



B. Rodríguez-Santiago¹, A. Abul¹, M. García-Aragónes¹, M. Bouda¹, X. Armerigo¹, M. Párrago¹, E. Clua¹, M. del Campo¹, B. Correo², A. Veiga³, X. Estivell³, L.A. Pérez-Jurado³, LL Armerigo³, P.N. Barf³
 1 qGenomics, R&D department, Barcelona, Spain
 2 Hospital Universitari Quirón Dexeus, Department of Obstetrics Gynecology and Reproduction, Barcelona, Spain.
 3 Universitat Pompeu Fabra, Genetics Unit, Health and Experimental Sciences Department, Barcelona, Spain.

Study Motivation

- Identification of couples at risk of transmitting a recessive genetic disorder allows them to take informed and responsible actions regarding their reproductive plans.
- Next Generation Sequencing (NGS) is revolutionizing genetic research and diagnosis in reproductive medicine.
- Can NGS technologies efficiently evaluate the carrier status of most commonly mutated genes in recessive disorders?

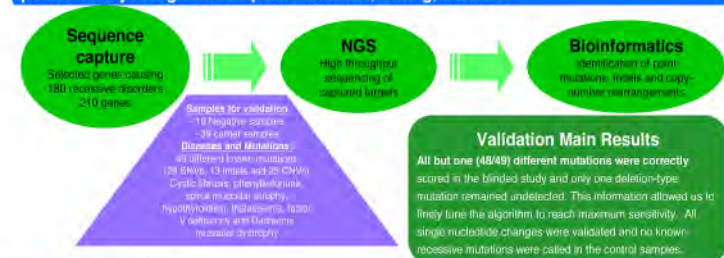
Carrier Genetic Screenings until now
 Targeted Mutation SNP-based microarrays
 Only known mutations
 - Point and small insertions/deletions
 - Increased residual risk
 - In principle no variants of unknown significance (VOUS)

NGS Carrier Screening developed (qGenes)
 - More genes and diseases
 - Any type of mutation
 - Cost-effective
 - Reduced residual risk
 - Higher chance of VOUS detection

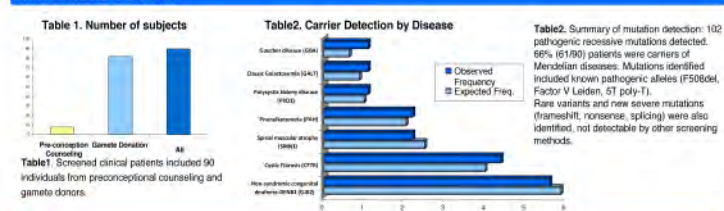
Study Goal

Development of an NGS-based approach targeting genes causing prevalent and severe recessive diseases for testing healthy couples undergoing ARTs and egg/sperm donors in donation programs, to reduce the odds of passing a recessive or X-linked disorder to the offspring.

qCarrier Study Design - Participants/materials, setting, methods



First Clinical Results



Conclusions

- NGS increases carrier detection rates of recessive diseases.
- This test can be applied in donor/receptor matching and in a preconception context for couples willing to know genetic risks.
- Current knowledge of the real extent of human genetic variation might be a major limitation in data interpretation.

Identification of previously unknown variations challenges the communication of results. Our findings also demonstrate that previously reported disease-causing mutations are not real. This emphasizes the absolute need for an adequate pre and post-test genetic counselling that clearly states the advantages and limitations of the current knowledge.

Study funding (sponsoring (funded)) funding by commercial/corporate company(ies) qGenomics and Hospital Universitari Quirón Dexeus.

Embryo rescue: Outcome from vitrified blastocysts arising from embryos unsuitable for cryopreservation on day 3

Miguel Solé¹, Cristina Escobedo¹, Clara González¹, Montse Boada¹, Francisca Martínez¹, Corina Dürenaventura¹ and Aline Veiga²
 1 Departament d'Obstetrícia, Ginecologia i Reproducció, Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona.
 2 Banc de Línies Cel·lulars, Centre de Medicina Regenerativa de Barcelona CMRB

OBJECTIVE

To establish the developmental potential and implantation rate of embryos considered unsuitable for cryopreservation on day 3.

DESIGN

- Retrospective study between 2010-2013.
- Embryos not considered suitable for cryopreservation on day 3 were cultured to the blastocyst stage.
- Blastocyst rate and implantation rate were analyzed to establish their viability.

MATERIALS AND METHODS

- A total of 2615 embryos from 1027 patients were cultured to the blastocyst stage between 2010-2013.
- Embryos included were classified in 3 categories:
 - Slow developing embryos : <6 blastomeres (n=575)
 - Fast developing embryos : >13 blastomeres and/or signs of compaction (n=642)
 - High degree of fragmentation embryos : >30% fragmentation (n=145)
 - Multinucleated embryos : presence of multinucleation (n=1135)
 - Cleaving embryos that did not show fertilisation signs on day 1: No PN (n=117)
- Chi-Square Test was used to compare proportions between groups.
- We analyzed the developmental ability of the embryos included and the vitrified/warming cycles outcome.
- Clinical pregnancy was determined by the observation of positive foetal cardiac activity at 6 weeks of gestation.

RESULTS

- A total of 571 blastocysts were obtained from 2615 not suitable embryos for cryopreservation on day 3 (21.8%).
- Fast developing embryos, those with no signs of fertilization and multinucleated embryos showed similar blastocyst rate (Fig. 1).
- A significantly lower blastocyst rate was obtained with slow developing embryos and fragmented embryos.
- High survival and implantation rates are obtained after warming and transfer (Table 1).
- The overall implantation rate was 41.8%

Vitrified/warming cycles	
Number of procedures	50
Age (Mean±SD)	37.64±1.64
Warmed blastocysts per transfer (Mean±SD)	1.34±0.65
Survived blastocysts (%)	91.0
Embryos transferred	91
Transferred embryos (Mean±SD)	1.22±0.40
Pregnancy rate per transfer (%)	40.0
Implantation rate (%)	41.8
Miscarriage rate (%)	20



Figure 1: Blastocyst rate of different groups

Universitat Quirón Dexeus

UNB

4.4. SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

28

Congreso Nacional de Ecografía Obstétrica Ginecológica SESEGO

BALUARTE INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

16, 17 y 18 de Mayo

ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO en una paciente joven

Barbany Freixa, N; Pascual Martínez, MA; Graupera Nicolau, B; Horetzer Romeu, L; Labastida Nicolau, R; Treserra Casas, F.

INTRODUCCIÓN

La neoplasia de endometrio a pesar de ser el cáncer ginecológico más frecuente es el que tiene una mayor tasa de curación entre ellos. La edad media de su aparición es entre los 50 y 70 años, pero el 25% aparece en mujeres menores de 40 años. Su principal factor de riesgo es una exposición estrogénica prolongada en ausencia del efecto compensatorio de la progesterona. La ecografía ginecológica debería ser el escáner inicial ante la sospecha clínica de un cáncer de endometrio, siendo el estudio anatomopatológico de una muestra de la cavidad endometrial quien confiera el diagnóstico definitivo.

CASO CLÍNICO

Datos de la paciente:
 -39 años.
 -IMC 19. Masaquía: 14 años.
 -No antecedentes personales de interés. TPAL: 0.0.0.0.
 -Antecedentes familiares: hermano fallecido de adenocarcinoma gástrico.

Motivo de consulta: Revisión ginecológica anual
 Periodos de ataxia menstrual con empujones de hasta 3 meses

Pólipo endometrial

Histeroscopia diagnóstica

Proliferación neofrmitiva

Biopsia endometrial

ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO bien diferenciado

Estudios complementarios:
 -RMN
 -Marcadores tumorales

Negativo

Tratamiento quirúrgico: HISTERECTOMÍA TOTAL + DOBLE ANEXECTOMÍA

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

BIOPSIA DE MICROCALCIFICACIONES DE MAMA BAJO GUIA ESTEREOTÁXICA. FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS RESULTADOS.

Casas F, Labastida R, Navarro D, B. Benito J, L. Treserra C, F. Barbany F. Diagnóstico Ginecológico por la Imagen. Departamento de Ginecología, Obstetricia y Reproducción. Servicio de Anatomía Patológica*. INSTITUT UNIVERSITARI QUIRÓN DEXEUS*. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La Biopsia percutánea es una alternativa a la biopsia quirúrgica debido a su precisión y coste-efectividad, ya que 50-70 % de las microcalcificaciones corresponden a lesiones benignas.

Objetivos

Valorar exactitud diagnóstica de la biopsia estereotáxica de microcalcificaciones en mama prena con aguja de vacío DC. Se correlaciona el resultado anatómico patológico con el diagnóstico de la biopsia quirúrgica en los casos intervenidos, en función de la presencia de microcalcificaciones, el tamaño de la lesión y el número de cilindros.

Material y Métodos

- 166 biopsias (Enero 2008 a Julio 2012)
- Microcalcificaciones escasas: 4 (2.4%)
- BI-NADS 5 (3.0%)
- BI-NADS 2 (1.2%)
- BAV (p 0) guía estereotáxica con masa prena
- 104 casos intervenidos.
- 62 casos seguimiento (media 30.36 meses, rango 6-72 meses).

Le BAV evitó la cirugía en 62 casos (37.34%)

Resultados

	Benigno	Ca. in situ	Ca. infiltrante	MUA	TOTAL
Benigno	24	4	2	1	31
Alto riesgo	11	3	2	3	19
Ca. in situ	2	30	0	0	40
Ca. infiltrante	0	2	12	0	14
TOTAL	37	39	24	4	104

INFRavaloraciones: 13 (7.8%) FALSOS NEGATIVOS: 6 (3.6%)

BI-NADS	ESPECIE	MICROCALCIFICACIONES	DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO	SEGUIMIENTO
ALTO RIESGO (n=5)	CDIS	Presentes (n=4)	5-25 mm	6-24
	CDI (n=2)	Escasas (n=1)	6-24	7-24
CDIS (n=6)	CDI	Presentes (n=6)	6-24 mm	7-20

BI-NADS	ESPECIE	MICROCALCIFICACIONES	DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO	SEGUIMIENTO
Ausentes (n=3)	CDIS	Ausentes	6-13 mm	7-24
	CDI	Escasas (n=2)	6-10 mm	10-17
Presentes (n=1)	CDIS	Presentes	10 mm	20

CONCLUSIONES

En la biopsia de microcalcificaciones bajo guía estereotáxica con aguja de vacío es esencial obtener microcalcificaciones en los cilindros en cantidad suficiente; si no se encuentran presentes o son escasas, existe diferencia estadísticamente significativa en el aumento de la tasa de Falsos Negativos.

Fundación Dexeus CATEGORÍA DE INVESTIGACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA URB



5. Tesis doctorales, ensayos clínicos y líneas de investigación

5.1. Tesis doctorales

5.2. Ensayos clínicos

5.3. Líneas de investigación

5.1. Tesis doctorales

Salud de la mujer Dexeus reconoce como una importante aportación al patrimonio científico de la especialidad, la suficiencia investigadora que inicialmente exige una tesis doctoral, así como su propia realización.

Con este afán, nuestro Departamento da soporte metodológico y material a los profesionales del ámbito gineco-obstétrico, para el adecuado planteamiento técnico-científico y posterior desarrollo, aportando la figura y tutela del Director de Tesis o de miembros del Tribunal de Tesis.

TESIS DE SALUD DE LA MUJER DEXEUS

ELENA SCAZZOCCHIO. "Predicción de la preclampsia y sus complicaciones", presentada en la Universidad de Barcelona, el 20 de febrero de 2014. Directores: Dr. Francesc Figueras y Dr. Eduard Gratacós.

EVA MELER. "Prediction of maternal and fetal complications in patients with preeclampsia", Presentada en la Universidad de Barcelona el 11 de diciembre de 2014. Directores: Dr. Francesc Figueras y Dr. Eduard Gratacós.

MIQUEL SOLÉ. "Criopreservació i tècniques de reproducció assistida humana". Presentada en el Hospital Universitario Quirón Dexeus, el 11 de diciembre de 2014. Directores: Dra. Anna Veiga y Dr. Josep Santaló.

SONIA BAULIES. "Predictive factors of response to neoadjuvant chemotherapy in breast cancer". Tesis con mención europea, presentada el 28 de abril de 2014. Directores: Prof. Jordi Xercavins y Dra. Maite Cusidó.

COLABORACIONES EN TESIS

COMAS C. Tribunal de tesis doctoral de Elena Scazzocchio "Predicción de la preeclampsia y sus complicaciones". Dirigida por Francesc Figueras y Eduard Gratacós. Presentada en Barcelona el 20 de febrero del 2014.

COMAS C. Tribunal en tesis doctoral de Cristina Casanova. Influencia de las técnicas de reproducción asistida en el cribado de aneuploidias de las 11-13 semanas. Dirigida por Vicente Serra, José Bellver y Nicolás Garrido, IVI. Presentada en Valencia el 26 de mayo del 2014.

5.2. Ensayos clínicos

Las ciencias médicas prosperan en cuanto que dichos avances demuestran su efectividad.

Ello sólo es posible con el desarrollo de metodologías de investigación que, bajo hipótesis de eficacia sólidas, experimentación de laboratorio y en animales en las fases iniciales de investigación, permiten su posterior verificación en entornos reales y de aplicación en humanos. El método científico, sin embargo y más en estos casos, se somete con la más rigurosa exigencia ética.

Salud de la Mujer Dexeus apoya el diseño, planificación y desarrollo de ensayos clínicos en Fase III y IV, que bajo el impulso promotor de nuestros facultativos se presentan, para su aprobación al Comité Ético de Investigación Clínica del Instituto Universitario Dexeus.

Evaluados y aprobados durante el año 2010 por el Comité Ético de Investigación Clínica de USP-Instituto Universitario Dexeus.

SERVICIO DE OBSTETRICIA

PreNATUS Trial Natera: prenatal non invasive aneuploidy testing using SNPs study. Protocol GSN012B. Ensayo clínico multicéntrico internacional.
Investigador principal:
C. Comas

AAS para la mejora de la invasión trofoblástica en gestantes con Doppler patológico en las arterias uterinas a las 11-14 semanas. Estudio multicéntrico randomizado a doble ciego de grupos paralelos en fase II.
Investigador principal:
E. Scazzocchio

Utilidad del PLGF en la predicción de la preeclampsia precoz en mujeres consideradas de alto riesgo según el test de cribado integrado realizado en el primer trimestre de la gestación. Estudio multicéntrico internacional.
Investigador principal:
E. Scazzocchio

Desarrollo de métodos predictivos basados en la integración de factores prenatales y postnatales para la detección de neurodesarrollo anómalo en cardiopatías congénitas. Estudio multicéntrico nacional.
Investigador principal:
Q. Ferrer

Estudio de reproducibilidad y validación de la tele-ecografía en 3D aplicada a la neurosonografía fetal.

Estudio multicéntrico nacional de 3 años de duración.
Investigador principal:
MA. Rodríguez

Participación en el proyecto PESAPRO.
Estudio multicéntrico randomizado para el tratamiento de las pacientes con cérvix inferior a 25mm en ecografía de segundo trimestre. Aleatorización a progesterona versus pesario.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

Radioterapia parcial de la mama. Estudio prospectivo donde se evalúa la aplicación de radioterapia parcial de la mama en pacientes con cáncer de mama.
Investigador principal:
R. Fábregas

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

Ferring ESHTER-2 a controlled, assessor-blind, parallel groups, multicentre, multinational trial evaluating the immunogenicity of FE 999049 in repeated cycles of controlled ovarian stimulation in women undergoing

an assisted reproductive technology programme.

Investigador principal:
PN. Barri

FSH-IBSA en pacientes FIV: Randomised clinical trial comparing purified FSH formulation (Fostimon) and recombinant FSH (GonalF) in GnRH-antagonist controlled ovarian hyperstimulation cycles.

Investigador principal:
PN. Barri

Ensayo de fase III, aleatorizado, controlado, simple ciego, multicéntrico, de grupos paralelos para evaluar la eficacia y la seguridad de Pergoveris® (folitropina alfa y lutropina alfa) y GONAL-f® (folitropina alfa) para el desarrollo multifolicular como parte de un ciclo de tratamiento con tecnología de reproducción asistida en pacientes con respuesta ovárica deficiente, según su definición conforme a los criterios de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología - ESPART
Investigador principal:
B. Coroleu

5.3. Líneas de investigación

Sea a través de las becas dotadas por la Fundación o a través de las ayudas específicas a los investigadores de las diferentes ramas del saber en el ámbito de la Ginecología, la Obstetricia y la Reproducción Humana, el Departamento consolida áreas de investigación preferencial en la especialidad.

Los estudios en torno a la mejora de la efectividad en las técnicas de reproducción asistida, la oncología ginecológica y la mastología en sus nuevos abordajes individualizados y el diagnóstico prenatal en su máxima expresión preventiva son claros ejemplos de las líneas priorizadas en nuestro esfuerzo investigador.

SERVICIO DE OBSTETRICIA

- La predicción de resultado perinatal adverso mediante el cribado bioquímico temprano de aneuploidías (PAPP-A de primer trimestre, AFPSM en segundo trimestre, implicaciones de los valores extremos de los marcadores bioquímicos).
- Estrategias de mejora de la efectividad del cribado de aneuploidías mediante nuevos marcadores (valor de la integración de un factor de corrección del IP arterias uterinas) y en gestaciones gemelares (estrategia de elección).
- Incorporación del test no invasivo (TNI) de aneuploidías en sangre materna mediante la determinación de DNA fetal: Efectividad en gestaciones únicas, experiencia preliminar en gestaciones gemelares, indicaciones, estrategias de elección y efectividad según riesgo poblacional, incorporación de panel de microdeleciones.
- Eficiencia y seguridad de las técnicas de cribado y diagnóstico prenatal invasivo de aneuploidías.
- Elaboración y uso asistencial de curvas de biometrías fetales propias, en gestaciones únicas y gemelares, factores de corrección según modo de gestación (espontánea versus TRA).
- Pronóstico de la agenesia del ductus venoso en la era del diagnóstico prenatal temprano.
- Valoración ecográfica de nuevos hallazgos no sistemáticamente evaluados (segmento uterino en cesárea anterior, cono medular).

- Fiabilidad del diagnóstico prenatal de anomalías congénitas: correlación entre los hallazgos ecográficos e histopatológicos.
- Arrays prenatales: Comparación de resultados con el estudio citogenético clásico, valor añadido según indicación.
- Asociación de defectos congénitos y técnicas de reproducción asistida.
- Predicción y prevención de la preclampsia y crecimiento intrauterino restringido (estudio Doppler de las arterias uterinas en primer y segundo trimestre, combinación con otros factores de riesgo clínicos y bioquímicos, curvas de normalidad de PIGF en primer trimestre, efectividad de la administración temprana de AAS, predicción de PE temprana y tardía, elaboración y efectividad de la predicción mediante integración de factores de riesgo en un algoritmo de validez clínica).
- Nuevas tecnologías: reproducibilidad y validación de la tele-ecografía 3D en neurosonografía fetal.
- Desarrollo de métodos predictivos en la detección de anomalías del neurodesarrollo en cardiopatías congénitas.
- Control de calidad en las diferentes estrategias de cribado y diagnóstico empleadas en medicina materno-fetal (CUSUM del ductus venoso, arterias uterinas).
- Predicción de la preclampsia (PE) tardía, mediante parámetros clínicos maternos.
- Estrategias de prevención de la prematuridad.
- Mastitis.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

a) Ginecología Oncológica y Patología Mamaria

- Ganglio centinela en el cáncer de mama. Estudio multicéntrico prospectivo comparativo de ganglio centinela vs linfadenectomía en pacientes con micrometástasis en GC.
- Cáncer de mama en varones.
- Revisión de las preservaciones de la fertilidad en pacientes oncológicas.
- QT neoadyuvante en cáncer de mama. Línea dónde se valora una cohorte de pacientes con cáncer de mama que han recibido quimioterapia neoadyuvante y se analizan factores histológico y moleculares que pueden estar asociados a la respuesta tumoral.

- Valor de las pruebas de imagen PET y RM como predictor de respuesta a la QT neoadyuvante.
- Carcinoma in situ de mama. Estudio multicéntrico iniciado en 2004 dónde se realiza seguimiento de las pacientes con CDIS.
- Ganglio centinela en el cáncer de endometrio. Estudio prospectivo iniciado en 2011.
- Supervivencia de los cánceres de ovario en estadio III.
- Sarcomas uterinos.
- Consulta de riesgo oncológico.
- DO y cáncer de mama.
- Cáncer de mama y embarazo.
- Citología de mama.

b) UPC

- Detección del HPV intraoperatorio vs 6 meses postconización.
- Estudio de Chlamydia.
- Valor de la citología posthisterectomía.
- Células glandulares anormales en citología.

c) Suelo Pélvico

- Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).
- Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante prótesis Remex.

- Estudio Oasis.
- Fisioterapia.
- Neuralgia del nervio pudendo.
- Impacto de la fisioterapia en el tratamiento de los desgarros perineales postparto de tercer y cuarto grado.

- Promontofijación.

d) Infancia y Adolescencia

- Hemorragia en adolescentes.
- ETS en adolescentes.
- Contracepción.

e) Menopausia

- Densidad mineral ósea y hipovitaminosis.
- Aceptación y adherencia al tratamiento hormonal en mujeres con síndrome climatérico.

f) Ginecología General y Quirúrgica

- Dehiscencia cicatriz de cesárea.
- Mutilación genital.
- Endometriosis.
- Embarazo ectópico.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

- Simplificación estimulación donantes: Corifolitropina D5-D7.
- Baja respuesta: Andrógenos (estudio TRANSPORT), Estimulación doble o encadenada.
- Fallo de implantación: factor endometrial, Vitamina D (en evaluación la posibilidad de realizar estudio).
- Valoración morfocinética embrionaria.
- Q-carrier: preconcepcional.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

1. Screening cáncer de ovario

2. Ecografía 3D y nuevas herramientas en Ginecología

- Ovario
 - Quistes mucinosos.
 - Simple descriptors.
 - Follow-up quistes dermoides.
- Útero y Endometrio
 - Tesis en marcha: eco 3D y cancer de endometrio (Dra M Simón).
 - Estudio por imagen sarcomas uterinos.
 - CUSUM malformaciones uterinas.
 - Variabilidad interobservador.

- Suelo pélvico
 - Evaluación eco 3D de mallas reparadoras.
 - Estudio HIATO.
- Endometriosis profunda
 - Reunión Consenso en ISUOG 2014.
 - Colaborativo con Univ.Navarra y Cagliari (Italia).
- Mama
 - Elastografía.
 - Estudio PHILIPS.
 - Estudio Densidad mamaria. ABVS.

3. Intervencionismo mamario

- Resultados Esterotaxia

4. RM mama

- a. Papel de la RM en el cáncer de mama infiltrante.
- b. Microcalcificaciones y Neoadyuvancia.

5. Estudios multicéntricos internacionales

- IOTA (International Ovarian Tumor Analysis).
- IETA (International Endometrial Tumor Analysis).
- IDEA (international Deep Endometriosis Analysis).



6. Actividades de comunicación

- 6.1. Comunicados de prensa
- 6.2. Medios de comunicación

6.1. Comunicados de prensa

Las actuaciones del Departamento de Comunicación se han centrado en conseguir el máximo impacto mediático de todos los actos del Departamento.

Algunos de los comunicados han sido objeto de noticias, reportajes o entrevistas en los medios de comunicación, y otros simplemente han sido una herramienta para comunicar e informar de novedades o hechos destacables de Salud de la mujer Dexeus.

SALUD DE LA MUJER DEXEUS, PRIMER CENTRO CERTIFICADO CON LA NUEVA NORMA DE CALIDAD UNE 179007
27/01/2014

La norma, impulsada por ASEBIR en colaboración con AENOR, persigue la excelencia y seguridad de los Laboratorios de Reproducción Asistida, asegurando la

existencia de protocolos normalizados, definiendo indicadores de calidad específicos y promoviendo la gestión basada en la calidad.

Presentada en noviembre de 2013, la UNE 179007 es la primera norma sectorial para Laboratorios de Reproducción Asistida.



LA FUNDACIÓN DEXEUS SALUD DE LA MUJER HA RECONSTRUIDO A 52 MUJERES TRAS SUFRIR ABLACIÓN
05/02/2014

El programa de reconstrucción genital post ablación liderado por el Dr. Pere Barri Soldevila ha tratado gratuitamente a 13 mujeres durante el 2013, devolviéndoles el aspecto y la capacidad sensitiva de su zona genital.

La edad media de las pacientes es de 26 años, pero las mujeres que consultan y se informan sobre la operación son cada vez más jóvenes.

EL DR. RAFAEL MATESANZ RECIBE EL PREMIO FUNDACIÓN DEXEUS SALUD DE LA MUJER POR SU LIDERAZGO EN EL CAMPO DE LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS
21/02/2014

La entidad reconoce la labor y la estructura de la ONT que ha posicionado a España



como líder en trasplantes y donaciones de órganos a nivel mundial. El Dr. Pedro N. Barri, presidente de Salud de la Mujer Dexeus, ha definido al Dr. Matesanz como "referencia en España en innovación y calidad en la gestión médica".

SALUD DE LA MUJER DEXEUS REDUCE A 10 DÍAS LA DURACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE FECUNDACIÓN IN VITRO, EN LUGAR DE LAS 4 O 6 SEMANAS CONVENCIONALES
17/03/2014

Se trata de una nueva estrategia de estimulación que deja de depender de la fecha de la menstruación.

Han nacido los primeros bebés en España mediante esta técnica, demostrando que la calidad de los óvulos es buena y la tasa de éxito es equivalente a la de la técnica convencional.

SALUD DE LA MUJER DEXEUS Y WOMEN'S SECRET LANZAN UNA LÍNEA DE BAÑO PARA MUJERES OPERADAS DE CÁNCER DE MAMA
19/05/2014

Salud de la Mujer Dexeus y Women's secret dan un paso más en su compromiso con la mujer, su salud y su feminidad y lanzan Special Post-Surgery Bras Swimwear, una línea de baño diseñada especialmente para que las mujeres que se han sometido a una mastectomía a



causa de un cáncer de mama puedan seguir manteniendo su feminidad, con prendas adaptadas, cómodas y a la moda. Profesionales expertos del área de ginecología oncológica y mamaria y pacientes de Salud de la Mujer Dexeus han asesorado a diseñadores y patronistas de Women's Secret para crear esta colección, que está disponible en tiendas.

TRAS 30 AÑOS DEL NACIMIENTO DEL PRIMER BEBÉ PROBETA EN ESPAÑA, LA EFICACIA DE LA FECUNDACIÓN IN VITRO PASA DEL 15 AL 60%
08/07/2014

Salud de la Mujer Dexeus ha conseguido reducir la tasa de embarazo múltiple y parto prematuro así como la hiperestimulación ovárica y acortar el tiempo necesario para que el ciclo de tratamiento culmine con éxito.

CRECE LA DEMANDA DE ÓVULOS DE DONANTE A CAUSA DEL RETRASO DE LA MATERNIDAD
01/10/2014

El 35% de los ciclos de Fecundación In Vitro de Salud de la Mujer Dexeus se realizan con óvulos de donante. El cambio en el perfil de la paciente incrementa la necesidad de donantes



puesto que el retraso de la maternidad en muchos casos impide que se pueda recurrir a óvulos propios.

INTERNET ES LA PRIMERA FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD DE LAS ADOLESCENTES
06/11/2014

Los expertos alertan: los jóvenes tienen mayor acceso a la información pero no todo lo que encuentran en la red es cierto. El Symposium Internacional organizado por la Fundación Dexeus Salud de la Mujer analiza el impacto del mundo digital en la salud sexual.

SALUD DE LA MUJER DEXEUS COMBATE AL DR. GOOGLE CON UN NUEVO ESPACIO DE INFORMACIÓN 2.0 PARA MUJERES
17/12/2014

La nueva web del centro potencia la interactividad y nace con la vocación de ser punto de referencia de información ginecológica tanto para pacientes, que contarán con su espacio privado, así como para profesionales de la salud.



6.2. Medios de comunicación

Fecha	Medio	Tema	Título	Participación	Link
02/01/14	Saber Vivir	Menopausia	Cómo mejorar los sofocos para mejorar tu día a día	Montserrat Manubens	
07/01/14	Crecer Feliz	Parto	¿Será una horita corta?	Sofía Fournier	
16/01/14	Radio Enlace	Dispareunia	Dispareunia: Dolor durante el coito en la mujer	Stefanie Redon	http://www.ivoox.com/saludario-programa-17-sobre-dolor-durante-coito-audios-mp3_rf_2720686_1.html
29/01/14	El Economista	Reproducción asistida	Dexeus da un paso más	Montse Boada	http://www.eleconomista.es/catalunya/noticias/5497518/01/14/Dexeus-da-un-paso-mas-.html
01/02/14	Revista AENOR	Reproducción asistida	Gestionar la calidad en la reproducción asistida	Montse Boada	
01/02/14	Ara	Ablació	Al meu país si no t'han fet l'ablació ets la rara	Testimoni	http://www.ara.cat/premium/societat/Al-pais-than-lablacio-rara_0_1076892433.html
03/02/14	Saber Vivir	Prolapso	Qué es un prolapso y cómo se puede tratar	Jorge Ruiz	
04/02/14	Infocalidad	Reproducción asistida	Salud de la Mujer Dexeus recibe el primer certificado con la nueva norma de calidad para Laboratorios de Reproducción Asistida	Montse Boada	http://www.infocalidad.net/archives/noticia/salud-de-la-mujer-dexeus-recibe-el-primer-certificado-con-la-nueva-norma-de-calidad-para-laboratorios-de-reproduccion-asistida
06/02/14	La 2	Embarazo y deporte	Ocio y familia: ejercicio con tu bebé	Sofía Fournier	http://www.rtve.es/alacarta/videos/la-aventura-del-saber/aventura-del-saber-ocio-familia/2384331/
06/02/14	La Razón	Ablación	La Fundación Dexeus opera a 52 mujeres que han sufrido ablación	Pere Barri Soldevila	http://www.larazon.es/detalle_normal/noticias/5392775/local+cataluna/la-fundacion-dexeus-opera-a-52-mujeres-que-han-sufrido-ablacion
06/02/14	Europa Press	Ablación	La Fundación Dexeus opera a 52 mujeres que han sufrido ablación	Pere Barri Soldevila	http://www.catalunyapress.cat/cat/europa-press-noticia.php?lang=ca&IDN=20140205163743
06/02/14	La Vanguardia	Ablación	La Fundación Dexeus opera a 52 mujeres que han sufrido ablación	Pere Barri Soldevila	http://www.lavanguardia.com/vida/20140205/54400868266/la-fundacion-dexeus-reconstruye-52-clitoris-a-mujeres-que-sufrieron-ablacion.html
06/02/14	ABC	Ablación	La Fundación Dexeus opera a 52 mujeres que han sufrido ablación	Pere Barri Soldevila	http://www.abc.es/agencias/noticia.asp?noticia=1578692
10/02/14	Diario Medico	ASEBIR	Asebir intensifica su batalla por una especialidad de Embriología	Montserrat Boada	http://www.diariomedico.com/2014/02/10/area-profesional/profesion/asebir-intensifica-batalla-especialidad-embriologia
15/02/14	La Vanguardia	Donación óvulos	El valor de los óvulos	Montserrat Boada, Eli Clua + donante	http://www.lavanguardia.com/local/barcelona/20140215/54401297524/numero-donantes-ovulos-catalunya-aumenta-80-ultimo-lustro.html

Fecha	Medio	Tema	Título	Participación	Link
17/02/14	Diario Medico	Ablación	La Fundación Dexeus reconstruye a mujeres de mutilación genital	Pere Barri Soldevila	
21/02/14	La Vanguardia	Premio Fundación	Fundación Dexeus premia al doctor Rafael Matesanz por su labor en trasplantes	Fundación Dexeus Salud de la Mujer	http://www.lavanguardia.com/vida/20140220/54402412223/fundacion-dexeus-premia-al-doctor-rafael-matesanz-por-su-labor-en-trasplantes.html
21/02/14	El Confidencial	Premio Fundación	Fundación Dexeus premia al doctor Rafael Matesanz por su labor en trasplantes	Fundación Dexeus Salud de la Mujer	http://www.elconfidencial.com/ultima-hora-en-vivo/2014-02-20/fundacion-dexeus-premia-al-doctor-rafael-matesanz-por-su-labor-en-trasplantes_179700/
04/03/14	TV3 - Els Matins	Donación óvulos	La donació òvuls	Elisabet Clua	http://www.tv3.cat/videos/4935771/La-donacio-dovuls
18/03/14	La Razón	Fecundación in vitro	Una nueva técnica de fecundación in vitro reduce el tratamiento a 10 días	Paca Martínez	http://www.larazon.es/detalle_normal/noticias/5866490/sociedad/una-nueva-tecnica-de-fecundacion-in-vitro-reduce-el-tratamiento-a-10-dias#.Ttt16sE7dpQwQVm
18/03/14	Europa Press	Fecundación in vitro	Salud de la Mujer Dexeus reduce a diez días los tratamientos de fecundación 'in vitro'	Paca Martínez	http://www.infosalus.com/asistencia/noticia-salud-mujer-dexeus-reduce-diez-dias-tratamientos-fecundacion-in-vitro-20140317124145.html
18/03/14	Segre	Fecundación in vitro	Redueixen a 10 dies els tractaments de fecundació in vitro	Paca Martínez	
18/03/14	ABC	Fecundación in vitro	Una nueva técnica de fecundación in vitro reduce el tratamiento de seis semanas a diez días	Paca Martínez	http://www.abc.es/sociedad/20140317/abci-fecundacion-vitro-diez-dias-201403171244.html
18/03/14	El Economista	Fecundación in vitro	Salud de la Mujer Dexeus reduce a diez días los tratamientos de fecundación 'in vitro'	Paca Martínez	http://www.eleconomista.es/interstitial/volver/acimar/salud/noticias/5626987/03/14/Salud-de-la-Mujer-Dexeus-reduce-a-diez-dias-los-tratamientos-de-fecundacion-in-vitro.html
18/03/14	Andorra TV	Biología de la Reproducció	Credencials, capítol 9: Gemma Daina i Montserrat Boada	Monste Boada	https://www.youtube.com/watch?v=ur5H75ET7pg&feature=youtu.be
19/03/14	ARA	Fecundación in vitro	Redueixen a deu dies la durada dels tractaments de fecundació 'in vitro'	Paca Martínez	
22/03/14	La Vanguardia	Reproducción asistida	Anna Veiga: "Si te buscan como florero, y eso ocurre, muéstrales tu cerebro"	Anna Veiga	
22/03/14	Salud y Medicina	Fecundación in vitro	Fecundación in vitro en 10 días	Paca Martínez	
24/03/14	TVE	Medicina genómica	Debate: El peso de la genética	Xavier Estivill	http://www.rtve.es/alacarta/videos/para-todos-la-2/para-todos-2-debate-peso-genetica/2464988/
01/04/14	Saber Vivir	Alimentación menopausia	¿Cambios hormonales? Así evitas que te afecten	Pascual García	

Fecha	Medio	Tema	Título	Participación	Link
01/04/14	Mi Pediatra	Menopausia	Embarazos múltiples. Una locura maravillosa	Eva Meler + Dalia Rodríguez	
02/04/14	Lecturas	Salud de la mama	El mejor sujetador para tu pecho y tu espalda	Rafael Fábregas + Mònica Mallafré	
09/04/14	Grazia	Mastectomía y anexectomía preventiva	Me voy a operar otra vez	Rafael Fábregas	
15/04/14	La Vanguardia	Test genético de portadores	En busca del bebé sin riesgos	Xavier Estivill + Montse Boada + testimonio paciente	http://www.lavanguardia.com/vida/20140415/54405019642/tests-embarazo-evitar-riesgos-bebes.html
16/04/14	La 2	Metges de guàrdies	Especial Final Copa del Rei	Francesc Fargas	http://www.rtve.es/alcarta/videos/vespre-a-la-2/vespre-2-16-04-2014/2516268/
16/04/14	Solo Moda	Cáncer de mama	Dexeus y Women'secret crean una línea de baño para mujeres operadas de cáncer de mama	Maite Cusidó	http://www.rtve.es/alcarta/videos/flash-moda/solo-moda-21-06-14/2625836/?sf27744360=1
26/04/14	Salud y Medicina	Plan de parto	Un parto para cada mujer	Nuria Elias	
28/04/14	Catalunya Ràdio	Sexe i reproducció	Ni llavors ni cigonyes (procreació: el sistema clàssic)	Pere N. Barri	http://www.catradio.cat/audio/809373/Ni-llavors-ni-cigonyes-(procreacio-el-sistema-classic)
01/05/14	El Mundo	Infertilidad masculina	Hacia los espermatozoides 'de diseño'	Anna Veiga + Jose M Vendrell	http://www.elmundo.es/salud/2014/05/01/53615b1822601d7d128b457f.html
19/05/14	PR Noticias	Cáncer de mama	Women'secret lanza una línea de baño para mujeres operadas de cáncer de mama	Salud de la Mujer Dexeus	http://prnoticias.com/saludpr/20130764-womensecret-lanza-una-linea-de-bano-para-mujeres-operadas-de-cancer-de-mama
24/05/14	Salud y Medicina	Ovodonación	Recibir óvulos libres de enfermedad	Pedro N. Barri	
23/05/14	Glamour	Vitrificación de óvulos	Tu fertilidad: ¿Cuánto te cuesta mantenerla?	Ventura Coroleu + testimonio paciente	
29/05/14	TVE	Reproducció assistida	L'Informatiu. Un miler d'experts debaten sobre les novetats en reproducció assistida.	Pedro N. Barri + Anna Veiga	http://www.rtve.es/alcarta/videos/linformatiu/linformatiu-29-05-14/2588539/
30/05/14	Mujer Hoy	Cáncer de mama	Women'secret lanza una línea de baño para mujeres operadas de cáncer de mama junto a Salud de la Mujer Dexeus	Salud de la Mujer Dexeus	http://www.mujerhoy.com/moda/informate/womensecret-lanza-linea-bano-813291052014.html

Fecha	Medio	Tema	Título	Participación	Link
02/06/14	Gaceta Médica	Ovodonación	La evidencia apoya la transferencia de un solo embrión en ovodonación	Rosa Tur + Elisabet Clua	http://www.gacetamedica.com/noticias-medicina/2014-05-30/especializada/la-evidencia-apoya-la-transferencia-de-un-solo-embrión-en-ovodonacion/pagina.aspx?idart=839620
10/06/14	El País Semanal	Reproducción asistida	Aunque se quisiera, es imposible clonar a la misma persona	Anna Veiga	
21/06/14	Salud y Medicina	Fecundación in vitro	Con uno basta	Rosa Tur	
01/07/14	Saber Vivir	Estrógenos	¿Cómo nos afectan los estrógenos?	Pascual García	
04/07/14	Diari de Sant Cugat	Reproducció assistida	A Sant Cugat, 700 nens serien fruit d'una reproducció assistida	Montserrat Boada	
12/07/14	ARA	Fecundació in vitro	La Victòria Anna fa 30 anys	Pedro N. Barri	
14/07/14	Ideal de Jaén	Menopausia	Hay sexo después de la menopausia	Montserrat Manubens	
19/07/14	Salud y Medicina	Fecundación in vitro	30 años de fecundación in vitro	Pedro N. Barri	
17/08/14	Fuera de Serie	Fecundación in vitro	Los padres del primer bebé probeta	Pedro N. Barri + Anna Veiga	
23/08/14	ARA	Test prenatal no invasiu	Informació sense riscos	Carmina Comas	
30/08/14	Salud y Medicina	Dolor relaciones sexuales	Cuando las relaciones sexuales duelen	Stefanie Redon	
01/09/14	Revista AENOR	Reproducción asistida	Excelencia en Reproducción Asistida	Montserrat Boada	
01/09/14	Clara	Reglas irregulares	Regla irregular. Descubre sus posibles causas	Alicia Úbeda	
01/09/14	Crecer Feliz	Embarazo	Cómo actuar ante las molestias del embarazo. ¿Me preocupo?	Laia Pratcorona	
01/09/14	Saber Vivir	Endometriosis	Aprende a identificar una endometriosis	Pere N. Barri	
27/09/14	Salud y Medicina	Test genético de portadores	Portar una enfermedad sin transmitirla	Anna Abulí + Xavier Estivill	
01/10/14	Saber Vivir	Menopausia	¿Cuándo se recurre al tratamiento hormonal?	Pascual García	
15/10/14	8 al día	Vitrificación de óvulos	Apple y Facebook pagan la vitrificación a sus empleadas	Montserrat Boada	http://www.8tv.cat/8aldia/videos/apple-i-facebook-paguen-a-les-empleades-la-congelacio-dovuls/
18/10/14	La Vanguardia	Cáncer de mama	Cáncer de mama	Rafael Fábregas	
19/10/14	El Punt Avui	Cáncer de mama	Carta oberta a tu, dona	Rafael Fábregas	

Fecha	Medio	Tema	Título	Participación	Link
23/10/14	El Periódico	Cáncer de mama	Sí, el cáncer de mama se cura	Rafael Fábregas	
01/11/14	Saber Vivir	Pólipos, miomas y quistes	¿Pólipo, mioma o quiste? Las señales de alerta	Alicia Úbeda	
07/11/14	Revista ROL	Jornada de Enfermería Symposium	Resumen de la 10ª Jornada de Enfermería en Ginecología General	Salud de la Mujer Dexeus	
25/11/14	Salud y Medicina	Infecciones de transmisión sexual (ITS)	Verrugas genitales, la infección vírica de transmisión sexual más frecuente	Olga Salas	
29/11/14	El Mundo	Biología de la Reproducción	Las batas blancas tocan techo	Anna Veiga	
01/12/14	Saber Vivir	Menopausia	La menopausia "avisa" unos años antes de llegar	Pascual García	
02/12/14	TV3 - Els Matins	Vitrificació d'òvuls	Cada vegada més dones congelen els seus òvuls	Pedro N. Barri	http://www.ccma.cat/tv3/alcanta/Els-matins/Cada-vegada-mes-dones-congelen-els-ovuls/video/5382971/
08/12/14	La Vanguardia	VPH	El virus del papiloma ya es pandémico	Olga Salas	
08/12/14	La Vanguardia	Acupuntura y reproducción asistida	Agujas para la fecundación in vitro	Ventura Coroleu	
08/12/14	RAC 1	VPH	Dra. Olga Salas parla del VPH a RAC1	Olga Salas	
18/12/14	Revista Mia	Embarazo	2015 será mi año	Enfermera: Andrea Morillo	
20/12/14	ABC	Reproducción asistida	El mejor embrión	Ventura Coroleu	

SALUD FEMENINA

Cómo aliviar los sofocos para mejorar tu día a día

No todas las mujeres los sufren con la misma intensidad, pero cuando llega la menopausia parece que son un "peaje" obligatorio. No debes resignarte, porque tienes a mano opciones para aliviarlos y evitar que eso afecte a tu ritmo de vida



DRA. MONTSERRAT MANUBENS
Jefa de la Unidad de Menopausia de Salud de la Mujer Dexeus

Los 50 años es la edad media de inicio de la menopausia, una edad en que la mujer, pese a encontrarse en su plenitud, empieza a acusar un déficit hormonal que repercutirá en distinto grado e intensidad sobre todo el organismo femenino. Este déficit de estrógenos que avisa de que la retirada de la regla está ya muy cerca provoca una serie de alteraciones, y las más frecuentes, conocidas y temidas son los sofocos.

UNOS MINUTOS EN LOS QUE TU CUERPO HIERVE

Son el síntoma más característico de que se acerca la menopausia y pueden aparecer incluso meses o años antes del cese definitivo de la regla y prolongarse después.

CUESTIÓN DE PACIENCIA

Una molestia sin riesgos para la salud

Los sofocos son el síntoma más típico entre las alteraciones a corto plazo que provoca la menopausia. No aparecen siempre, aunque sí se dan en

un 75-80% de los casos. Sin embargo, aparte de molestos, no suponen ningún riesgo. Además de tomar medidas para aliviarlos, es cuestión de tener paciencia ya que pueden durar entre 2 y 5 años. De hecho, un 20% de las mujeres sufren los síntomas hasta 5 años después de la menopausia.

Creencias verdaderas y erróneas sobre el parto

¿Será una horita corta?



Se dice que la dificultad para dar a luz se hereda de la madre, que hay más nacimientos en luna llena... Descubre la verdad o falsedad de éstas y otras ideas.

Favorecer el inicio

¿Has salido de cuentas y no te pones de parto? No desesperes. Hay trucos para estimular su inicio de forma natural. Algunos son falsos, pero estos tres sí funcionan. Apunta estas ideas:

CAMINAR, SUBIR ESCALERAS...
Un ejercicio suave juega a tu favor. Así que no te extraña que, si estás ya en la semana 39, tu obstetra insistiera en que te muevas. "Desde luego, estirada en el sofá no vas a favorecer nada", dice la ginecóloga Sofía Fournier.

TENER RELACIONES SEXUALES
Se ha demostrado que favorecen el inicio de las contracciones de parto. Eso es debido a que el semen

contiene unas sustancias, llamadas prostaglandinas, que favorecen el ablandamiento del cuello del útero. Pero además, el orgasmo desencadena ligeras contracciones uterinas que, cuando el embarazo está a término, pueden hacer que se inicien las de dilatación.

ESTIMULAR LOS PEZONES. Al hacerlo provocas que se libere oxitocina, la hormona responsable de desencadenar el parto.

Por Saludario Radio Enlace > Podcast de Saludario de Radio Enlace



Saludario. Programa 17. Sobre el dolor durante el coito en la mujer y un nuevo medicamento para el melanoma avanzado.

16/01/2014 | 159 | 0 | 0

Salud, hogar y consumo

REPRODUCIR

00:00 27:09

Descargar Compartir Me gusta Más

Descripción de Saludario. Programa 17. Sobre el dolor durante el coito en la mujer y un nuevo medicamento para el melanoma avanzado.

En este programa hablamos de Dispareunia (dolor que padecen las mujeres durante el coito) con la Dra. Stefanie Redón, del centro Salud Mujer Dexeus, y sobre el lanzamiento de un nuevo fármaco para tratar el melanoma avanzado que no cura la enfermedad pero que aumenta la esperanza y la calidad de vida.

Más del p
Podcast de Sal
Anuncio
Cursos Online
Marketing Digital
gratis.
www.google.es/f

elEconomista.es
Opere con CFDs
CIIC

Dexeus da un paso más

28/01/2014 - 12:16

Compartir

Más noticias sobre:

- España
- Asturias



Salud de la Mujer Dexeus ha sido el primer centro de España certificado por AENOR (Asociación Española de Normalización y Certificación) con la primera norma de calidad sectorial específica para Laboratorios de Reproducción Asistida.

- La UNE 178007 fue impulsada por ASEBIR y elaborada conjuntamente con AENOR, como entidad legalmente responsable del desarrollo de las normas técnicas en España. Se creó con el fin de promover y mejorar la calidad y seguridad de los Laboratorios de Reproducción Asistida. En noviembre de 2013, tras tres años de trabajo se publicaba la UNE 178007 que, si bien no es obligatoria, tiene como objetivo de revisar la gestión y los indicadores de calidad y seguridad de los laboratorios de aquellos centros que, como Salud de la Mujer Dexeus, persiguen la excelencia tanto en la gestión como en los servicios que ofrecen a sus pacientes.

Desde ASEBIR se quiso remarcar la necesidad de contar con indicadores comunes, que permitan analizar cualitativamente a los distintos laboratorios. La certificación de esta norma no solo ofrecerá más garantías a los pacientes sino que además obligará a los centros a pasar controles periódicos para renovar el certificado.

Hasta noviembre de 2013 los laboratorios de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) que querían certificar su calidad lo hacían conforme a la ISO 9001, una norma que, por su carácter general, se aplica a las organizaciones de cualquier naturaleza, tamaño o tipo. Existía, según deficiente ASEBIR, la necesidad de crear una norma específica que delimitase los requisitos concretos y propios del sector de la reproducción asistida, recogiendo las buenas prácticas y el consenso de todas las partes interesadas. Para ello, crearon un grupo de trabajo en el seno de AENOR formado por representantes de los distintos centros de reproducción humana asistida de toda España, Colegios profesionales y asociaciones científicas del sector, como ASEBIR, así como de empresas consultoras especializadas. Este grupo resaltó la necesidad de regular aspectos específicos que no contempla la ISO 9001 como determinar la necesidad de establecer indicadores de calidad, controlar la trazabilidad de todos los materiales utilizados en el laboratorio o especificar los requisitos mínimos de formación para el personal del laboratorio. La nueva norma también precisa habilitar recursos humanos según las maestras que se procesan, así como contar con un plan de formación obligatorio, y seguir un exigente control ambiental de los laboratorios.

PUBLICIDAD
Un precio más vos ultra-baratos

PAGAR: CONSEGUIR RESOLVER MÁS

Nuestros partners: CanalPD4 | Boxoffice - Industria del cine | iSole - English version | Empresite: España - Colombia | Administradores y Ejecutivos | Ranking de Empresas

Empresita S.A. - Todos los derechos reservados | Nota Legal | Política de cookies | Cloud Hosting en Aencs

SANIDAD

Gestionar la calidad en la **reproducción asistida**



ara.cat

"Al meu país si no t'han fet l'ablació ets la rara"

Nana Diakite viu a Rubí però és de Mali, on va patir una mutilació genital als 10 mesos

T.C. BARCELONA | ACTUALITZADA EL 01/02/2014 00:00



"Al meu país si no t'han fet l'ablació ets la rara"

"Al meu país, l'ablació es fa a totes les nenes". Ho explica la Nana Diakite, de 19 anys (nascuda a Bamako (Mali); des de fa tres anys viu a Rubí). "A mi m'ho van fer quan tenia només 10 mesos; només sé que m'ho va fer una dona del barri". La Nana ho explica amb timidesa, però no té cap problema a fer pública la seva història, si ha de servir per demostrar que "això no té res de normal, i que no està lligat amb la religió, com molta gent es pensa".

Al seu país, Mali, hi ha una de les taxes de prevalença de la mutilació genital femenina més altes del continent africà. Un 92% de les dones i nenes han patit aquesta pràctica, segons dades de la Fundació Wassu UAB. A Mali es practica sobretot la mutilació genital tipus 1 i 2. La primera consisteix a eliminar el prepuç clitorideu, generalment conservant el clitoris. La segona implica la ressecció parcial o total del clitoris i pot incloure el tall dels llavis majors i menors. En tots dos casos les conseqüències per a la salut física i mental de la dona són greus. La Nana, però, mai va pensar que les molèsties que tenia a la zona genital fossin per culpa de l'ablació. "No es parlava d'aquest tema, ni amb les amigues, ni amb la mare". Des de



DR. JORGE RUIZ CABALLERO
Jefe de Unidad de Suelo Pélvico de Salud de la Mujer Dexeus. Barcelona



Notar un bulto que "asoma" en la vagina es la señal más clara, pero el prolapso también puede provocar molestias o incluso incontinencia

SALUD FEMENINA

Qué es un prolapso y cómo se puede tratar

Cuando la musculatura de alguno de los órganos de la pelvis (el útero, la vejiga o el recto) se debilita y desciende hasta llegar a sobresalir se produce lo que se conoce como prolapso. Es una afección que puede aparecer en cualquier momento.

★ **En las mujeres jóvenes** la musculatura de la zona se debilita básicamente tras los partos. Así, una mujer que haya tenido varios hijos

tiene más riesgo de sufrirlo. Pero no solo eso, también los esfuerzos realizados de forma reiterada, ciertos movimientos, o trabajos físicos que requieren pasar de pie muchas horas, pueden desencadenarlo.

★ **En la madurez**, y como consecuencia del descenso de estrógenos, los tejidos pierden su elasticidad y no sujetan los órganos de la forma correcta en la que

hasta ahora lo hacían y eso se refleja especialmente en la musculatura genital. Aunque la mujer no haya tenido hijos puede sufrir prolapso provocado, por ejemplo, por haber realizado durante años trabajos que implican levantar pesos, ya que esta actividad afecta al suelo pélvico, una zona íntima que pocas mujeres son conscientes que deben cuidar y fortalecer ya desde jóvenes.

PASO A PASO

¿Lo sufres tú? Así se debe actuar

Detectar el principal síntoma. La principal señal de alarma del prolapso es notar como uno de los órganos aparece como un bulto por la vulva.

Visitar a tu ginecólogo. Tras una exploración ginecológica te podrán decir qué tipo de prolapso sufres tú (de útero, de vejiga o de recto)

Realizar un tratamiento. El médico será quien decida si puedes recuperar el suelo pélvico con fisioterapia o si es necesaria una intervención.

CÓMO LO PERCIBES

Esta patología no sucede siempre de la misma forma ya que hay unas mujeres que experimentan claros síntomas pero hay otras para las que esta situación puede pasar desapercibida hasta que en una revisión rutinaria el médico lo detecta. En los prolapsos que no dan síntomas no hace falta tratamiento

Hazte imparable

CALIDAD - MEDIO AMBIENTE - INNOVACIÓN - RIESGOS Y SEGURIDAD - RESPONSABILIDAD SOCIAL

AENOR
El valor de la confianza

infocalidad

NEWSLETTER
Suscripción e inscripción

- Opinión
- Documentos
- Multimedia
- Catálogo
- Formación
- Libros
- Software de Gestión

- Periodo
- Management
- Acreditación
- ISO
- PRL
- RSC
- Medio ambiente
- Ciencia y salud
- Eventos

Salud de la Mujer Dexeus recibe el primer certificado con la nueva norma de calidad para Laboratorios de Reproducción Asistida



04/02/2014
Salud de la Mujer Dexeus, no solo es el primer centro en España certificado por AENOR con la primera norma de calidad sectorial específica para Laboratorios de Reproducción Asistida, La UNE 17907, creada con el fin de promover y mejorar la calidad y seguridad de los laboratorios de reproducción asistida, fue impulsada por la Asociación Española para el estudio de la Biología Reproductiva, ASEBR, y elaborada conjuntamente con AENOR, como entidad legalmente responsable del desarrollo de la norma.

Foros en España

En noviembre de 2013, tras tres años de trabajo se publicaron la UNE 17907 que, si bien no es obligatoria, nació con el objetivo de revisar la gestión y los indicadores de calidad y seguridad de los laboratorios de aquellos centros que, con Salud de la Mujer Dexeus, persiguen la excelencia tanto en la gestión como en los servicios que ofrecen a sus pacientes. Desde ASEBR se quería remarcar la necesidad de contar con estándares comunes, que permitan analizar cualitativamente a los distintos laboratorios. La implantación de esta norma no solo benefició más garantías a los pacientes sino que además obligó a los centros a pasar controles periódicos para renovar el certificado.

Hasta noviembre de 2013 los laboratorios de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) que querían certificar su calidad lo hacían conforme a la ISO 9001, una norma que por ser el estándar general se aplica a las organizaciones de cualquier tamaño o tipo. Evidente, según definió ASEBR, la necesidad de crear una norma específica que determinase los requisitos propios y propios del sector de la reproducción asistida, mejorando las buenas prácticas y el cumplimiento de todas las partes interesadas. Finalmente, crearon un grupo de trabajo en el seno de AENOR formado por representantes de los distintos centros de reproducción humana asistida de toda España. Códigos profesionales y asociaciones científicas del sector, como ASEBR, así como de empresas consultoras especializadas. Este grupo realizó la necesidad de regular aspectos específicos que no contempla la ISO 9001 con el objetivo de determinar la necesidad de establecer indicadores de calidad, controlar la trazabilidad de todos los materiales utilizados en el laboratorio, especificar los requisitos mínimos de formación para el personal del laboratorio. La nueva norma también prevé habilitar recursos humanos según las muestras que se procesan, así como contar con un plan de formación obligatoria y seguir un exigente control ambiental de los laboratorios.

La Presidenta de ASEBR y Jefe de la Sección de Biología del Servicio de Medicina de la Reproducción de Salud de la Mujer Dexeus, la Dra. **Montserrat Boda**, ha asegurado que "ASEBR y Salud de la Mujer Dexeus compartieron la voluntad de promover la aplicación de la primera norma de gestión y seguimiento de la máxima excelencia para poder ofrecer un mejor y más seguro servicio a las pacientes. Solo pensando en la excelencia se puede salir realmente competitivo y conseguir un mejor negocio, e incluso también la satisfacción absoluta de las personas que nos depositan su confianza".

El sistema de auditoría de AENOR, a través de la Salud de la Mujer Dexeus, ha certificado sus instalaciones, el grado de cumplimiento y experiencia del personal, los procedimientos de trabajo, la calidad, transparencia y nivel de detalle de los servicios prestados así como las disposiciones técnicas de los laboratorios para el óptimo mantenimiento de todos los materiales biológicos que en ellos se cultivan o se preservan.



renfe

Venias, 11 Diciembre 2015. Actualizado a las 10:00h

OPINIÓN Alfonso Ussía ¿Y el embajador?

EL TIEMPO Madrid Max: 18°C Min: 8°C

OPINIÓN ESPAÑA INTERNACIONAL ECONOMÍA SOCIEDAD ATU SALUD RELIGIÓN DEPORTES MOTOR CULTURA TOROS VIAJES LIFESTYLE

SE HABLE DE Elecciones generales Partidos Políticos Elecciones cataluña Pedemón Sucesos Política ERC CIU PSOE

Contrata ya FUSIÓN+ Paquete PREMIUM

900 200 641 Contrata ya sin permanencia

CATALUÑA

Inicio Ediciones Cataluña

La Fundación Dexeus opera a 52 mujeres que han sufrido ablación

06 de febrero de 2014, 09:28h Ana Domingo Rakosnik.

De media, tienen 26 años cuando deciden dar el paso. Son mujeres que han crecido y se han formado en Cataluña, aunque su origen se enraza en África. Allí, siguiendo la tradición del país o las costumbres de su etnia, fueron sometidas a la ablación siendo aún niñas. Muchas de ellas no recuerdan ni siquiera haber pasado por ello, pero las secuelas son evidentes y son las que marcan la diferencia entre ella y otra chica cualquiera catalana. Se exponen, no sólo a preguntas, sino también a no tener relaciones sexuales plenas. Por ello, acuden a la Fundación Dexeus Salut de la Mujer que hace cinco años puso en marcha un pionero proyecto para tratar tanto quirúrgicamente como psicológicamente a estas mujeres.

Desde entonces, el equipo (liderado por el doctor Pere Barrí Soldevila, quien puso en marcha el programa, ha operado a 52 mujeres de forma totalmente gratuita. Es la Fundación Dexeus que corre a cargo de los gastos. Además, ha formado a otros profesionales para que la técnica pueda llegar a otras muchas mujeres en el resto de España.

El doctor Barrí hace un buen balance de la iniciativa. Cada vez son más las mujeres que se acercan al centro para preguntar y saber. Algunas lo hacen a escondidas de los padres, no tanto por miedo sino por evitar que se sientan culpables. De hecho, como explica Barrí, se recomienda que la reconstrucción genital se haga una vez alcanzada la mayoría de edad, para evitar que siendo niñas vivan el proceso con el de otra ablación se tratará. Aunque, si existe alguna patología asociada a la mutilación, la operación se realiza antes de los 18 años con la autorización de los padres que entienden sin dificultad que es lo mejor para su hija, dice Barrí.

En cualquier caso, para la joven no es fácil tomar la decisión y requiere de una gran entereza. El daño psicológico se produce cuando la chica se da cuenta que en España este tipo de prácticas son legales y que ella es «diferente» al resto de sus compañeras en algo tan íntimo. Pero al mismo tiempo, estas marcas forman parte de la identidad familiar, de sus orígenes. Por eso, los

Noticias Relacionadas

Dixi érets su venda online en Barcelona

Dixi érets su venda online en Barcelona

Dixi érets su venda online en Barcelona

Dixi érets su venda online en Barcelona

Dixi érets su venda online en Barcelona

ES HORA DE CAMBIAR LA HISTORIA

COMENTARIO COMENTARIO VISTO

- 1 Un juez investiga a un ex concejal de CiU que se auto perdonó 300 multas
- 2 El Ejército reivindica a los militares catalanes
- 3 La CiU apenas tener un «pacto cerrado» con Junts pel Sí el 22 de diciembre
- 4 JxCat y la CiU se reunirán a diario hasta el 22 de diciembre

La Fundación Dexeus reconstruye 52 clítoris a mujeres que sufrieron ablación

05/02/2014 16:25

Barcelona, 5 feb (EFE).- La Fundación Dexeus Salud de la Mujer ha reconstruido el clítoris gratuitamente a 52 mujeres que sufrieron una mutilación genital, 13 de ellas durante el año pasado.

Según ha informado la Fundación con motivo de la celebración mañana del Día Mundial contra la Mutilación Genital Femenina, el programa de reconstrucción genital pos-ablación, que dirige el doctor Pere Barri Soldevila, reconstruyó este órgano a las 52 mujeres, que tenían una media de 26 años de edad y recuperaron la capacidad sensitiva en su zona genital.

Barri ha explicado que se trata de una cirugía reconstructiva que consiste en una intervención de unos 45 minutos y un día de hospitalización y el coste de cada intervención lo asume la Fundación Dexeus Salud de la Mujer.

Según Barri Soldevila, "si bien según nuestros datos la edad media de las pacientes sigue rondando los 26 años, cada vez son chicas más jóvenes las que llaman preguntando por el programa e interesándose por la intervención".

Eso se debe, según cuentan las pacientes, a su vinculación con el lugar de residencia y la cultura que han vivido la mayor parte del tiempo.

"Son chicas, la mayoría africanas, que se han criado en Cataluña y que sienten la necesidad de integrarse y ser una más en sus respectivos grupos de amigos y conocidos", ha dicho Barri, que ha señalado que este tipo de intervención permite restituir anatómicamente los órganos genitales afectados en un 90% de los casos. En un 75% de las pacientes, la restitución también es funcional.

Reconstruir el clítoris es, según Barri, "una decisión muy importante en sus vidas, y por eso no recomendamos la operación antes de los 18 años, a excepción de que haya alguna patología como fístulas o problemas urinarios vinculados a la mutilación sufrida".

• [servicios](#)

Barrender de abc
buscador Buscar Buscar

¡Últimos días! **20%** de ahorro en todas las tarifas 

[Noticias agencias](#)

La Fundación Dexeus reconstruye 52 clítoris a mujeres que sufrieron ablación

05-02-2014 / 17:04 h EFE

La Fundación Dexeus Salud de la Mujer ha reconstruido el clítoris gratuitamente a 52 mujeres que sufrieron una mutilación genital, 13 de ellas durante el año pasado.

Según ha informado la Fundación con motivo de la celebración mañana del Día Mundial contra la Mutilación Genital Femenina, el programa de reconstrucción genital pos-ablación, que dirige el doctor Pere Barri Soldevila, reconstruyó este órgano a las 52 mujeres, que tenían una media de 26 años de edad y recuperaron la capacidad sensitiva en su zona genital.

Barri ha explicado que se trata de una cirugía reconstructiva que consiste en una intervención de unos 45 minutos y un día de hospitalización y el coste de cada intervención lo asume la Fundación Dexeus Salud de la Mujer.

Según Barri Soldevila, "si bien según nuestros datos la edad media de las pacientes sigue rondando los 26 años, cada vez son chicas más jóvenes las que llaman preguntando por el programa e interesándose por la intervención".

Eso se debe, según cuentan las pacientes, a su vinculación con el lugar de residencia y la cultura que han vivido la mayor parte del tiempo.

"Son chicas, la mayoría africanas, que se han criado en Cataluña y que sienten la necesidad de integrarse y ser una más en sus respectivos grupos de amigos y conocidos", ha dicho Barri, que ha señalado que este tipo de intervención permite restituir anatómicamente los órganos genitales afectados en un 90% de los casos. En un 75% de las pacientes, la restitución también es funcional.

Reconstruir el clítoris es, según Barri, "una decisión muy importante en sus vidas, y por eso no recomendamos la operación antes de los 18 años, a excepción de que haya alguna patología como fístulas o problemas urinarios vinculados a la mutilación sufrida".

PROGRAMA FORMATIVO DE 4 AÑOS

Asebir intensifica su batalla por una especialidad de Embriología

Boada, su nueva presidenta, relata la reivindicación de la sociedad. La sociedad científica ha elaborado un programa formativo de 4 años.

Kate usa Flickr, Dropbox | web: www.asebir.com | 10922014 0033

compartir [Facebook] [Twitter] [LinkedIn] [Google+] [Print] [Email]

2 votos | 2 comentarios



Montserrat Boada, presidenta de la Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción (Asebir). (Jaume Costalás)

El relevo en la Presidencia de la Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción (Asebir) y la inminente aprobación del real decreto de troncalidad han servido para revitalizar la principal reivindicación de esta sociedad científica en los últimos años: el reconocimiento de una especialidad en Embriología por parte del Ministerio. Su nueva presidenta, Montserrat Boada, del departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción del centro Salud de la Mujer Dexeus, en Barcelona, cree que la consecución de la especialidad es indispensable "para poder trabajar en este campo". Uno de los temas de la Comisión para profesionales sanitarios por todos los grupos parlamentarios -voto de popular- instando al Gobierno a crear una especialidad conjunta de Genética y Embriología. La primera ya está reconocida en el proyecto de troncalidad, pero la segunda sigue esperando en vano.

Entre tanto, Asebir ha elaborado un programa formativo de 4 años dirigido a médicos, biólogos, bioquímicos, biotecnólogos, farmacéuticos y otros profesionales vinculados a la Embriología. Aunque la titulación que ofrece esta sociedad no es oficial, "pretendemos que estos estudios sean equiparables a una especialidad, y que así se reconozcan en el futuro", dice Boada. Esta iniciativa es, precisamente, uno de los proyectos destacados de la actual directiva, que Boada presidirá durante los próximos 4 años, y cuya prioridad es "buscar y mantener la calidad de los centros españoles de reproducción asistida". Una de las primeras acciones que se han puesto en marcha en este nuevo periodo es la creación de un grupo de trabajo de Citología, "ya que es un área que evoluciona de forma acelerada gracias a los avances tecnológicos y el desarrollo de nuevas técnicas, como la vitificación, por lo que la elaboración de protocolos y guías es especialmente útil". En este campo, Boada destaca la reciente aprobación de la norma UNE 179007, que regula los sistemas de gestión de la calidad para laboratorios de reproducción asistida y que pretende fijar los recursos mínimos, tanto humanos como de infraestructura; mejorar sus procesos de seguimiento

Avalado por

DIARIO MEDICO

y

CORREO FARMACEUTICO

- EN ESPECIALIDAD AL SERVIDO
- CARDIOLOGÍA
 - ENDOCRINOLOGÍA
 - MEDICINA DE FAMILIA
 - NEFROLOGÍA
 - NEUROLOGÍA
 - SALUD MENTAL

MÁS SOBRE PROFESIÓN

El SAS edita una guía sobre el proceso de acreditación por Redacción. Madrid. La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ha publicado una guía para orientar a los facultativos acerca del proceso de acreditación de competencias profesionales.

Las alumnas de los colegios del COMB: marisa o hernandez por Carmen Fernández Barales | carmenfern@combmedicos.es



Julio Llanaert

José Luis, 3-12-2015 (11:30)

Julio Llanaert, responsable nacional de Área social de UPD y portavoz de Sanidad se lamenta en el Congreso

El número de donantes de óvulos en Catalunya aumenta el 80% en el último lustro

Mujeres que han donado sus óvulos explican sus motivos para ese gesto que las lleva a hormonarse e ir al quirófano



Edume, estudiante de 28 años, ha donado óvulos en dos ocasiones y muestra su satisfacción por haber ayudado (Propias)



198 20

ANA MACPHERSON (HTTP://WWW.LAVANGUARDIA.COM/2014/02/28/54061015389/MACPHERSON-ANA.HTML) 15/02/2014 02:00 | Actualizado a 15/02/2014 10:13

El 4,3% de los niños nacidos en **Catalunya** vinieron al mundo con ayuda de técnicas de reproducción asistida. Unos 3.300 bebés al año. Y la mitad son producto de la **fecundación de un óvulo donado**.

Los mayores reclaman la tecnología en la sanidad

Las personas mayores desearían pedir cita médica por internet. Aceptar al historial es la principal demanda entre los mayores

ENCUESTA

La tercera edad española quiere herramientas digitales

El uso de internet en la aplicación de 2010 entre los mayores de 60 años, según el Cómputo Estadístico de las Finanzas Públicas de la Unión Europea, es el más bajo de los países de la OCDE. Según una nueva encuesta de la Asociación...

LA TERCERA EDAD ESPAÑOLA QUIERE HERRAMIENTAS DIGITALES

El uso de internet en la aplicación de 2010 entre los mayores de 60 años, según el Cómputo Estadístico de las Finanzas Públicas de la Unión Europea, es el más bajo de los países de la OCDE. Según una nueva encuesta de la Asociación...



El 81 por ciento de las personas mayores que acceden a internet utilizan estas herramientas tecnológicas para simplificar sus trámites médicos.

El 87 por ciento de las personas mayores que acceden a internet utilizan estas herramientas tecnológicas para simplificar sus trámites médicos.

El 78 por ciento de las personas mayores que acceden a internet utilizan estas herramientas tecnológicas para simplificar sus trámites médicos.

El 68 por ciento de las personas mayores que acceden a internet utilizan estas herramientas tecnológicas para simplificar sus trámites médicos.

Brecha digital no sellada

La brecha digital en España se abre a partir de los 30 años, dando descendido al porcentaje de población que maneja las nuevas tecnologías. Según el estudio, el 81 por ciento de las personas mayores de 60 años utilizan estas herramientas tecnológicas para simplificar sus trámites médicos.

ENCUESTAS EN 5 PAÍSES. Para analizar estos datos se realizaron encuestas en cinco países europeos: España, Francia, Inglaterra y Suecia. En España, el 81 por ciento de las personas mayores de 60 años utilizan estas herramientas tecnológicas para simplificar sus trámites médicos.

La Fundación Dexeus reconstruye a mujeres de mutilación genital

El programa de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer...



Foto: E. M. Rodríguez

Perfil de las mujeres intervenidas. El programa de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer...

El programa de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer...

El programa de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer...

El programa de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer...

Fundación Dexeus premia al doctor Rafael Matesanz por su labor en trasplantes

20/02/2014 21:18

Barcelona, 20 feb (EFE) - El doctor Rafael Matesanz, nefrólogo y jefe de la sección de Nefrología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, ha recibido hoy el Premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer por su liderazgo en el campo de los trasplantes de órganos.

El conseller de Salud de la Generalitat, Boi Ruiz, que ha hecho entrega de la décima edición de este premio, ha destacado la labor de los jóvenes profesionales, así como "la importancia de tener una actitud reactiva frente a los trasplantes a fin de avanzar a los problemas y ser eficaces, no sólo económicamente, sino también alargando la esperanza de vida de los pacientes".

Matesanz ha asegurado durante la gala de entrega del premio, celebrada esta tarde en la Fundación Dexeus, que "Cataluña ha representado el motor del sistema de trasplantes en España porque ha aportado un modelo de organización conocido como modelo español".

El nefrólogo ha citado algunos datos y ha destacado que "España tiene el doble de donantes de la media de la Unión Europea".

La entidad ha querido reconocer con este galardón "la labor y la estructura" de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) que dirige Matesanz y que "ha posicionado a España como líder en trasplantes y donaciones de órganos a nivel mundial".

El presidente de Salud de la Mujer Dexeus y su Fundación, el doctor Pedro N. Barri, ha remarked que "la labor de Matesanz es remarcable, no solamente por haber logrado transformar las dinámicas y los protocolos de donación y trasplante en España, sino por haber creado un modelo de gestión exportable que ya se imita en muchísimos países del mundo".

Matesanz puso en marcha, en 1989, la ONT, un organismo técnico del Ministerio de Sanidad español "destinado a la promoción, planificación y coordinación de toda la actividad de donación y trasplante de órganos, tejidos y médula ósea en España". Han explicado miembros de la fundación Dexeus.

El nefrólogo ha recibido numerosos reconocimientos entre los que destacan el premio Príncipe de Asturias de Cooperación Internacional 2010, compartido con la Sociedad...

MÁS experiencias únicas

Viernes, 11 de diciembre de 2015

El Confidencial
EL DIARIO DE LOS LECTORES Y FUENTES

Buscar

- España
- México
- Europa
- América
- Mundo
- Cultura
- Deportes
- Tecnología
- Arte
- Multimedia
- Opinión

Fundación Dexeus premia al doctor Rafael Matesanz por su labor en trasplantes

EFE
20/02/2014 (21:30)
A.A.

Barcelona, 20 feb (EFE). - El doctor Rafael Matesanz, nefrólogo y jefe de la sección de Nefrología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, ha recibido hoy el Premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer por su liderazgo en el campo de los trasplantes de órganos.

El consejero de Salud de la Generalitat de Cataluña, Boi Ruiz, que ha hecho entrega de la séptima edición de este premio, ha destacado la labor de los jóvenes profesionales, así como "su importancia de tener una actitud reactiva frente a los trasplantes a fin de anticiparse a los problemas y ser eficaces, no sólo económicamente, sino también alargando la esperanza de vida de los pacientes".

Matesanz ha asegurado durante la gala de entrega del premio, celebrada esta tarde en la Fundación Dexeus, que "Cataluña ha representado el motor del sistema de trasplantes en España porque ha aportado un modelo de organización conocido como modelo español".

El nefrólogo ha citado algunos datos y ha destacado que "España tiene el doble de donantes de la media de la Unión Europea".

La entidad ha querido reconocer con este galardón "la labor y la estructura" de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) que dirige Matesanz y que "ha posicionado a España como líder en trasplantes y donaciones de órganos a nivel mundial".

El presidente de Salud de la Mujer Dexeus y su Fundación, el doctor Pedro N. Barré, ha remarcado que "la labor de Matesanz es remarkable, no solamente por haber logrado transformar las dinámicas y los protocolos de donación y trasplante en España, sino por haber creado un modelo de gestión exportable que ya se imita en muchos otros países del mundo".

Matesanz puso en marcha, en 1959, la ONT, un organismo técnico del Ministerio de Sanidad español "destinado a la promoción, planificación y coordinación de toda la actividad de donación y trasplante de órganos, tejidos y médula ósea en España", han explicado miembros de la Fundación Dexeus.

El nefrólogo ha recibido numerosos reconocimientos entre los que destacan el premio Príncipe de Asturias de Cooperación Internacional 2010, compartido con la Sociedad Internacional de Trasplantes y a los que ahora se suma el homenaje de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer.

Salud de la Mujer Dexeus es, desde hace más de 40 años, un centro de referencia en el área de la obstetricia, ginecología y medicina de la reproducción y tiene el objetivo de cuidar la salud de la mujer en todas las etapas de su vida", han explicado miembros de la fundación.

Su fundación coopera con la Cátedra de Investigación en Obstetricia y Ginecología de la UAB y lleva a cabo, entre otros, un programa de preservación de fertilidad en paciente oncológicas, de reconstrucción genital postmastectomía y de atención a la mujer discapacitada. EFE

Elsona (11/1/15)

VER VÍDEO

CONSULTORI "els matins"
La donació d'òvuls no compromet la fertilitat de la donant ni ha de suposar cap perill

01:46 10:20

11 de Diciembre 2015 Actualizado a las 11:38h

OPINIÓN **Alfonso Uesía ¿Y el embajador?**

EL TIEMPO Madrid Más 16°C Mín 5°C

OPINIÓN ESPAÑA INTERNACIONAL ECONOMÍA SCIENCE ATUSALUD RELACIÓN DEPORTES MOTOR CULTURA TODOS VIAJES LIFESTYLE

¡E HABLE DE Elecciones generales Partidos Políticos Podemos Elecciones catalanas Sucesos Policía ERC Ciu Ciudadanos

Contrata ya **FUSIÓN+**
FÚTBOL | DEPORTES | CINE | SERIES Paquete PREMIUM ¡Un mes gratis!

En Directo Secciones Ediciones Multimedia Servicios Suplementos Noticias oficiales Buzón

SOCIEDAD

Inicio Sociedad

Una nueva técnica de fecundación in vitro reduce el tratamiento a 10 días

17 de marzo de 2014, 12:29h
Efc. Barcelona.

La clínica Dexeus de Barcelona ha desarrollado con éxito una nueva técnica de estimulación que ha logrado reducir a solo 10 días la duración de los tratamientos de fecundación in vitro, en lugar de los 4 o 6 semanas convencionales. El servicio Salud de la Mujer Dexeus ha informado hoy de que logrado los primeros nacimientos en España a través de esta nueva estrategia de estimulación, en la que la fecha de la menstruación deja de ser el factor dependiente para el inicio del tratamiento de reproducción asistida.

Esta nueva estrategia, aplicada hasta ahora con pacientes oncológicas que no podían esperar a realizar todo el tratamiento de fecundación in vitro (FIV) ya que debían empezar el tratamiento quimioterápico lo antes posible, ha demostrado, según Dexeus, tener una tasa de éxito de embarazo equivalente a la de la técnica convencional. Hasta ahora, el servicio de reproducción de la clínica Dexeus ha logrado el nacimiento de tres bebés (una niña y un gemelar de niño y niña), lo que, según los especialistas, demuestra que la calidad de los óvulos es igual de buena para conseguir la gestación.

Además, según Salud de la Mujer Dexeus, hay en estos momentos otros cuatro embarazos en curso. Según ha explicado la doctora Francisca Martínez, directora del ICHM del Área Clínica del Servicio de Medicina de la Reproducción de Salud de la Mujer Dexeus, el proceso solía alargarse en función del momento del ciclo menstrual en el que se encontraba la mujer cuando acudía por primera vez a la consulta.

"Un ciclo de FIV dura dos semanas desde que iniciamos la estimulación ovárica. Los óvulos tienen que madurar para que al extraerlos puedan ser fecundados. Tres días después se transfieren los espermios en un ciclo de FIV convencional; mientras que en los casos de preservación de fertilidad, los óvulos maduros se congelan mediante la criopreservación para usarlos en el futuro", ha explicado la especialista. Martínez ha señalado que "el proceso se alargaba precisamente porque para empezar a estimular el ovulo,

Noticias Relacionadas

El padre Ramón niega abusos sexuales a un menor y dice que nunca se volvió casado.

El quieto ecologista lo más leído más está leyendo

Los ríos encharcan el Lago Sanabria

Los adelantos de la tecnología en argumentos

Un castor, raro a un río desde un puente de más de 100 metros de longitud

lineadirecta.com

TE OFRECEMOS TODO RIESGO A PRECIO DE TERCEROS

Participa en "La foto más divertida"

COMENTARIO COMENTADO VISTO

1 Asociación de mujeres pide que los maltratadores no visiten a sus hijos

2 El pequeño David vive a revolución: las redes sociales para jugar donantes de médula

SALUD FARMACIA ACTUALIDAD MUJER NUTRICIÓN ESTÉTICA ASISTENCIA MAYORES ENFERMEDADES

ILUMÍNATE ES MADRID ES MADRID DESCUBRE CÓMO

Destacamos ▶ escatolina dieta mediterránea pomelo benzodiaceinas parásitos resiliencia temperatura menopausia estrotoxis

Editado por Europa Press 11 de Diciembre 2015

ir. osanos.com

SALUD FARMACIA ACTUALIDAD MUJER NUTRICIÓN ESTÉTICA ASISTENCIA MAYORES ENFERMEDADES Buscar

— NUEVA ESTRATEGIA —

Salud de la Mujer Dexeus reduce a diez días los tratamientos de fecundación 'in vitro'

BARCELONA, 17 Mar. (EUROPA PRESS) - El centro de Salud de la Mujer Dexeus de Barcelona ha reducido entre diez y doce días la duración de los tratamientos de fecundación 'in vitro', en lugar de las cuatro o seis semanas convencionales, ha informado este lunes el centro en un comunicado.

Lo ha logrado a través de una nueva estrategia de estímulo que deja de tener en cuenta la fecha de la menstruación como factor dependiente para el inicio de la reproducción asistida, y ha demostrado una tasa de éxito de embarazo equivalente a la técnica convencional.

El Servicio de Reproducción de Dexeus ha logrado el nacimiento de tres bebés —una

Lo más leído en...

Infosalus

1 Pon un perro en tu vida, por el bien de tu corazón

2 ¿Cómo se usa el anillo vaginal?

3 La actividad física, clave para un cerebro 'sano'

4 Inconsciente e intuición: ¿los utilizamos bien?

5 Consiguen que un bebé se recupere de los daños sufridos por un ataque al...

Hoy Una semana Un mes

Nuevo Corsa

Nuevo Corsa desde **8.800€**

DESCÚBRELO EQUIPAMIENTO

Vídeos

Más vídeos de salud: Un viaje al

SEGRE
Dimarts, 18 de maig del 2014

SALUT REPRODUCCIÓ ASSISTIDA

Redueixen a 10 dies els tractaments de fecundació in vitro

AGÈNCIES

[BARCELONA] El centre de Salut de la Dona Dexeus de Barcelona ha reduït entre deu i dotze dies la durada dels tractaments de fecundació in vitro, en lloc dels quatre o sis setmanes convencionals, segons va informar ahir el centre en un comunicat.

El centre ho ha aconseguit a través d'una nova estratègia d'estímul que deixa de tenir en compte la data de la menstruació com a factor dependent per a l'inici de la reproducció assistida –fins ara s'esperava un moment concret del cicle menstrual– i ha demostrat una taxa d'èxit d'embaràs equivalent a la tècnica convencional.

El Servei de Reproducció de Dexeus ha aconseguit el naixement de tres nadons –una nena i uns bessons de nen i nena–, la qual cosa demostra que la qualitat dels òvuls és igual de bona per aconseguir la gestació. A més, hi ha uns altres quatre

Creen la primera melsa en un xip en 3 dimensions

■ Investigadors de l'Institut de Bioenginyeria de Catalunya i de l'Institut de Salut Global de Barcelona han aconseguit per primera vegada crear una melsa en 3-D en un xip capaç d'actuar com aquest òrgan humà i filtrar els glòbuls rojos de la sang. Els científics ho van aconseguir recreant a microescala les propietats físiques i les forces hidrodinàmiques de la unitat funcional de la polpa roja de la melsa.

embarassos en curs, segons el centre. El nou mètode s'aplicava fins ara a pacients oncològics que no podien esperar a fer tot el tractament de fecundació, ja que havien d'iniciar la quimioteràpia com més aviat millor.

SOCIEDAD

Una nueva técnica de fecundación in vitro reduce el tratamiento de seis semanas a diez días

EFE / BARCELONA
Día 17/03/2014 - 13:23h

Ya se han logrado los primeros nacimientos en España a través de esta nueva estrategia de estimulación



FOTOLIA

Una nueva técnica de fecundación in vitro reduce el tratamiento de seis semanas a diez días

La clínica Dexeus de Barcelona ha desarrollado con éxito una nueva técnica de estimulación que ha logrado reducir a sólo **diez días** la duración de los tratamientos de fecundación in vitro, en lugar de las 4 o 6 semanas convencionales.

El servicio Salud de la Mujer Dexeus ha informado este lunes de que ha logrado los primeros nacimientos en España a través de esta nueva estrategia de estimulación, en la que **la fecha de la menstruación deja de ser el factor dependiente** para el inicio del tratamiento de reproducción asistida.

Esta nueva estrategia, aplicada hasta ahora con pacientes oncológicas que no podían esperar a realizar todo el tratamiento de fecundación in vitro (FIV) ya que debían empezar el tratamiento quimioterápico lo antes posible, ha demostrado, según Dexeus, tener **una tasa de éxito de embarazo equivalente a la de la técnica convencional**.

elEconomista.es

bancopopular-e Rentabiliza tus ahorros Depósito 14 meses 1,15%^{AN} Para nuevos ingresos

Salud de la Mujer Dexeus reduce a diez días los tratamientos de fecundación 'in vitro'

17/03/2014 - 12:41

[GAT](#)
[0](#)
[0](#)
[0](#)

Más noticias sobre:

- I+D+i

El centro de Salud de la Mujer Dexeus de Barcelona ha reducido entre diez y doce días la duración de los tratamientos de fecundación 'in vitro', en lugar de las cuatro o seis semanas convencionales, ha informado este lunes el centro en un comunicado.

- BARCELONA, 17 (EUROPA PRESS)
- Lo ha logrado a través de una nueva estrategia de estímulo que deja de tener en cuenta la fecha de la menstruación como factor dependiente para el inicio de la reproducción asistida, y ha demostrado una tasa de éxito de embarazo equivalente a la técnica convencional.

El Servicio de Reproducción de Dexeus ha logrado el nacimiento de tres bebés —una niña y unos gemelos de niño y niña—, lo que demuestra que la calidad de los óvulos es igual de buena para conseguir la gestación y, además, hay cuatro embarazos en curso.

El nuevo método se había aplicado hasta ahora a pacientes oncológicas que no podían esperar a realizar todo el tratamiento de fecundación, ya que debían iniciar la quimioterapia lo antes posible.

La directora de I+D+i del Área Clínica del Servicio de Reproducción, Francisca Martínez, ha explicado que el proceso se alargaba porque para empezar a estimular el ovario, se esperaba a un momento concreto del ciclo menstrual, lo que con la nueva estrategia ya no es necesario.

Credencials, capítol 9: Gemma Daina i Montserrat Boada

VER VÍDEO

Montserrat Boada

Bióloga
 Doctora en Biología
 Cap de la Secció de Biologia del Servei de Medicina de la Reproducció de l'Institut Universitari Dexeus
 Presidenta de la Associació para el Estudi de la Biologia de la Reproducció

1:08 / 25:44

Credencials, capítol 9: Gemma Daina i Montserrat Boada

Credencials

4:37 / 25:44

SALUD FEMENINA

¿Cambios hormonales? Así evitas que te afecten

A muchas mujeres les preocupa la llegada de la menopausia, porque relacionan directamente descenso hormonal con aumento de peso. Pero se puede llegar a esta etapa sin acusar cambios bruscos simplemente adoptando sencillos cuidados



COMIENDO BIEN

Los síntomas molestos también se evitan

Para aliviar los sofocos... Intenta evitar las bebidas alcohólicas y el café. Y toma más legumbres que, por su contenido en isoflavonas, suplementan el déficit de estrógenos que tiene lugar en esta etapa.

Contra el insomnio... Cena de forma ligera y bebe un vaso de leche caliente con miel o una infusión relajante antes de dormir. Tomar 15 gramos de copos de avena al día te ayuda a conciliar el sueño.

Para "deshincharte"... No olvides consumir alimentos ricos en fibra como cereales integrales, legumbres, hortalizas y frutas en todas las comidas. Te ayudarán a regular tu tránsito intestinal.



DR. PASCUAL GARCÍA
Unidad de Menopausia de Salud de la Mujer Dexeus, Barcelona

La menopausia es un hecho fisiológico que se debe adoptar con naturalidad. Se trata de una etapa de cambios (que afectan en distinto grado e intensidad al organismo) pero aceptarla y "prepararte" para ella garantiza que su llegada no afecte a tu calidad de vida. ¿Y cómo puedes prepararte? Simplemente debes poner en marcha las reglas dietéticas que ayudan a contrarrestar el descenso hormonal.

NO GANARÁS PESO SI TE LO PROPONES

Seguro que has escuchado el testimonio de alguna mujer que asegura que su figura

se "fue al traste" en el momento en que se retiró su menstruación. Pero eso no es una "regla universal" y en realidad es muy probable que lo evites si eres fiel a la Dieta Mediterránea:

★ **Sírvete menos cantidad.** Ahora necesitas menos energía y por ello te conviene limitar el consumo de calorías. Lo lograrás ajustando las raciones.

★ **Evita las grasas malas.** Lo ideal es que durante esta etapa limites el consumo de grasas a menos de un 30% del total de calorías porque la disminución de los estrógenos da lugar a la acumulación de grasa en la zona abdominal y al aumento de los niveles de colesterol. Así, debes disminuir la ingesta de grasas saturadas procedentes de la carne animal, la mantequilla, los quesos curados y de los aceites vegetales como el de palma y el de coco.

★ **Los hidratos que sí te convienen.** Tras la retirada de la regla se recomienda aumentar el consumo de carbohidratos (deben suponer el 50% de la ingesta energética). Pero deben ser

ANTES DE QUE NAZCAN LOS NIÑOS ES ACONSEJABLE PONERSE EN CONTACTO CON ASOCIACIONES DE PADRES CON GEMELOS O TRILLIZOS

Embarazos múltiples

Una locura maravillosa

¿Acabas de enterarte de que esperas gemelos o mellizos o trillizos? No te preocupes: pocos meses después del parto, la mayoría de los padres en tu situación aseguran que han encontrado la felicidad ¡por partida doble!



• Virginia Madrid

España es líder en la Unión Europea en nacimientos múltiples, con 27 partos gemelares y 4,9 partos triples por cada 1.000 embarazadas, según el informe Euro-Peristat 2013, que compara los partos en 29 países europeos. De hecho, aunque nuestra natalidad sigue en descenso (en 2012 nacieron 453.637 bebés, 3,9 por ciento menos que el año anterior, según el Instituto Na-

cional de Estadística), el nacimiento de gemelos se ha incrementado un 70 por ciento en los últimos diez años. Sin duda, este aumento está relacionado con el retraso en la edad para ser madre (en esto somos segundos, tras Italia, con 29,5 por ciento de madres primerizas mayores de 35 años) y el uso de técnicas de reproducción asistida, como la inseminación con estimulación ovárica o la fecundación *in vitro* con implantación de varios embriones, que incrementan las posibilidades de gestación múltiple.

Transferencia de embriones

Precisamente, la clínica Quirón Bilbao se ha convertido en el centro que mayor número de ciclos de reproducción asistida ha realizado en el norte de España. Y además, es el centro que más ha logrado reducir el número de embarazos múltiples, que actualmente apenas representa el 10 por ciento del total. El doctor Gorka Barrenetxea, jefe de Ginecología, Obstetricia y Reproducción Asistida de Quirón, lo confirma: "desde

EMP

El mejor sujetador para tu pecho y tu espalda

Pese a que casi forma parte de nosotras, se estima que el 70% de las mujeres no escogemos bien el sostén, dañando con ello la salud

Si comprime puede dañar la glándula, provocando dolor y zonas duras [bultos], explica el doctor Rafael Fábregas, de Ginecología Oncológica de Salud de la Mujer Dexeus. También se dan problemas circulatorios; heridas internas si los aros se clavan; y dolor de hombros y espalda si no aguantan bien el pecho.

CÓMO ACERTAR

El error es asociar la talla 80 con pechos pequeños y la 110 a bustos muy grandes.

• **La talla correcta** tiene que ver con el perímetro del tórax. Médalo justo bajo tu pecho y súmale 15. Si mide 75 cm: 75 + 15 = 90, tu talla es la 90.

• **La copa** indica el volumen mamario, con las letras de la A (el menor) a la F (el mayor). Para averiguarla, mide de nuevo el contorno situando la cinta métrica sobre los pezones. A esa cifra, réstale el perímetro del tórax (el 75



anterior). Si da de 10 a 12, tu copa es la A. Por cada 3 centímetros de más, sube una letra (si da 15 es la B, y 18 la C.).

• **El diseño.** Evita los 'push up', que elevan los senos: el sujetador no debe presionar. Los

muy extensibles (de licra, elastano...) no sujetan bien. Los aros no perjudican si no se clavan. Y dormir con sujetador (deportivo) corrige la postura y previene las arrugas en el escote.



La solución más cerca

Una bacteria que impide las caries

Una reciente investigación de la Fundación de Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana ha descubierto una bacteria (*Streptococcus dentisani*) que podría evitar la aparición de caries dentales.

• **TODAVÍA** no han finalizado los ensayos pero los científicos estiman que, en unos 5 años, la bacteria podría comercializarse.

• **MIENTRAS**, lo mejor para prevenir las caries es lavarse los dientes con un dentífrico con flúor, que hace el esmalte dental más resistente a los ácidos.

Ejercicios fáciles de realizar

* Reduce el riesgo de sufrir caídas

MEJORAR TU EQUILIBRIO

Cuando estés haciendo cola (en las tiendas, en el cine...) apóyate en un pie.

• **Y cuando estés** en casa, siéntate y levántate del sofá sin usar las manos.

FORTALECE LOS TOBILLOS

Lo conseguirás si caminas de puntillas a menudo. Prácticalo cuando estés en casa.

• **Haz pasos** cortos, elevando al máximo los talones.

REFUERZA LAS LUMBARES

De pie, detrás de una silla, sujétate a su respaldo y, luego, lleva el talón al glúteo.

• **Repite** este ejercicio 15 veces al día alternando ambas piernas.

PON EN FORMA LOS MUSLOS

Siéntate con la espalda bien recta y estira la pierna lo máximo que puedas.

• **Hazlo** 15 veces al día con cada pierna. También puedes hacer sentadillas.



Las 10 noticias DE LA SEMANA

La actriz con su madre, Marcheline Bertrand, en 2001



ANGELINA CONTINÚA CON SU LUCHA PREVENTIVA CONTRA EL CÁNCER. EL PRÓXIMO PASO ES SOMETERSE A UNA CIRUGÍA PARA EXTIRPAR LOS OVARIOS.

Por Yivi Ramos

'CELEB'

«ME VOY A O

TENGO QUE PASAR por el quirófano de nuevos, afirmó Angelina Jolie (38 años) en una reciente entrevista concedida a la publicación norteamericana *Entertainment Weekly*. Y es que la doble mastectomía a la que se sometió el 16 de febrero del año pasado fue solo la primera etapa de un largo proceso médico. Gracias a esta primera intervención, consiguió reducir las posibilidades de padecer cáncer de mama de un 87 por ciento a un 5 por ciento. Su madre, Marcheline Bertrand, murió a los 36 años tras una década luchando contra el cáncer de ovarios y Angelina ha heredado un 50 por ciento de probabilidades de desarrollarlo. Una mutación del gen BRCA-1

Angelina Jolie en la última edición del festival de cine independiente Spirit Awards 2014, celebrado el pasado marzo



Tests antes del embarazo para evitar riesgos a los bebés

- Las pruebas detectan portadores sanos que pueden tener hijos enfermos
- Los centros de reproducción usan sobre todo el test en donaciones de óvulos

ANA MACPHERSON 15/04/2014 01:39 | Actualizado a 15/04/2014 17:34

Las actuales herramientas para conocer la propia genética permiten echar un vistazo a la posibilidad de transmitir algunas **enfermedades** por 450 euros. Aunque en la familia no se conozca ninguna dolencia de las reconocidas como hereditarias. Aunque no haya ninguna razón para pensar que la combinación de ella y él, que tanto en común han descubierto desde que se conocieron, pueda generar una suma genética con problemas. Está al alcance y ¿por qué no?

La disponibilidad de estas pruebas sobre múltiples mutaciones es reciente. El equipo de Dexeus puso a punto su programa Q-Carrier -llevado a cabo por QGenomics, una alianza del CRG y la Pompeu Fabra- en diciembre y en estos meses ha realizado más de un centenar de determinaciones. El grupo principal de parejas a prueba lo forman quienes acuden a una fecundación in vitro con donación de óvulos, aunque está abierto a todo aquel que tenga interés por indagar su genética antes de concebir (preconcepción). También el IVI, instituto con 24 centros dedicados a la reproducción asistida, anunciaba la semana pasada la oferta de un test genético como un método para prevenir la aparición de enfermedades hereditarias en los hijos.

"En todo caso, el test necesita consejo genético, porque la información ha de interpretarse", advierte Xavier Estivill, responsable de la unidad de genética en salud de la mujer Dexeus. "Porque todos somos portadores de mutaciones genéticas, y muchas de ellas son benignas, otras tienen riesgo de provocar enfermedades importantes y otras no sabemos ni qué significan".

A Mare (nombre supuesto) le salió una mutación. "Hipotiroidismo congénito, creo. Sólo esa mutación de las 200 que miran en el test. Y tuvimos que cambiar de donante, porque ella también dio positivo a la misma mutación". Mare y Anna (también nombre supuesto, porque quieren informar de esta cuestión a la familia más adelante) están preparando una fecundación in vitro con óvulo de donante. Su recorrido es relativamente común: intentan durante uno o dos años un embarazo, el tiempo acecha porque Anna ya ha cumplido 38 y acuden a un especialista a ver si hay algún problema. Aparece uno, en concreto Anna tiene "una baja reserva ovárica" que quizá esté influyendo en no quedarse embarazada. Y deciden buscar un tratamiento alternativo.

La primera fertilización in vitro no funciona. Su reserva ovárica empieza a pesar en el ánimo. "No quería pasarme los próximos años cautiva de un cielo tras otro. Tengo amigas que llevan muchas FIV, hasta 13". Y optan por los óvulos de una donante. Es en ese momento en el que el equipo de Dexeus les propone el test genético: determinar la presencia de mutaciones conocidas en los 200 genes donde residen las dolencias hereditarias más frecuentes en el ámbito mediterráneo (aparte de las españolas, sus



TELEVISIÓ 3 RÀDIO CATALUNYA RÀDIO NOTÍCIES ESPORTS CULTURA EL TEMPS DIREC

alacarta BUSCA ÀUDIOS I VÍDEOS: Per emissores Per programes Per col·l



00:22 52:12

LES MIL I UNA NITS DE MARIA DE LA PAU JANER TOTS ELS ÀUDIOS WEB DEL PROGRAMA

Ni llavors ni cigonyes (procreació: el sistema clàssic)

28/04/2014   0  INSEREIX

A l'hora de fer nens, el millor mètode és el clàssic, és a dir: el sexe. Però què passa quan, per més que s'intenti, els nens no arriben? On queda la sexualitat de la parella quan es persegueix un embaràs que no arriba? El sexe programat pot matar el desig?

En parlem amb Pere Barri, director del departament d'Obstetrícia, Ginecologia i Reproducció de l'Hospital Universitari Quirón-Dexeus; Joaquim Calaf, director del programa de reproducció assistida de la Fundació Puigvert-Hospital de Sant Pau, la psicòloga de l'Institut Valencià d'Infertilitat de Barcelona i el psiquiatre Adolf Tobeña.

EL MUNDO

INVESTIGACIÓN Células madre pluripotentes

Hacia los espermatozoides 'de diseño'

La investigación celular puede ayudar a generar una terapia para la infertilidad masculina



Reclamación del espermatozoide. | EL MUNDO

ÁNGELÉS LÓPEZ [<http://www.elmundo.es/ciencia/2014/04/28/0428140814.html>] Madrid Actualizado: 01/05/2014 08:14 horas

Los logros que se están consiguiendo en el laboratorio con las células madre o con las iPS (células similares a las anteriores u pluripotentes creadas por el Nobel Shinya Yamanaka), son muy numerosos y diversos. Sin embargo, estos éxitos (hay que enmarcarlos, de momento, en el contexto de la experimentación y no de su aplicación como terapia). Uno de los últimos ha sido el que han protagonizado investigadores de varias universidades estadounidenses en el que demuestran que **a partir de la piel de hombres estériles se pueden obtener células IPS que, inyectadas en testículos de ratones, dan lugar a células germinales, precursoras de espermatozoides.**

Este nuevo paso en investigación celular, que da a ayudar a generar una terapia para estos varones -algo que **todavía no se puede hacer, y que no hay ningún dato que demuestre que el uso de estas células sea seguro**-, está ahí para ayudar a explicar las causas genéticas de la infertilidad masculina y crear una ventana para conocer la biología básica del espermatozoide.

"Nuestros resultados son los primeros en ofrecer un modelo experimental para estudiar el desarrollo del espermatozoide", afirma Patricia Reijo Pera al Instituto de Biología de Células Madre y Medicina Regenerativa y profesora de la Universidad del Estado de Montana (EEUU). "Además, hay potencial para la aplicación de esta terapia celular en la clínica, por ejemplo, para la generación de espermatozoides en un mayor número y de más calidad en el laboratorio", aventura esta prestigiosa investigadora.

Los problemas de fertilidad **afectan al 10-15% de las parejas**. En un 30% de los casos, el factor masculino es el que está detrás de esta incapacidad para tener hijos. A ese porcentaje hay que unir otro 20% en donde las causas son mixtas: tanto el hombre como la mujer tienen algún problema para concebir. "Hoy en día hay pocos tratamientos para mejorar la calidad del semen y su cantidad. Esta investigación es prometedora, pero todavía preliminar. Habrá que esperar, por lo menos, hasta ver si esta técnica es exitosa en primates", afirma Julio Henríquez, coordinador de Reproducción Asistida del Hospital Vail d'Hebron, en Barcelona. Algo que reconoce el mismo equipo de Reijo en su artículo, publicado en la revista *Cell Reports* (<http://www.cell.com/cell-reports/home>), en el que afirman que "se requieren futuros estudios para examinar la suficiencia de este procedimiento en un receptor primata no humano para promover la reconstitución completa de la espermatogénesis".

Fórmula el experimento en este caso consistió en **tomar muestras de la piel de cinco hombres para transformarlas en células madre pluripotentes** o iPS. Tres de ellos tenían una mutación genética en su cromosoma Y que les impide producir espermatozoides (tenían azoospermia) y los otros dos eran fértiles. Las células IPS de los cinco fueron transplantadas en los testículos seminíferos de los testículos de ratones, que previamente habían sido modificados para que fueran estériles.

Lo que comprobaron fue que, una vez inyectadas en los testículos, las iPS se fueron transformando en células madre espermatogénicas, es decir, las precursoras de los espermatozoides. "En este modelo de trasplante, hemos visto la mejor diferenciación a línea germinal que

Women'secret lanza una línea de baño para mujeres operadas de cáncer de mama (/saludpr/596-prsalud-1/20130764-womensecret-lanza-una-linea-de-bano-para-mujeres-operadas-de-cancer-de-mama)

Escrito por redaccionpr

Actualmente sólo a un 1530% de las mujeres tratadas con mastectomía se les realiza un procedimiento reconstructivo. El resto no se somete a esta operación no estar indicado para sus casos o decisión personal. Por ello, la llegada del verano y el comienzo de la temada de playa o piscinas puede verse como una tortura. Por ello, Salud de la Mujer Dexeus y Women'secret han lanzado una línea de bikinis y bañadores a precios razonables que cubren las necesidades de aquellas mujeres que quieren seguir manteniendo su feminidad.

SPECIAL
POST-SURGERY
SWIMWEAR

Dexeus WOMEN'SECRET



La primera colección de baño para las mujeres operadas de cáncer de mama.

Venta exclusiva online y en tiendas seleccionadas. En compra online cambios y devoluciones a través de la web.

Las mujeres que se ven sometidas a una operación para extirpar parte o la totalidad de una mama a causa de un cáncer tienen delante un reto psicológico muy tante, en el que la normalización de las acciones diarias contribuye enormemente a la superación de la enfermedad. Es una tarea complicada ya en la intimidad del hogar, pero cuando nos exponemos en espacios públicos este reto se hace, para muchas, insuperable. Desvestirse en público, tumbarse en la arena, jugar con los niños en la orilla del mar, son acciones cotidianas insalvables para muchas mujeres tras la operación.

Profesionales expertos del área de ginecología oncológica y mamaria y pacientes de Salud de la Mujer Dexeus han asesorado a diseñadores y patronistas de Women'secret para crear la colección Special PostSurgery Swwear, una línea de baño diseñada especialmente para que las mujeres que se han sometido a una mastectomía a causa de un cáncer de mama puedan usar prendas adaptadas, cómodas y a la moda.

Salud de la Mujer

Recibir óvulos libres de enfermedad

Un 40% de la población es portadora de alguna mutación, con los test genéticos se pueden implantar embriones con menor riesgo de desarrollar una patología

EL

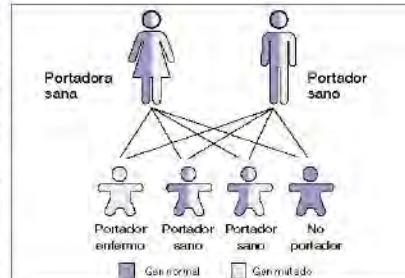
La recepción de óvulos de donante es sólo la técnica de reproducción asistida más utilizada, tanto cuando se trata de un 7% que entre otras cosas, el óvulo que recibe la mujer es el de una donante que no supera los 35 años y por tanto la fertilidad no ha visto comprometida. Ello hace que la tasa de embarazo supere el 60%, y la tasa de supervivencia de embriones e implantados de aproximadamente el 30%. Los test genéticos disponibles en la actualidad hacen que la recepción de óvulos sea, además, la más segura posible. A través de un estudio genético se puede conocer al riesgo de que el futuro hijo desarrolle enfermedades hereditarias de los genes.

En la actualidad, Dexeus tiene el único programa de Europa que de forma sistemática realiza un screening genético a las mujeres que a donantes de óvulos y semen. A través de técnicas de secuenciación masiva (NGS) se pueden analizar más de 600 enfermedades.

Un 40% de la población es portadora de alguna mutación, que no quiere decir desarrollar la enfermedad. "Pero es importante que el especialista y el clínico tengan la misma información porque, de ser así, el riesgo de enfermedad representará el 25%", explica Pedro N. Berri, director del departamento de asistencia ginecológica y medicina de la reproducción en Salud de la Mujer Dexeus. Con la realización del test se consigue una mayor seguridad y se reduce considerablemente el riesgo de desarrollar una enfermedad genética.

De las 20 pruebas que se realizan en el sur de Europa, como fibrosis quística o hemofilia, se analizan todas las mutaciones.

En sus palabras, los resultados se resubscriben de manera instantánea. A la mujer que quiere donar óvulos siempre se le realiza un cribado genético para conocer los riesgos, un cribado genético que se realiza antes de comenzar cualquier estudio de fertilidad. En Dexeus un 50% del total de tratamientos se hace por reproducción asistida con óvulos de donante y, según Berri, "Es un momento de debate fundamental, y mate a la vez de alta social de preparar la maternidad. "Muchas mujeres se plantean si van a usar un embrión de



La probabilidad de que los niños sean un día enfermos si los dos progenitores (padres) son portadores de la misma mutación genética es el 25%.

A partir de los 37 años se produce lo que se conoce como transición perimenopáusica

algún, aunque es una cosa. La funcionalidad de los ovarios al nivel de estudio que cuenta con fertilidad probada, es decir, que se ovulan y se ovulan con éxito, como se expresa en términos. De hecho, no es así, aunque se sabe que a veces es posible, aunque se puede recoger el mismo.

El uso de óvulos de donante se ha incrementado considerablemente en los últimos años. "En Dexeus un 50% del total de tratamientos se hace por reproducción asistida con óvulos de donante", según Berri. "Es un momento de debate fundamental, y mate a la vez de alta social de preparar la maternidad. "Muchas mujeres se plantean si van a usar un embrión de

partir de los 40 años, cuando la reserva ovárica es limitada", añade. A partir de los 37 años se produce lo que se conoce como transición perimenopáusica, es decir, período transitorio marcado por la bajada de la función ovárica, pero con otros síntomas físicos y emocionales. La fertilidad no se ve afectada por recibir óvulos. Por eso, una mujer de 40 años podría que donar óvulos, pero el óvulo de donante se implanta en el útero.

"Hoy en día se tratan con los tratamientos de 50 años, porque cuando somos más jóvenes no hay riesgo de embarazo, pero la salud de la mujer que donamos el embrión es 'genética', asegura el ginecólogo.

La mujer que recibe los óvulos puede además, con el embarazo se vuelven los mismos síntomas que se ven al llevar a cabo un embarazo. Esto demuestra que la criopreservación es eficaz y segura", concluye Pedro N. Berri.

¿Quieres ser madre? Te lo ponemos aún más fácil

desde 3500 €

Informa o pide más: 93 227 47 12 www.dexeus.com

Dexeus

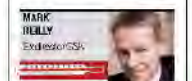
TERMOMETRO



La Riba de Segarra entregó el pasado martes el conocido galardón al premio José Manuel de la Torre a toda una vida, por su trayectoria en la Riba de Segarra durante los últimos 30 años en un reconocimiento a la práctica de la cirugía de donante de órganos y su experiencia en el campo de la medicina.



Por quinto año consecutivo, durante el mes de mayo de 2014, el Hospital de la Riba de Segarra ha sido el primero en el mundo en recibir el premio de la Asociación Española de Cardiología por su trayectoria en el campo de la medicina.



Tras haberse desempeñado en la política como concejal, ha sido el primer alcalde de la Riba de Segarra en ser elegido alcalde de la Riba de Segarra (RS) en las elecciones municipales de mayo de 2014. En su discurso de toma de posesión, ha expresado su compromiso con la ciudadanía y su voluntad de trabajar para mejorar la calidad de vida de los ribesegarraes.



La Junta Directiva de la Asociación para el Autodiagnóstico de la Salud (AAAS) ha elegido al doctor Juan Carlos Jardi Ramonell (Pere) como presidente. El doctor Jardi Ramonell es un médico de familia y un experto en el diagnóstico de la salud.



La empresa Enrique Toné ha inaugurado su primera tienda de productos de alimentación en la Riba de Segarra. La tienda ofrece una amplia variedad de productos de alta calidad, desde alimentos orgánicos hasta productos de lujo.

BELLEZA

Tu fertilidad

¿CUÁNTO TE CUESTA MANTENERLA?

Cada vez hay más mujeres que retrasan el momento de ser madres. Si es tu caso, ten en cuenta que la vitrificación de tus ovocitos es un proceso médico de vanguardia complicado y caro. Lee, infórmate y, si te decides, ¡feliz maternidad! **Texto: Mamen Ruiz Puertas**

Ahora tiene 30 años, pero María, quien prefiere no dar el apellido para preservar su anonimato, se hizo la vitrificación de ovocitos hace tres años. "Trabajo en el ámbito de la salud y, como mi pareja vivía en otra ciudad, me empezó a entrar el agobio y decidí someterme a esta técnica de reproducción asistida", reconoce. En la actualidad sigue manteniendo una relación estable pero, de momento, no se anima a ser madre. "Si lo decidí alrededor de los 36, lo intentaré de manera natural, pero si cruzo la barrera de los 40, hasta un tope de 42, los desvitrificaré. Más allá de esta edad, no creo que los utilice", afirma.

TÉCNICA MEJORADA

El reloj biológico de la fecundidad de la mujer no perdona y posponer la maternidad es una decisión que sin duda afecta, directamente, a su capacidad reproductiva. La vitrificación de ovocitos es una alternativa muy prometedora para preservar la fertilidad. Esta técnica, autorizada en España desde 2006, permite la extracción de ovocitos y conservarlos, con total seguridad y calidad, hasta el momento que la mujer

La vitrificación paso a paso

1. **Se inicia la estimulación ovárica** con un tratamiento hormonal para que, en un mismo ciclo menstrual, se desarrollen varios ovocitos. Su número varía en cada mujer, pero se puede llegar a generar 12 y hasta 20. Este proceso dura entre 10 y 12 días.
2. **Después, se extraen los ovocitos** mediante una punción ovárica. Esta intervención es sencilla, dura unos 10 minutos, y, para mayor tranquilidad de la mujer, se hace con sedación.
3. A continuación, **se vitrifican en el laboratorio y se conservan** almacenados en nitrógeno líquido, por debajo de los -190 °C, hasta que la mujer decida buscar el embarazo.
4. **Una vez que la paciente desea ser madre**, se descongelan los ovocitos y se inicia un proceso habitual de fecundación in vitro.

decida intentar quedarse embarazada. Antes se congelaban los ovocitos muy lentamente y llegada la hora de utilizarlos, había que desechar muchos de ellos. "Al congelarlos de forma progresiva, en muchos ovocitos se formaban cristales en su interior y, al descongelarlos, ya no se podían utilizar", afirma el Dr. Antonio Requena, director médico de las 18 Clínicas IVI que existen en España. Ahora, con la vitrificación, "el ovocito pasa rápidamente de 22 °C a los -196 °C y así no se forman cristales. El procedimiento se hace en nitrógeno líquido y se añade crioprotectores a la solución. A la hora de utilizarlos se aprovechan más del 95 por 100", asegura este experto en reproducción asistida. "Tras la desvitrificación de estas células, su calidad es idéntica a la de un ovocito fresco", asegura el Dr. Buenaventura Coroleu, jefe del servicio de medicina de la reproducción del departamento Salud de la Mujer Dexeus de Barcelona. Así que si congelas tus ovocitos con esta técnica a los 30 y decides utilizarlos a los 40, su calidad es la del momento en que te los extrajeron, es decir, 30 años. En España ya hay 40.000 mujeres que han recurrido a la vitrificación de sus ovocitos, según los últimos datos de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) de 2011. En las Clínicas IVI, el año pasado se realizaron 360 vitrificaciones por motivos sociales, como es por una situación económica, laboral o personal concreta.

EL MILAGRO DE LA CIENCIA

También hay razones médicas, como la endometriosis o el cáncer, en las que la vitrificación de ovocitos se convierte en una opción a la que pueden recurrir este tipo de pacientes para preservar su fertilidad. Los tratamientos on-



TEMAS [Inicio](#) [Noticias](#) [Boletín](#) [Dietas](#) [Tratamientos científicos](#) [Inteligencia](#) Iniciar sesión [Regístrate](#)

Buscar

[Inicio](#) [Elings](#) [Horóscopo](#) [Vídeos](#) [Guías](#)

[Portada](#) [Moda](#) [Belleza](#) [Salud](#) [Corazón](#) [Ser Madre](#) [Psico y Sexo](#) [Elings](#)

Women'secret lanza una línea de baño para mujeres operadas de cáncer de mama junto a Salud de la Mujer Dexeus



Autor: [Portada](#) [Seguimiento](#)

La revolución del bikini con Live&Love [De tendencias](#)

20 de mayo de 2014 | MUESTRAS | 0 COMENTARIOS

Temas tratados: [Catálogos](#)

Women'secret y la iniciativa Salud de la Mujer Dexeus han dado un paso más en busca del bienestar de las mujeres que han sufrido cáncer de pecho. Sus diseños tanto de bikinis como de bañadores cubren las necesidades que de las mujeres que deciden no someterse a una reconstrucción.

Women'secret se ha unido a Salud de la Mujer Dexeus para crear una de las colecciones más especiales dedicadas a mujeres operadas de cáncer de mama. De esta forma la feminidad y la salud no comprometen en la colección Special Post-Surgery Swimwear.

Sus nuevas diseños son prescra adaptadas y creadas por profesionales expertos del área de:

Más Visto

- 10 tiempos antes y después de los tatuajes estéticos

Lo Último

- El nuevo corte de pelo de Iga Miedona
- Los vestidos rojos más espectaculares de 2014 (II Parte)
- 9 ejercicios y 2 trucos para tener unos glúteos perfectos

GACETA MÉDICA.com

Viernes, 11 de Diciembre de 2014 Buscar:

Inicio [Temas de la semana](#) [Comentarios](#) [Política](#) [Primaria](#) [Salud](#) [Educación](#) [Suplementos](#) [Farmacia](#) [Hemeroteca](#) [Ediciones](#) [BCL](#) [Contactos](#)

Compartir

Utilizar este artículo

[Imprimir](#)

[Compartir](#)

[G+1](#) [D+](#)


Herramientas

Visualizar:

Imprimir: Enviar

ESPECIALIZADA

La evidencia apoya la transferencia de un solo embrión en ovodonación



El doctor Claret, presidente del...

Temas relacionados: [Gregorio Marañón](#) [Sociedad Española de Fertilidad](#) [Pacientes](#) [Formación](#) [Reproducción asistida](#) [Diabetes](#) [Unidad Embarazo](#) [Fertilidad](#)

C. OSSORIO | BARCELONA
@GacetaMedicaCom

Viene: [El Semanal](#) 2014 | 1456

Esta técnica obtiene la misma tasa acumulada de nacido vivo que TES-2 y evita gestaciones gemelares

Transferir un único embrión en receptoras de ovocitos donados (TES-1) es una opción eficaz para evitar embarazos gemelares y sus complicaciones asociadas. De hecho, un estudio del Hospital Universitario Quirón Dexeus presentado en el 30º Congreso de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) demuestra que la tasa acumulada de nacido vivo es igual que la que se obtiene con la transferencia selectiva de dos embriones (TES-2). Unos datos que respaldan el necesario cambio de tendencia, ya que los últimos datos del Registro de la SEF, del año 2011, reportan más del 80 por ciento de las transferencias con más de un embrión.

Como señala Rosa Tur, experta del Comité Organizador del congreso y firmante del citado estudio, "no es aceptable que haya una tasa del 20-30 por ciento de embarazos gemelares en donación de ovocitos y en mujeres de más de 40 años", pero hasta ahora no había estudios prospectivos que compararan TES-1 y TES-2 en ovodonación.

Por ello, y a raíz de trabajos en casos de FIVICSI que apuntaban a resultados homogéneos con independencia del número de embriones transferidos, el objetivo de este trabajo clínico era demostrarlo en donación ovárica (DO).

Elisabet Clua, autora principal del estudio, ha detallado que se seleccionó a 85 pacientes, de las que 34 (52,3 por ciento) fueron asignadas al grupo de TES-1 y 31 (47,7 por ciento) el grupo de TES-2. Las tasas acumuladas de embarazo, que como explica Tur, consisten en un ciclo fresco más otros adicionales con embriones vitificados, fue similar en las dos ramas (73,5 por ciento en TES-1

Publicidad

Disponible en **NetSalud**

Mejorar la vida de las personas ESTE ES NUESTRO COMPROMISO

GACETA MÉDICA
Ya disponible en android

GACETA MÉDICA.com NEWSLETTER

Mantenerse bien informado es ahora más fácil

GACETA MÉDICA en tu iPhone



¿Qué altera el nivel hormonal?

El nivel de estrógenos cambia ligeramente a lo largo de la vida por varios motivos:

- **En la edad fértil.** La cantidad de estrógenos se mantiene más o menos estable durante la edad fértil pero disminuye notablemente al llegar la menopausia.
- **Durante el ciclo.** Se elevan a mitad del ciclo menstrual –durante 6 a 10 días– y disminuyen después si no se presenta la fecundación del óvulo (si no hay embarazo).

SALUD FEMENINA

¿Cómo nos afectan los estrógenos?

Esta hormona no solo regula el ciclo menstrual, también está implicada en numerosos procesos biológicos y por eso influye en el estado de la piel, en la salud cardiaca o el peso



DR. PASCUAL GARCÍA
Ginecólogo Unidad Menopausia de Salud de la Mujer Dexeus, Barcelona

No hay etapa de la vida de una mujer que no esté relacionada de un modo u otro con la actuación hormonal; y en concreto con los estrógenos. De su presencia o ausencia y de sus diferentes fluctuaciones dependen muchos aspectos del bienestar femenino.

CÓMO INFLUYEN EN TU SALUD GENERAL

La actividad de esta hormona femenina (que se origina en los ovarios) no solo es básica para el desarrollo

del aparato genital femenino, también interfiere en el funcionamiento de muchos órganos y tejidos:

• **Mantienen los huesos fuertes.** La estructura ósea está siempre renovándose y los estrógenos contribuyen al equilibrio entre su proceso de formación y destrucción. Y es que contrarrestan la acción de hormonas como la paratiroidea (PTH), que hacen que el hueso se vuelva frágil y poroso.

• **Ejercen una función protectora del corazón.** Además de ayudar a metabolizar las grasas, regulan también el colesterol malo y aumentan el bueno. Además, un

estudio publicado en "The New England Journal of Medicine" demostró que la actividad de los estrógenos previene la formación de depósitos de calcio en las paredes arteriales, alejando el riesgo de que se obstruyan. Todo esto hace que cuando los niveles de estrógenos son óptimos (durante la edad fértil) la mujer esté especialmente protegida frente a los accidentes cardiovasculares.

• **Mieman el cerebro y mantienen la memoria.** Esta hormona tiene la capacidad de estimular el flujo sanguíneo en el cerebro. Por ello, contribuye al buen

estado cognitivo y al mantenimiento de la memoria. Un estudio de la Universidad del Sur de California (EE. UU.) demostró que las mujeres con un nivel más alto de esta hormona la mantenían en buen estado durante más años.

TAMBIÉN AFECTAN A TU ESTADO ANÍMICO

Los estrógenos influyen de forma positiva sobre el sistema nervioso central.

• **Ayudan a estar de buen humor.** Se ha comprobado que los estrógenos afectan al buen funcionamiento de los neurotransmisores en zonas del cerebro

Entrevista

Montserrat Boada

Cap de Biologia i directora dels laboratoris de TRA de l'Hospital Universitari Quirón Dexeus

“A Sant Cugat, 700 nens serien fruit d'una reproducció assistida”

Doctora en biologia, va oferir una conferència sobre '30 anys de reproducció assistida' a les Aules d'Extensió Universitària per a la Gent Gran de Sant Cugat



Què va suposar, fe 30 anys, el naixement de la primera nena catalana nascuda per fecundació in vitro?

Va suposar un canvi importantíssim, perquè en aquells moments ja no hi havia consciència total de la possibilitat de les tècniques de reproducció assistida (TRA). I suposava poder resoldre problemes d'infertilitat. Hi va haver molt treball social i un gran èxit. Però, tenint en compte que hi ha un 15% de parelles en edat fèrtil que tenen problemes d'infertilitat, en poc temps s'ha anat aconseguint que el tractament més per a poder arribar a una parella es reproduïssa.

Com han canviat les coses?

Les noves tecnologies han ajudat moltíssim en la dificultat de les tècniques. Avui, les coses tecnològiques són més ràpides i més segures i així, en poc temps s'ha aconseguit

Com estava que un 15% de parelles en edat fèrtil tenen problemes d'infertilitat...
Segons dades de l'Organització

Mundial de la Salut, arreu del món hi ha al voltant d'un 50 milions de parelles amb problemes d'infertilitat (al voltant del 15%). Quan parlem d'infertilitat, parlem d'aqueles dones que, després de doctorar-se i tenir relacions sexuals durant un any, no aconseguen tenir un fill. Però, de fet, també hi fa molt d'edat de la dona. És molt diferent començar a procrear a les 25 que a les 40.

Aquestes dades a Sant Cugat suposen...

Si apliquem les proporcions que coneixem a la població real de Sant Cugat, podem veure que a la població de al voltant de 80.000 persones, a 100 anys donaria que unes 8.000 dones en edat fèrtil (de 15 a 49 anys) portar que en algun moment tindrà algun problema de reproducció. També s'estima que, avui en dia, un 4% dels nens d'entre 0 i 14 anys, són fruit d'una reproducció assistida. Això vol dir que, tenint en compte que hi ha de 0 a 14 anys més o menys tenim una 17.000 nens, al voltant d'una 700 nascuda a Sant

Cugat poden ser fruit d'una reproducció assistida. És un èxit i un èxit matemàtic, però no ho hauríem de celebrar per tant d'èxit.

Quina seria la franja d'edat que farà de les TRA?

Aquest és el gran problema: les dones en embarcament, no aconseguen tenir un fill. Però, de fet, també hi fa molt d'edat de la dona. És molt diferent començar a procrear a les 25 que a les 40.

A què es deu aquesta mitjana d'edat tan elevada?

Es un fenomen social. La dona està retardant la maternitat o per aspectes laborals, o per tema de parella. S'hauria de mentalitzar que una cosa són els aspectes socials i l'altra és biològica. Com més retarda la maternitat, més risc hi ha de no aconseguir un embarcament de tenir fills.

Uns riscos que són comuns amb la reproducció natural...

Aniversari

El dia 12 de juliol Victòria Anna, la primera nena nascuda a partir d'un tractament de fecundació in vitro a Catalunya, fa trenta anys. Entrevistem la doctora Montserrat Boada, cap de la Secció de Biologia i directora dels laboratoris de Tècniques de Reproducció Assistida (TRA) de l'Hospital Universitari Quirón Dexeus de Barcelona. Boada, a més, és presidenta d'ASTER, la Associació per a l'Estudi de la Reproducció de la Reproducció, i és la coordinadora del Màster de Biologia de la Reproducció Humana Assistida de l'Hospital Universitari Quirón Dexeus & Universitat Autònoma de Barcelona.

SAIUT

La Victòria Anna fa trenta anys

Des de la primera fecundació 'in vitro', la tècnica ha millorat fins a assolir taxes d'embaràs del 60%

LARA RONLLA BARCELONA

Ara són una pràctica habitual però fa trenta anys les tècniques de reproducció assistida estaven a les beceroles. Un grup de metges joves i amb ganes de menjar-se el món portaven un quinquè amb forma de sac a l'estranger per posar aquí els fonaments de la reproducció assistida. "Nascia d'una necessitat acèrrida. Hi havia parelles que necessitaven que els resolguéssim els problemes de fertilitat i ens volem posar al dia respecte al que feien altres països", explica la biòloga Anna Veiga, que juntament amb el ginecòleg Pere Barri liderava l'equip de l'Institut Dexeus que va fer possible que el 12 de juliol del 1984 nasqués la Victòria Anna, la primera nena nascuda per fecundació *in vitro* (FIV) a l'Estat.



UNA SENA MOLT ESPERADA El 12 de juliol del 1984 neixia a l'Institut Dexeus de Barcelona la Victòria Anna (1), la primera nena a l'Estat nascuda per fecundació *in vitro*. El pare, el Dr. Dolores, la seva mare, va ser per cesària una setmana abans del part. La nena va pesar, en els dos quilos i mitjà, i va tenir 42 ultrasons. Pere Barri i la biòloga Anna Veiga GO van fer-ho possible, en un moment

Ttractament El perfil de les parelles i els motius per fer una 'in vitro' han canviat

any abans havia nascut a Anglaterra Louise Brown, la primera nena nascuda al món per FIV. Les tècniques han canviat, molt ràpidament. Les taxes d'embaràs de fins al 60% quan fa trenta anys eren del 15%. El gran canvi, però, ha sigut ètic. El perfil de les parelles s'ha ampliat. Fa 30 anys les dones tractades estaven casades o vivien en parella, mentre que ara les tècniques de reproducció assistida permeten crear nous models de família. A més, ara l'endarreriment de la maternitat és la principal causa d'esterilitat. Gairebé el 40% de les dones que es tracten al Dexeus són més grans de 40 anys, explica Barri. Les

tècniques de reproducció assistida ja no només s'utilitzen per tractar casos d'infertilitat per causes mèdiques. "Estem tractant dones d'edat avançada i, al final, que arriben de 45 anys no es que emllanarades de lògic. Necessitem la feina fisiològica, però després de que el tractament sigui actiu en el camp de la reproducció", notes Veiga. Les tècniques de reproducció assistida també han aportat eines per preservar la fertilitat de pacients oncològics i per preservar la genètica social, com ara dones que per qüestions professionals o perquè no han trobat la parella adequada volen congelar els seus òvuls per utilitzar-los en un futur. "És indistinguible a més que les dones poguessin tenir fills quan en tinguem ganes i quan toca però que la carrera professional no ens hagi de fer renunciar a res", al·lega Anna Veiga.

Menys embarassos múltiples Des de llavors també s'han reduït els embarassos múltiples, que eren els principals riscos el 1984, però la taxa encara és elevada. Mentre que als països escandinau la taxa d'embaràs geminiflor és només d'entre el 5% i el 7%, aquí és del 25%. Veiga notes que s'han de reduir el nombre d'embrions que es transfereixen: "Però moltes parelles volen bessons i molts professionals no'han aconseguit a més que les dones neixen menys prematur, amb baix pes."

Normalitat a les urgències hospitalàries

Després de set hores de autònoma de pacients a les urgències dels hospitals de la Vall d'Hebron i de Bellvitge, ahir es va viure una jornada de normalitat. "Així és com hauria de ser sempre", va explicar Teresa Soriano, metge adjunt del servei d'urgències de la Vall d'Hebron. No obstant, van començar el torn amb 42 pacients pendents d'atendre, els més antics de 42 dies. A Bellvitge els metges descriuen una situació similar. En alguns casos, es fa postergar dels usuaris, que es van anarintar, ja s'ha tancat la planta i s'ha

el naixement de la Victòria Anna va ser un punt d'inflexió també per a la carrera d'aquests professionals. "Van demostrar que la medicina és una feina d'equip" diu Barri, que és director del departament d'obstetrícia de l'Hospital Quirón Dexeus. "Va ser un privilegi", indica Veiga, actual directora científica de l'àrea de biologia de la salut de la dona de Dexeus. La reproducció assistida a Espanya, i especialment a Catalunya, està a l'alçada dels millors països. La Victòria Anna va ser només el primer dels casos. La fecundació *in vitro* i les tècniques de reproducció assistida en general han permès a moltes parelles complir el seu somni de ser pares. Es calcula que el 25% dels naixements a l'Estat són per fecundació *in vitro*.



Revolució social

Ha passat trenta anys des de que la cesària però tant Barri, que té 34 anys, com Veiga, que en té 27, la tenen molt present. El doctor Barri va viure com si fos "un segon pare" a un altre país. "És una experiència molt, com quan van néixer els meus fills", diu. Va ser un moment molt especial per a ella. Ben pòster. "Eran moments molt importants, clínicament però estaven passant en manca una tècnica que s'ha convertit de manera plena", apunta Veiga. "Van demostrar que ens fem coses igual de bé que Anglaterra, Austràlia o els EUA", diu Barri. Els

Hay sexo después de la menopausia

La atrofia vaginal afecta al 40% de las mujeres maduras, pero solo una de cada cuatro busca una solución



Más del 40% de las mujeres maduras sufren de atrofia vaginal, pero muy pocas, solo una de cada cuatro, acuden al ginecólogo en busca de un tratamiento. Como consecuencia, sus relaciones sexuales se vuelven cada vez más dolorosas, hasta el punto de que muchas de ellas llegan a abandonarlas por completo. Interviene la aparición de otros problemas de salud que complican aún más su calidad de vida. Entran en una especie de espiral patológica y lo que comienza con un simple problema vaginal acaba convirtiéndose en un trastorno de salud que afecta en muchos casos a la vida diaria y al trabajo. Pero no tiene por qué ocurrir así. Una educación y sencilla prevención, que puede comenzar antes de que llegue la menopausia, permite a la mujer vivir la sexualidad con plena independencia durante su vida.



La atrofia, una enfermedad que se ceba con ellas

La atrofia es una enfermedad silenciosa porque ocurre en mayor medida a la mujer, según explicó el ginecólogo José Luis Mayo. La enfermedad, originada por la disminución paulatina del estrógeno, se produce en un tercio de las mujeres por causas genéticas. En algunas personas, los genes están muy malos, para que a determinada edad las articulaciones comiencen a fallar y ducan. En otras ocasiones, una de cada tres, la patología se desarrolla como consecuencia de la obesidad y un estilo de vida sedentario que sobre carga los tendones. El último tercio, otro 33% de los casos, se debe a los efectos de la menopausia sobre el organismo de la mujer. Si el déficit hormonal que desencadena este proceso de la vida provoca dolor articular especialmente en las manos, rodillas, caderas y columna vertebral.

ERIN ARCE TEQUILA Más del 40% de las mujeres maduras sufren de atrofia vaginal, pero muy pocas, solo una de cada cuatro, acuden al ginecólogo en busca de un tratamiento. Como consecuencia, sus relaciones sexuales se vuelven cada vez más dolorosas, hasta el punto de que muchas de ellas llegan a abandonarlas por completo. Interviene la aparición de otros problemas de salud que complican aún más su calidad de vida. Entran en una especie de espiral patológica y lo que comienza con un simple problema vaginal acaba convirtiéndose en un trastorno de salud que afecta en muchos casos a la vida diaria y al trabajo. Pero no tiene por qué ocurrir así. Una educación y sencilla prevención, que puede comenzar antes de que llegue la menopausia, permite a la mujer vivir la sexualidad con plena independencia durante su vida.

EL DATO

3.000.000 de españolas sufren de atrofia vaginal y no lo consultan su médico.

del Instituto Dexeus, de Barcelona.

A partir de los 48 años La sexualidad vaginal, como el tratamiento de las patologías que acompañan a la menopausia, es competencia de la ginecología y no de la

ginecología o se produce al disminuir la función ovárica. El organismo deja de generar la principal hormona femenina en el proceso que se desarrolla entre los 18 y los 35 años, y que se finaliza al principio con la menopausia, se ve afectada por la pérdida de la capacidad de respuesta vaginal, el adelgazamiento de la piel y problemas circulatorios. La atrofia vaginal del cuerpo provoca que se pierda la capacidad fundamental para la elasticidad y flexibilidad de los órganos, y hace por ello la tendencia natural al problema que se le añade el deterioro de la capacidad de vida de las afectadas. La dolencia tiene un componente hereditario, para evitarlo, se recomienda evitar el sobrepeso, llevar una dieta equilibrada en los alimentos y hacer un ejercicio moderado y constante.

El 30% de las madres sufren síndrome de congestión pélvica

E. F. A. El síndrome de congestión pélvica es una enfermedad que afecta a un 30% de las mujeres entre 20 y 50 años de edad. Se caracteriza por una sensación de pesadez en la zona pélvica. Las dolencias se agravan durante la menstruación, las relaciones sexuales o cuando se está mucho tiempo de pie y durante los embarazos, y el diagnóstico se realiza mediante una ecografía y un angio TAC, que permiten detectar la presencia de venas en el útero, ovarios o vagina. Según

Amor lo Ballester, especialista en Angiología y Cirugía vascular del Hospital Quirón de Turis, el tratamiento de la patología consiste en el 80% de los casos y mediante un procedimiento mínimamente invasivo de la vía general. Generalmente, no obstante, cuando se recomienda a las mujeres que desean tener hijos, se recomienda un tratamiento de la vía general. La cirugía se realiza cuando el diagnóstico es de congestión pélvica y se recomienda un tratamiento de la vía general. La cirugía se realiza cuando el diagnóstico es de congestión pélvica y se recomienda un tratamiento de la vía general.

La ginecología y la uroginecología son especialidades que se complementan entre sí. La ginecología se ocupa de la salud de la mujer en general, pero la uroginecología se ocupa de la salud de la mujer en relación con el sistema urinario. La ginecología y la uroginecología son especialidades que se complementan entre sí. La ginecología se ocupa de la salud de la mujer en general, pero la uroginecología se ocupa de la salud de la mujer en relación con el sistema urinario.

30 años de fecundación in vitro

Desde el nacimiento del primer bebé probeta la técnica ha logrado tasas de embarazo mayores incluso que las conseguidas con el rendimiento natural humano

A. S.

Hace 30 años nació el primer bebé probeta en nuestro país. El 12 de julio de 1984, una semana antes de lo previsto, Victoria Anna veía la luz en el Instituto Universitario Dexeus, tan solo seis años después del primer nacimiento por fecundación *in vitro* (FIV) del mundo, la británica Louise Brown. Supuso un gran hito para la medicina reproductiva española porque, como recuerda Pedro N. Barri, director del departamento de obstetricia, ginecología y medicina de la reproducción de Salud de la Mujer Dexeus, "en esos momentos muy pocos países habían reproducido la técnica con éxito y se demostró que España estaba en primera línea. Tuvimos que recorrer un camino que en esos momentos era totalmente nuevo, fue un año de trabajo muy duro pero muy estimulante". Este esfuerzo ha continuado hasta la actualidad. Ahora, tres décadas después, la medicina de la reproducción española es líder en todo el mundo. "Nuestro país es uno de los que más tratamientos de fertilidad realiza y, lo más importante, con mejores resultados", recalca Barri. Según el último congreso de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Fertilidad, se han registrado 5,4 millones de niños nacidos por FIV en el mundo. Actualmente,



Nacimiento de Victoria Anna mediante cesárea el 12 de julio de 1984.

con certeza cuántos ciclos se han realizado, el número de malformaciones, de embarazos múltiples... En España hay un registro pero es voluntario", apunta Barri. Durante todo este tiempo, la técnica ha cambiado significativamente. Se ha simplificado y se ha hecho más eficiente. Las tasas de embarazo son incluso mayores que las conseguidas con el rendimiento natural humano. "Una pareja joven y fértil que ya tenga hijos y busque otro embarazo, tiene una probabilidad de éxito de un 20 a un 30% en un mes", explica este ginecólogo. La FIV ha logrado superar ampliamente esta cifra. "En parejas jóvenes dobla las probabilidades, con una tasa de embarazo que supera el 50%", asegura. Por un lado, existen sistemas para ver de forma dinámica la evolución morfológica del embrión a lo largo de los dos a cuatro días de cultivo. De esta manera se pueden seleccionar los mejores embriones y poder transferir únicamente uno, pero con una mayor probabilidad de embarazo. Y es que desde hace tiempo se está apostando por la reducción de implantación de embriones. Hace unos años España era, junto a Estados Unidos, el país donde más embriones se transferían y, por tanto, con una altísima tasa de embarazos múltiples. Por ello, desde el 2003 en España la ley limita la transferencia de embriones a un máximo de tres.

Además, la estimulación ovárica se hace de manera más individualizada, con fármacos más seguros y costo-eficientes, y con dosis más bajas. Para evitar el síndrome de hiper estimulación ovárica algunos centros como el de Salud de la Mujer Dexeus son libres, o casi, de hiperestimulación. Las causas también han cambiado con los años. Hace tres décadas respondían sobre todo a razones médicas. Actualmente, la edad de las pacientes, cada vez más avanzada, es uno de los principales motivos por los que la mujer acude a un tratamiento de fertilidad. "La edad media de las pacientes que acuden para tener su primer hijo es de 37,6 años, y un 40% tienen más de 40 años", apunta Pedro N. Barri. Se considera que a partir de los 37 años la fertilidad de la mujer baja significativamente. La reproducción asistida sigue afrontando retos, el principal es adelantarse a las necesidades de una sociedad cambiante. Los avances en medicina genómica permiten llevar a cabo un screening genético en profundidad, tanto de la propia pareja como de los donantes potenciales, con el que se logra identificar la presencia de genes causantes de hasta 200 enfermedades, como la fibrosis quística, la atrofia muscular espinal, la diabetes neonatal o el síndrome X-Frágil.

Se han registrado 5,4 millones de niños nacidos por FIV en el mundo

en España se realizan más de 50.000 ciclos de FIV al año (más 1.500 en un centro como Dexeus). El año en que nació Victoria Anna apenas se llegó al medio centenar. Sin embargo, esta cifra es sólo una aproximación, ya que Cataluña es la única comunidad autónoma que cuenta con un registro oficial obligatorio de actividad. "El registro se promovió a imagen de lo que existía en Francia. Esta información es muy importante para seguir avanzando porque podemos conocer

MAGAZINE EL MUNDO

fuera de serie

N.º 32
17 DE AGOSTO
DE 2014

LOS PADRES DEL PRIMER BEBÉ PROBETA

TRÉNTA AÑOS DEL HITO EN LA MEDICINA REPRODUCTIVA

LOS DOCTORES PEDRO N. BARRI Y VÍCTOR FERRER DE LA CLÍNICA DEXEUS



CASOS PRÁCTICOS

Salud de la Mujer Dexeus es el primer centro certificado con la norma de calidad UNE 179007 para Laboratorios de Reproducción Asistida. Esta norma persigue la excelencia y seguridad mediante protocolos normalizados, definiendo indicadores específicos y promoviendo la gestión basada en la calidad. Control continuo de los equipos, unificación de criterios mínimos de seguridad y valoración del servicio por parte del cliente son algunos de sus puntos fuertes.

Excelencia en reproducción asistida

Maquiara Inés
Directora de los Laboratorios de Reproducción Asistida Salud de la Mujer Dexeus. Presidenta ASEBIR.
Maria Inés
Responsable de Calidad de los Laboratorios de Reproducción Humana Asistida Salud de la Mujer Dexeus.

Salud de la Mujer Dexeus es un centro de referencia internacional en el área de la Obstetricia, Ginecología y Medicina de la Reproducción. Ha sido pionero en todas las técnicas de reproducción asistida y concretamente es la shoelebra su 30 aniversario del nacimiento de Victoria Anna, primera niña concebida por fecundación *in vitro* en nuestro país. Con más de 40 años de experiencia, Salud de la Mujer Dexeus tiene como objetivo cuidar la salud de la mujer en cualquier momento, proporcionándole la opción de una atención médica integral a lo largo de todas las etapas de su vida.

Salud de la Mujer Dexeus ha sido el primer centro de reproducción humana asistida que ha obtenido el Certificado de Gestión de la Calidad en Laboratorio de Reproducción Asistida de acuerdo con la Norma UNE 179007. Se trata de la primera norma de calidad sectorial específica para laboratorios de reproducción asistida, promovida por la Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción (ASEBIR) y elaborada en AENOR, que se creó con el fin de mejorar la calidad y seguridad de los laboratorios en los que se realizan técnicas de reproducción asistida (TRA). La Norma UNE 179007 de alta de forma

específicos los requisitos para establecer un sistema de gestión de la calidad en todos aquellos laboratorios que realicen actividades con gametos, embriones y tejido gonadal para finalidades reproductivas.

La legislación española sobre Reproducción Asistida exige que los laboratorios de TRA implementen un sistema de calidad (Ley 14/2006, artículo 19; Real Decreto 1501/2006, artículo 16). Hasta noviembre de 2013, la norma de calidad que habitualmente se escogía para este tipo de laboratorios era la ISO 9001 que, por su carácter general, se aplica a organizaciones de cualquier naturaleza, tamaño o tipo. En noviembre de 2013, se dio a conocer la UNE 179007 como primera norma sectorial para este tipo de centros que, si bien no es obligatoria, nació con el objetivo de revisar los protocolos, la gestión y los indicadores de calidad y seguridad de aquellos centros que, como Salud de la Mujer Dexeus, persiguen la excelencia tanto en la gestión como en los productos y servicios que ofrecen a sus pacientes.

El hecho de haber incorporado y estar trabajando de acuerdo con un Sistema de Gestión de Calidad desde hace más de cinco años ha sido una fortaleza a la hora de implantar en los

seguimiento de la máxima exigencia para poder ofrecer un mejor y más seguro servicio a los pacientes. Por ese motivo, los laboratorios de reproducción asistida de Salud de la Mujer Dexeus se plantearon la incorporación de un Sistema de Gestión de la Calidad en el año 2007 obteniéndose por primera vez la certificación ISO 9001 en diciembre de 2008.

Los pacientes que acuden a los centros de TRA son mayoritariamente mujeres o parejas con dificultades para conseguir un embarazo, y suelen presentar una gran ansiedad generada por la imposibilidad de alcanzar su propósito de tener un hijo. Todos los aspectos relacionados con los problemas de esterilidad deben ser abordados con sumo cuidado y profesionalidad, garantizando en todo momento la intimidad, privacidad y buena praxis. Sólo persiguiendo la excelencia se puede ser realmente competitivo y lograr no sólo un mejor rendimiento de las técnicas sino también un mayor grado de satisfacción de las personas que nos depositan su confianza para ayudarnos en su proyecto reproductivo.

El hecho de haber incorporado y estar trabajando de acuerdo con un Sistema de Gestión de Calidad desde hace más de cinco años ha sido una fortaleza a la hora de implantar en los



Dra. Alícia Úbeda
Jefa del Servicio de Ginecología de Salud de la Mujer Dexeus Barcelona

¿QUÉ HACER?

¿CUÁNDO IR AL MÉDICO?

Regla irregular

DESCUBRE SUS POSIBLES CAUSAS

La mayoría de las mujeres han tenido en alguna ocasión un desajuste en la regla. Si es algo puntual no debes preocuparte, pero si dura más de 2-3 meses puede indicar algún problema

¿Cuándo se considera que la menstruación es regular?

Cuando se produce cada 24-35 días, con una hemorragia normal (entre 30 y 60 mililitros) y con una duración aproximada de entre 3 y 5 días. Si se produce algún cambio (tanto en la frecuencia como en la cantidad de la pérdida) de forma puntual no se considera que se trate de una regla habitualmente irregular y no hay por qué preocuparse.

¿Cuáles son las principales causas de los desajustes?

Por lo general, la razón fundamental son cambios puntuales de la función hormonal de los ovarios. Así, es frecuente tener reglas irregulares en la adolescencia con las primeras menstruaciones ya que el ovario todavía

no está maduro. Y también en la perimenopausia (2-3 años anteriores a la menopausia) debido al agotamiento de los ovocitos.

El estrés, ¿también sería un factor importante?

Sí. Si tuviéramos que destacar un área concreta en la que el estrés influya en la mujer, esa sería en las alteraciones de la menstruación. Es bien sabido que los nervios o la ansiedad pueden provocar el retraso de la regla o, incluso, su desaparición.

¿Puede deberse a algún motivo ginecológico?

Puede ser consecuencia de alteraciones como el síndrome del ovario poliquístico. Son eventos que caen en la categoría suficiente para ovular a mitad del ciclo

o y alargan los días entre menstruaciones. Algunos de estos casos son leves, así que no precisan tratamiento ni comportan ningún problema de fertilidad.

Y los quistes de ovario o miomas, ¿afectan de alguna forma?

A diferencia de lo que suele pensarse, estos no condicionan la ovulación ni influyen en la regularidad de la regla. De lo que sí pueden ser responsables es de que las reglas sean más abundantes o más dolorosas.

¿Qué otros problemas de carácter hormonal pueden esconderse tras las irregularidades?

Trastornos de la tiroidea (tanto hipertiroidismo como hipotiroidismo) ya que las hormonas tiroideas marcan el ritmo del meta-



IDENTIFICÁLOS

¿Qué tipo de desajuste es el tuyo?

Intervalos

Se habla de irregularidad si los intervalos entre la menstruación varían mucho de un ciclo a otro o si siendo regulares, son más cortos de 21 días o superiores a los 35 días.

Duración

Se consideran hemorragias anormales si las menstruaciones duran más de 5 días, el sangrado es excesivo (8 tampones o compresas al día) o si este apenas dura 1-2 días con solo 1 hora.

Entre ciclos

También pueden darse pérdidas en medio del ciclo. Estas pueden indicar simplemente que se ha producido la ovulación o ser una señal de infecciones o pólipos en la matriz.

Ausencia de regla

Para que se diagnostique una amenorrea (ausencia de regla) debe haber ausencia de menstruación por un periodo superior a 3 meses (y sin consultar con un embarazo o lactancia).

FOTO: BARRERCA/CONCEPCION BARRERCA



Cómo actuar
ante las
molestias del
embarazo

¿Me preocupo?

La mayoría de
estos síntomas son
normales, pero otros
requieren consulta.

Desde el minuto uno del embarazo tu cuerpo empieza a cambiar y es normal que sientas síntomas que no esperas y que en algunos casos te inquietan. ¿Quieres saber cuáles entran dentro de la normalidad y cuáles requieren que hables con el tocoginecólogo?

ESTOS SON FRECUENTES
Hay trastornos que son relativamente habituales y no deben alarmarte.

Congestión nasal. La progesterona es la causante de que la mucosa nasal se inflame y tengas la molesta sensación de nariz tapada, o incluso sangres con más facilidad. No pongas fuerte el aire acondicionado ni la calefacción en casa, no utilices ningún tipo de medicamento sin consultarlo antes y recurre al suero fisiológico.

Dolor de espalda. La lumbalgia (dolor en la parte inferior de la espalda) y la ciática (dolor en la parte superior del glúteo) son muy comunes ahora

SALUD FEMENINA

Aprende a identificar una endometriosis

Un dolor abdominal muy intenso al realizar esfuerzos, durante la menstruación o al ir al baño puede "esconder" una endometriosis, una alteración que no es peligrosa pero que conviene tratar si las molestias que causa afectan a la calidad de vida



DR. PERE BARRI
SOLDEVILA
Responsable de la
Unidad de Endometriosis
del Servicio de Ginecología y
Gestación de la Mujer
Dexeus (Barcelona)

La endometriosis es una enfermedad desconocida para muchas mujeres, pese a ser una de las más prevalentes en ginecología. Más de 170 millones de mujeres en todo el mundo la padecen, un 20% de las cuales está en edad fértil.

● **Es una patología benigna** (no cancerígena) que se da cuando el endometrio —la capa de mucosa que recubre el útero por dentro— crece en otras áreas del abdomen que no le corresponden, como el intestino, el peritoneo o incluso el pulmón.

● **Se desconocen las causas físicas que lo provocan** pero se sabe que está relacio-

nada con causas genéticas y que estos factores que predisponen a sufrirlo seguramente están estimulados o alterados por factores ambientales que todavía no se han podido definir del todo bien.

● **Pero se sospecha que el retraso de la maternidad, el estrés y los nervios, o un cambio en los niveles de estrógenos en el organismo pueden influir en el desarrollo de la enfermedad, ya que se ha visto que está relacionada con los niveles de esta hormona femenina.**

PUEDEN PASAR AÑOS HASTA DETECTARLA

La principal consecuencia a corto plazo para la mujer cuando se da una endometriosis es la aparición de un fuerte dolor abdominal, que en algunos casos llega a ser invalidante y que influye tanto en la vida personal y las relaciones de pareja como en la vida profesional.

● **Lo primero que hay que hacer en caso de notar este síntoma es consultar al especialista. Una simple ecografía puede servir para detectarla, pero los**



SE INVESTIGA

¿Por qué se produce? Hay varias teorías

Acumular sangre. Podría ocurrir porque parte de la menstruación pasa por las trompas y cae en el abdomen en lugar de expulsarse. Pero esto pasa en mujeres sin endometriosis, lo que pone en duda la teoría.

Por un fallo inmunitario. El cuerpo podría no reconocer como extrañas las células endometriales (que normalmente están solo en el útero) y les dejaría paso libre para su siembra en los órganos internos.

Por factores genéticos. Las familiares de primer grado de mujeres con esta enfermedad tienen más riesgo de desarrollar endometriosis, por lo que se sospecha que tras ella hay factores genéticos.

OPINIÓN

MAHA COLLEGE GALATI

Crónicas de neologías
www.elnuevotecnico.com

La nariz nos avisa de muchas cosas

Respirar por la boca, rinitis, estornudos frecuentes... Muchas veces no tenemos una sensación de mala salud, nos sentimos bien, pero cuando vamos al médico nos encontramos con un diagnóstico de problemas de salud graves, o que podríamos mejorar nuestra calidad de vida basándonos en una visita al médico. Una buena respiración nasal es vital. Si respiramos por la boca tenemos una respiración nasal ineficiente, el aire llega mal filtrado a los pulmones. En su aire están los virus que causan enfermedades respiratorias, rinitis, faringitis e incluso, asma. Por otro lado, cuando la respiración nasal está interrumpida el cuerpo no se oxigena adecuadamente. Esto puede provocar dolores de cabeza y malestar general, pero también rinitis o sinusitis graves como disfunciones respiratorias severas, pro-



blemas de la percepción y seriedad o congestión de los cerebros. Nuestra mente y calidad de vida también dependen en gran parte de cómo respiramos. Los problemas respiratorios afectan al desempeño, lo que puede generar seriedad durante el día. También, situaciones peligrosas o inesperadas y provocar una disminución de nuestra productividad físico e intelectual. Otro trastorno común es la rinitis alérgica, que puede derivar de una mala respiración con irritabilidad, flegmas, sinusitis o congestión. En algunos casos, las alergias severas, afectan a veces al organismo en problemas respiratorios de niños. En efecto, una pérdida parcial o total del olfato puede comportar consecuencias psicológicas y físicas (tristeza, ansiedad, depresión) y provocar una disminución de la capacidad de detección de peligros o señales vitales. Podemos respirar por la boca, podemos respirar por la nariz o podemos respirar por la nariz y el olfato en un mismo momento, pero si la respiración nasal está interrumpida, la calidad de vida, la concentración y el desempeño de muchas cosas, disminuyen. Si esto sucede es un signo de alerta.

SAJUR DE LA MUJER



Cada persona dispone de 23 pares de cromosomas, empaquetados en forma de genes.

Portar una enfermedad sin transmitirla

Un test genético determina la presencia de mutaciones coincidentes en una pareja para evaluar el riesgo de transmisión de la patología al feto

Por

Todos somos portadores de mutaciones genéticas de diferentes enfermedades, un mal olor, una cojera o un ojo con un defecto. De hecho, un de cada 25 personas tiene una mutación en el gen de la fibrosis quística. El motivo de que no se transmita es que los genes que son defectuosos se encuentran en un cromosoma, y el otro cromosoma de ese par es normal. Así, si el padre y la madre son portadores de la misma enfermedad y además, coincide que ambos transmiten la copia alterada del gen al feto, el bebé acaba de ser afectado por la enfermedad. En estos casos, el riesgo de transmitir una enfermedad a través del 25%, un 60% de que sea portador no afecto, y un 25% de que no sea portador. Cada persona dispone de 23 pares de cromosomas empaquetados en forma de genes. De cada par de cromosomas, uno es del padre y otro de la madre, y cuando están alterados (mutados) se conocen como enfermedades genéticas.

En los últimos años se han desarrollado tests genéticos que permiten detectar mutaciones coincidentes en una pareja para evaluar el riesgo de transmisión de la patología al feto. En estos casos, el riesgo de transmitir una enfermedad a través del 25%, un 60% de que sea portador no afecto, y un 25% de que no sea portador. Cada persona dispone de 23 pares de cromosomas empaquetados en forma de genes. De cada par de cromosomas, uno es del padre y otro de la madre, y cuando están alterados (mutados) se conocen como enfermedades genéticas.

En receptores de óvulos o espermatozoides se plantea este test para que no compartan mutaciones genéticas con los donantes

Además, en el caso de receptores de óvulos o espermatozoides, también se plantea este test para asegurarse de que el donante y el receptor no comparten mutaciones genéticas con el futuro hijo y evitar así transmitirlo al feto. De todas las

muestras que estábamos, el 99% o más tiene alguna mutación en alguno de los genes que analizamos, pero al ser enfermedades recesivas, hace falta que los dos miembros lo tengan, por ello, en caso de receptores de óvulos o espermatozoides, antes de realizar el test se recomienda una buena coordinación con el receptor, explica Xavier Estellé.

El análisis se realiza con el mismo método de diagnóstico que el de la fibrosis quística. El motivo de que no se transmita es que los genes que son defectuosos se encuentran en un cromosoma, y el otro cromosoma de ese par es normal. Así, si el padre y la madre son portadores de la misma enfermedad y además, coincide que ambos transmiten la copia alterada del gen al feto, el bebé acaba de ser afectado por la enfermedad. En estos casos, el riesgo de transmitir una enfermedad a través del 25%, un 60% de que sea portador no afecto, y un 25% de que no sea portador. Cada persona dispone de 23 pares de cromosomas empaquetados en forma de genes. De cada par de cromosomas, uno es del padre y otro de la madre, y cuando están alterados (mutados) se conocen como enfermedades genéticas.

Advertisement for Dexeus. Text: 'Es hora de ser madre (No esperes más y decide!)'. Includes a clock image and contact information for Dexeus.

CENTRO DE SALUD

SALUD FEMENINA

¿Cuándo se recurre al tratamiento hormonal?

La menopausia produce un descenso hormonal que afecta a la calidad de vida y la salud de la mujer. Hoy, este tipo de tratamiento se reduce a casos muy concretos y en dosis más bajas que hace unos años, para obtener sus beneficios sin riesgos



SABÍAS QUE...

Las hormonas femeninas te protegen

Cuidan tu cerebro... Se ha demostrado que los estrógenos retrasan la pérdida de memoria y se sospecha que tiene que ver con su capacidad de estimular el flujo sanguíneo del cerebro.

Miman el corazón... Esta hormona también regula la producción de colesterol (contribuyendo a bajar el "malo") y a aumentar el "bueno" y evitan la acumulación de placa en las arterias coronarias.

Cuidan tu piel... Los estrógenos son responsables del mantenimiento del colágeno, sustancia que da flexibilidad y firmeza a la piel. Por eso si disminuyen, la piel lo nota especialmente.



Hace unos años se recurría a la terapia hormonal sustitutiva casi de forma sistemática cuando una mujer llegaba a la menopausia. Actualmente el médico valora los beneficios y los perjuicios de recetar estrógenos a cada mujer en particular (en función de sus características) y se administran a dosis más bajas para evitar posibles efectos adversos.

POR QUÉ IMPORTAN LOS ESTRÓGENOS

Son las hormonas más importantes que influyen en la vida de las mujeres, puesto que son las respon-

sables de las características sexuales femeninas y del ciclo menstrual. Además...

Cuando su presencia disminuye con la llegada de la menopausia se producen ciertos síntomas a corto plazo como sofocos, sudoraciones, afectación del ánimo, alteración de la piel... Aunque lo más importante es que a largo plazo su descenso puede aumentar el riesgo en la mujer de sufrir ciertas alteraciones, como osteoporosis o enfermedad cardiovascular.

Pero no todas las mujeres tienen que sufrir estos síntomas y tampoco lo hacen con la misma intensidad ni durante el mismo tiempo. Y por ello, solo en algunos casos a la mujer se le recomienda terapia hormonal sustitutiva (tomar hormonas en forma de fármacos) para mejorar su calidad de vida.

¿TU NECESITAS RECURRIR A ELLA?

Es fundamental que sea el ginecólogo quien, mediante una revisión ginecológica y un repaso a tu historia clínica, compruebe que no

La xifra 738 9156 120

14.006

voluntaris per al 9-N en només dia i mig

El nombre de persones voluntàries de la jornada del 9-N va créixer després del míting a la sala de la Generalitat. Per tant, no hi ha cap dubte que la iniciativa va aconseguir més suport del que s'esperava.

A la xarxa

44 No, no m'entusiasma el nou 9-N, però sí el treball que s'ha fet contra la independència. I tant si votaria? **Albert Bertran** (genova)

40 10000 voluntaris en 24 hores! Que diria algú que no els que es volien quedar a l'endemà millor passar els 15 anys ambulls de vaca? **Jordi Solís** (genova)

40 He l'Herència no la volaria, quan parla no l'entenc i quan parla simbolico Jordi Cola, esportista (anava a l'listes d'ICV a les eleccions espanyoles?) **Jordi Solís** (genova)

44 He tornat a sentir l'avi Rayo i recordant els diners que dona a Catalunya. Ja m'hi ha dirau, no? Sergio Rayo, era un home que quan vivia? **Jordi Solís** (genova)

44 Si Catalunya no esdevé un Estat, els catalans serem fregats com a carques. Quan tots ens prenguem consciència, aniré més per la no? **Carles Ribó** (genova)

44 Un compromís elementar fer fora de sud del club Jordi Cases pot haver fet mal al Barça. Anec, dispartant a les escopetes... **Albert Bertran** (genova)

Què han dit...

44 El noi no es conquista per l'olors, es conquista a través d'una passió? **Pablo Iglesias** (barcelona)

44 Si EUA esdevé un nou estat per aquest ICV, aleshores aniré en total acord amb l'Unió Democràtica. **Enric delgado** (barcelona)

EL LECTOR OPINA

Consulta 9-N

■ Ara que les paraules del 9-N es castellan seran consultats l'empresari del 11 de la Lliga de conculos populans només rendirans el d'altres tres mes de participació ciutadana. El fet que no va ser reconegut per aquestes funcions ho que per tant no hi ha cap dubte que la iniciativa va aconseguir més suport del que s'esperava.

■ Ara que les paraules del 9-N es castellan seran consultats l'empresari del 11 de la Lliga de conculos populans només rendirans el d'altres tres mes de participació ciutadana. El fet que no va ser reconegut per aquestes funcions ho que per tant no hi ha cap dubte que la iniciativa va aconseguir més suport del que s'esperava.

■ Ara que les paraules del 9-N es castellan seran consultats l'empresari del 11 de la Lliga de conculos populans només rendirans el d'altres tres mes de participació ciutadana. El fet que no va ser reconegut per aquestes funcions ho que per tant no hi ha cap dubte que la iniciativa va aconseguir més suport del que s'esperava.

■ Ara que les paraules del 9-N es castellan seran consultats l'empresari del 11 de la Lliga de conculos populans només rendirans el d'altres tres mes de participació ciutadana. El fet que no va ser reconegut per aquestes funcions ho que per tant no hi ha cap dubte que la iniciativa va aconseguir més suport del que s'esperava.

■ Ara que les paraules del 9-N es castellan seran consultats l'empresari del 11 de la Lliga de conculos populans només rendirans el d'altres tres mes de participació ciutadana. El fet que no va ser reconegut per aquestes funcions ho que per tant no hi ha cap dubte que la iniciativa va aconseguir més suport del que s'esperava.

■ Ara que les paraules del 9-N es castellan seran consultats l'empresari del 11 de la Lliga de conculos populans només rendirans el d'altres tres mes de participació ciutadana. El fet que no va ser reconegut per aquestes funcions ho que per tant no hi ha cap dubte que la iniciativa va aconseguir més suport del que s'esperava.

■ Ara que les paraules del 9-N es castellan seran consultats l'empresari del 11 de la Lliga de conculos populans només rendirans el d'altres tres mes de participació ciutadana. El fet que no va ser reconegut per aquestes funcions ho que per tant no hi ha cap dubte que la iniciativa va aconseguir més suport del que s'esperava.

Jugada mestra

■ La nova proposta de presentada pel nostre president és una jugada que es pot considerar d'innovació en política. N'és la seva importància, aquest projecte participatiu en la única solució davant d'un gran problema amb els d'altres. La desobediència al ICV és el que ha de aconseguir que el nostre país esdevingui un país més democràtic i més just.

■ La nova proposta de presentada pel nostre president és una jugada que es pot considerar d'innovació en política. N'és la seva importància, aquest projecte participatiu en la única solució davant d'un gran problema amb els d'altres. La desobediència al ICV és el que ha de aconseguir que el nostre país esdevingui un país més democràtic i més just.

■ La nova proposta de presentada pel nostre president és una jugada que es pot considerar d'innovació en política. N'és la seva importància, aquest projecte participatiu en la única solució davant d'un gran problema amb els d'altres. La desobediència al ICV és el que ha de aconseguir que el nostre país esdevingui un país més democràtic i més just.

■ La nova proposta de presentada pel nostre president és una jugada que es pot considerar d'innovació en política. N'és la seva importància, aquest projecte participatiu en la única solució davant d'un gran problema amb els d'altres. La desobediència al ICV és el que ha de aconseguir que el nostre país esdevingui un país més democràtic i més just.

Las cosas han pasado a 8 años, he de portar la culpa de lo que me ha pasado. Me siento culpable, a pesar de haberlo hecho todo. Me siento culpable, a pesar de haberlo hecho todo. Me siento culpable, a pesar de haberlo hecho todo.

Carta oberta a tu, dona

El dia 19 de octubre del 2014, a les 10:00 hores, a la sala de la Generalitat, es va celebrar una consulta pública sobre la independència de Catalunya. Aquesta consulta pública va ser una oportunitat per a totes les dones de Catalunya per expressar el seu punt de vista sobre la independència de Catalunya.

■ Ara que les paraules del 9-N es castellan seran consultats l'empresari del 11 de la Lliga de conculos populans només rendirans el d'altres tres mes de participació ciutadana. El fet que no va ser reconegut per aquestes funcions ho que per tant no hi ha cap dubte que la iniciativa va aconseguir més suport del que s'esperava.

■ Ara que les paraules del 9-N es castellan seran consultats l'empresari del 11 de la Lliga de conculos populans només rendirans el d'altres tres mes de participació ciutadana. El fet que no va ser reconegut per aquestes funcions ho que per tant no hi ha cap dubte que la iniciativa va aconseguir més suport del que s'esperava.

■ Ara que les paraules del 9-N es castellan seran consultats l'empresari del 11 de la Lliga de conculos populans només rendirans el d'altres tres mes de participació ciutadana. El fet que no va ser reconegut per aquestes funcions ho que per tant no hi ha cap dubte que la iniciativa va aconseguir més suport del que s'esperava.

■ Ara que les paraules del 9-N es castellan seran consultats l'empresari del 11 de la Lliga de conculos populans només rendirans el d'altres tres mes de participació ciutadana. El fet que no va ser reconegut per aquestes funcions ho que per tant no hi ha cap dubte que la iniciativa va aconseguir més suport del que s'esperava.

■ Ara que les paraules del 9-N es castellan seran consultats l'empresari del 11 de la Lliga de conculos populans només rendirans el d'altres tres mes de participació ciutadana. El fet que no va ser reconegut per aquestes funcions ho que per tant no hi ha cap dubte que la iniciativa va aconseguir més suport del que s'esperava.

■ Ara que les paraules del 9-N es castellan seran consultats l'empresari del 11 de la Lliga de conculos populans només rendirans el d'altres tres mes de participació ciutadana. El fet que no va ser reconegut per aquestes funcions ho que per tant no hi ha cap dubte que la iniciativa va aconseguir més suport del que s'esperava.

■ Ara que les paraules del 9-N es castellan seran consultats l'empresari del 11 de la Lliga de conculos populans només rendirans el d'altres tres mes de participació ciutadana. El fet que no va ser reconegut per aquestes funcions ho que per tant no hi ha cap dubte que la iniciativa va aconseguir més suport del que s'esperava.

Resseguint la V

■ Darrerament, el nostre país ha estat assolint una V. Una V que no és una V de victòria, sinó una V de compromís. Una V que no és una V de victòria, sinó una V de compromís. Una V que no és una V de victòria, sinó una V de compromís.

■ Darrerament, el nostre país ha estat assolint una V. Una V que no és una V de victòria, sinó una V de compromís. Una V que no és una V de victòria, sinó una V de compromís. Una V que no és una V de victòria, sinó una V de compromís.

■ Darrerament, el nostre país ha estat assolint una V. Una V que no és una V de victòria, sinó una V de compromís. Una V que no és una V de victòria, sinó una V de compromís. Una V que no és una V de victòria, sinó una V de compromís.

■ Darrerament, el nostre país ha estat assolint una V. Una V que no és una V de victòria, sinó una V de compromís. Una V que no és una V de victòria, sinó una V de compromís. Una V que no és una V de victòria, sinó una V de compromís.

Las cosas han pasado a 8 años, he de portar la culpa de lo que me ha pasado. Me siento culpable, a pesar de haberlo hecho todo. Me siento culpable, a pesar de haberlo hecho todo. Me siento culpable, a pesar de haberlo hecho todo.

SALUD

Sí, el cáncer de mama se cura

El 19 de octubre fue el Día Mundial del Cáncer de Mama, un día en el que todo se viste de rosa y se da apoyo multitudinario a la causa. Por desgracia, en mi consulta cada día es el día del lazo rosa. Se estima que una de cada ocho mujeres sufrirá cáncer de mama a lo largo de su vida; es el tumor más frecuente de la mujer y este dato asusta. Quería dirigirme a todas las mujeres que al ver estos datos se alarman. La ciencia y la medicina avanzan a pasos de gigante y cada vez conocemos mejor las causas de enfermedades como el cáncer y cómo curarlas. Sin duda, la prevención y la detección precoz son claves para mejorar el tratamiento, y aquí nuestro trabajo como médicos y el conocimiento de sí misma

de la mujer juegan un papel importantísimo. La palabra *cáncer* incomoda, trastorna, y cae como una losa sobre las espaldas de miles de familias, y somos los médicos los que tenemos que dar la primera noticia. Pero puedo asegurarnos que ese momento es un principio, no un final. El principio de una lucha para la que cada vez contamos con más armas, y en el caso del cáncer de mama, una batalla en la que partimos como favoritos. Porque si el cáncer de mama se cura. Porque una detección temprana permite un mejor y menos agresivo tratamiento. Porque la mujer que tiene un cáncer de mama sigue siendo mujer en todos los aspectos. Sigue siendo trabajadora, deportista, madre; sigue teniendo sueños y proyectos. Igual que antes de ser diagnosticada.



Rafael Fábregas
Ginecólogo, Valldorret

SALUD FEMENINA

¿Pólipo, mioma o quiste? Las señales de alerta

Reglas abundantes, dolor abdominal, sangrado irregular... Hay síntomas que pueden ayudarte a detectar de forma precoz la presencia de pólipos, miomas o quistes. Aprende a identificarlos para tomar medidas si te causan problemas



SABÍAS QUE...

Todos son "bultitos", pero distintos

- ▶ **El mioma** aparece en el útero, por un crecimiento de las fibras musculares que forman su cubierta. Así, es el exceso de fibras musculares el que acaba generando ese tumor benigno.
- ▶ **El quiste ovárico** es una acumulación de líquido (como una "bolsa") que se forma en el ovario o sobre él. Es "funcional" si desaparece solo, y "orgánico" si es sólido y no desaparece por sí mismo.
- ▶ **Los pólipos** aparecen en el endometrio (membrana que cubre el interior del útero). Se consideran tumores porque crecen a partir de las células del tejido uterino, aunque suelen ser benignos.



DRA. ALICIA UBEDA
Jefa del Servicio de Ginecología de Salud de la Mujer Dexeus, Barcelona

Detectar un "bultito" en los ovarios o el útero no es algo extraño. Sin embargo, existe una amplia variedad de ellos, que se diferencian por el lugar donde aparecen, el tipo de tejido que los forma, los síntomas que provoca... En función de ello, se aconseja eliminarlos o no:

▶ **Así...** el mioma solo se quita si provoca dolor o reglas muy abundantes. El quiste ovárico se extirpa excepcionalmente si hay sospecha de malignidad. Los pólipos, a pesar de que también acostumbra a ser benignos, se quitan como medida de prevención.

▶ **En la mayoría de casos...** el desarrollo de estos bultos suele ser asintomático aunque si hay algunas señales que pueden alertar a la mujer de su presencia (o de su evolución) y conviene conocerlos.

▶ **Ten en cuenta...** Es importante saber escuchar las "pistas" que envía tu cuerpo, pero para evitar y detectar los bultos es imprescindible acudir a las revisiones periódicas con el especialista, y cuidar tu salud con buenos hábitos de vida día a día.

¿TU REGLA CADA VEZ ES MÁS ABUNDANTE?

Si has notado que tu regla ha ido en aumento en los últimos tiempos y que son cada vez más dolorosas, puedes ser que la culpa sea de un mioma intrauterino, en especial si tienes más de 30 años.

▶ **Por qué ocurre...** El mioma puede provocar alteraciones vasculares en el endometrio, haciendo que las venas de la zona se dilaten y eso favorece la aparición de la hemorragia y del dolor.

NOTICIA

Resumen de la 10.^a

Jornada de Enfermería en Ginecología General

Barcelona, 7 de noviembre de 2014



El día 7 de noviembre de 2014 tuvo lugar la 10.^a Jornada de Enfermería organizada por la Fundación Dexeus Salud de la Mujer y el Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción del Hospital Universitario Quirón Dexeus. La jornada, celebrada en el auditorio de Salud de la Mujer Dexeus, se repartió en dos sesiones que abordaron la actualización de temas de ginecología general.

¿Cuál es la aplicación de la genómica en ginecología? Este fue el punto de partida de la primera parte. Los avances en genómica permiten adelantarse al comienzo de la enfermedad al permitir identificar personas en situación de riesgo. Por este motivo, en la conferencia se expusieron diversas pruebas que permiten identificar en las pacientes el riesgo de enfermedades asociadas a la menopausia, entre otras aplicaciones.

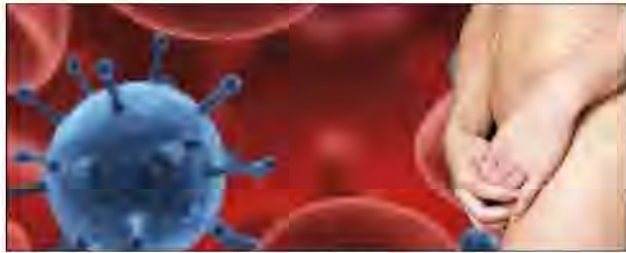
Asimismo, se habló del abordaje del dolor desde la acupuntura, del tratamiento de la endometriosis, de la gestión de la enfermería en pacientes quirúrgicas de mama y sobre THS en el varón con disminución de la testosterona. Finalmente, el primer bloque se cerró con la consulta de sexología. La disfunción sexual es la incapacidad de llevar a cabo el acto sexual de manera satisfactoria, y el primer paso para el diagnóstico correcto es siempre descartar que se trate de un problema biológico o médico. La dispareunia, el vaginismo, el deseo sexual hipocativo... Todos estos son motivos de consulta habituales en la práctica diaria de la consulta ginecológica, pero en la mayoría de ocasiones estas afecciones se diagnostican

tras hallazgos casuales después de un interrogatorio adecuado. Tras la pausa, la visita preventiva en la adolescencia abrió la segunda parte de la jornada y dio paso a la discusión sobre cómo debería enfocarse. La patología osteoarticular en la menopausia y el rejuvenecimiento genital también ocuparon su lugar en la sesión, precedidos de la exposición de los falsos mitos del HPV. Más del 80 % de las mujeres mayores de 30 años sexualmente activas han estado en contacto con este virus y una de las características del papiloma es que desde que se entra en contacto con el virus hasta que se manifiesta pueden pasar varios años. Por esta razón, la ponencia pretendió desmitificar el VPH y valorar las respuestas que se pueden dar a las pacientes para que les generen más confianza.

A continuación se actualizaron los conocimientos en mutilación genital femenina, las causas de la cual son una mezcla de factores culturales, religiosos y sociales. La mutilación ha sido calificada por las diferentes leyes españolas y europeas como «trato inhumano y degradado» e incluso como «delito y discriminación de la mujer», y de ahí precisamente la importancia de la reconstrucción.

Para clausurar la sesión, qué mejor que cerrar una década de Jornadas de Enfermería con un debate sobre las redes sociales y salud 2.0. La profesionalidad, el asesoramiento, la atención y el acompañamiento a la paciente también existen en línea, y el papel de la enfermería es crucial en este ámbito.

SAJUR DE LA MUJER



Verrugas genitales, la infección vírica de transmisión sexual más frecuente

El uso del preservativo es la principal barrera de protección frente a estas patologías

ANITA TOBELLÓ

La prevalencia de la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente en los jóvenes es, en la actualidad, las verrugas genitales. En el mundo de las relaciones sexuales, a nivel de la salud, son más peligrosas. Empezar pronto a partir de los 15 años muchas jóvenes ya precisan de esta sexual. Estas circunstancias, junto a la falta de conocimiento del uso del preservativo, han generado un aumento en la incidencia de estas infecciones.

Hay diferentes tipos de enfermedades de transmisión sexual. Entre las más grandes grupos podemos encontrar las infecciones. En las primeras se incluyen infecciones como el VIH, el virus del papiloma humano (VPH) y las de herpes simple. Entre las más recientes destacan las infecciones por Chlamydia trachomatis, la Neisseria gonorrhoeae (gonorrea), el Trichomonas vaginalis (triquomonas), el Ascaris lumbricoides (ascaris) y el Ascaris lumbricoides (ascaris) que siempre se curan con antibióticos. Las infecciones más recientes son de transmisión sexual más frecuentes, como la infección por el virus del papiloma humano (VPH), que puede producir sensación de ardor al orinar.

frecuente es la infección, causada por VPH, es altamente contagiosa. El virus afecta tanto a la piel como a las mucosas. Existen aproximadamente 20 tipos de papiloma que afectan al área genital. De estos, algunos son de bajo riesgo pero 15 son considerados de alto riesgo oncogénico. En cuanto al virus del VIH y el VIH con los resultados del 70% de los casos de infección de transmisión sexual a través de los actos sexuales. Cuando un mayor parte de mujeres que mantienen relaciones sexuales se va a estar en contacto con el virus de papiloma en algún momento de su vida. Una vez transmitido entre 20 y 30 años pueden ser curados pero según Olga Salas, responsable del área de ginecología e infecciones de transmisión sexual de la Mujer Dexeus, "una gran parte de ellas no se curan y se transmiten a otros". Y en más del 50% de los casos el virus se va a transmitir al hijo. Sin embargo, una pequeña parte de ellas se curan al nacer y se transmiten a otros. En las primeras infecciones de transmisión sexual, como el VIH, el virus del papiloma humano (VPH) y las de herpes simple. Entre las más recientes destacan las infecciones por Chlamydia trachomatis, la Neisseria gonorrhoeae (gonorrea), el Trichomonas vaginalis (triquomonas), el Ascaris lumbricoides (ascaris) y el Ascaris lumbricoides (ascaris) que siempre se curan con antibióticos. Las infecciones más recientes son de transmisión sexual más frecuentes, como la infección por el virus del papiloma humano (VPH), que puede producir sensación de ardor al orinar.

El preservativo es la principal barrera de protección. Conviene reducir significativamente el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, la población está poco concienciada sobre el papel de este anticonceptivo como herramienta protectora frente a posibles infecciones, asegura sus ginecóloga. Los anticonceptivos de larga duración, como la píldora anticonceptiva, con frecuencia pueden actuar como un arma de doble filo ya que provocan una relajación en cuanto a barrera de protección y se genera un mayor riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual. En los jóvenes los especialistas recomiendan una protección doble sea un método anticonceptivo. Es decir, aplicar Salas, "que además de tomar la píldora utilicen preservativo en sus relaciones". La segunda herramienta de prevención es la vacuna para el VPH. Preguntar sobre los distintos tipos de virus de más riesgo oncogénico. En nuestro país está incluida en el calendario vacunal y se administra en niñas de entre 11 y 12 años, aunque también se ha demostrado su eficacia en mujeres de hasta 45 años. Para vacunarse, se deben seguir todas las medidas de protección en las relaciones. Asimismo, la cirugía se puede utilizar para detectar la infección por virus.

GINECOLOGÍA

Síndrome premenstrual, frecuente pero poco definido

SILVIA PILAR GONZÁLEZ
Especialista en Ginecología y Obstetricia

El Síndrome Premenstrual (SPM) es un problema de salud que describe ya desde la Grecia Antigua. Es un trastorno cíclico que consiste en un conjunto de síntomas físicos y psicológicos (cambios de humor, dolor de senos y abdomen, irritabilidad, dolor de cabeza, síntomas depresivos, etc.) de suficiente intensidad como para alterar la actividad vital de la mujer. Se presenta o exacerbaba antes de la menstruación, mostrando un alivio significativo o desaparición poco después de iniciarla.

Estudios epidemiológicos realizados que hasta el 96,7% de las mujeres presentan síntomas premenstruales leves o aislados, mientras que entre un 1 y un 10% son moderados o severos y hasta el 5% cumplirían criterios diagnósticos de trastorno difícil premenstrual, un verdadero trastorno psiquiátrico. Surge cuando un síndrome cíclico a investigación durante más de 60 años no hay conseguido consenso acerca de su definición, epidemiología, etiología, criterios diagnósticos y tratamiento.

No parece haber una única causa identificable, pero se han postulado múltiples factores: hormonales, neurológicos, estrés y rasgos de personalidad, genéticos e hereditarios, e incluso nutricionales.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia recoge la utilidad terapéutica de los anticonceptivos hormonales, especialmente con drospirenona, en las formas moderadas a intensas del SPM. El extracto de Vitex Agnus Castus o serenojón por su efecto demodulador en hormonas de los estrógenos y por sus efectos positivos sobre el sistema nervioso central y autonómico. En nuestro país está incluida en el calendario vacunal y se administra en niñas de entre 11 y 12 años, aunque también se ha demostrado su eficacia en mujeres de hasta 45 años. Para vacunarse, se deben seguir todas las medidas de protección en las relaciones. Asimismo, la cirugía se puede utilizar para detectar la infección por virus.

científicas #yodona600



De izquierda a derecha: María Vallat Regí, Dalia Sánchez Ramos, Montse Calleja y Susana Marcos

LAS BATAS BLANCAS TOCAN TECHO

Son muchas las mujeres que se dedican a la investigación, pero pocas las que dirigen los laboratorios. Lo mismo ocurre entre las que ejercen la Medicina.

Texto Esther García Valderrama y Pilar Alvarez

EN LOS LABORATORIOS

Margarita Salas
BIOQUÍMICA
Profesora del Área de Bioquímica del Centro de Estudios Científicos de San Carlos del Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Una figura de referencia para la ciencia española.

María Blasco
BIOQUÍMICA
Directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) desde junio de 2012.

Susana Marcos
FÍSICA
Profesora de Investigación en el Instituto de Óptica del CSIC.

Angela Nieto
Directora del departamento de Neurobiología del Desarrollo del CSIC en Barcelona.

María Vallat Regí
QUÍMICA
Catedrática de Química Inorgánica en la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense (UCM).

Pilar Mateo
QUÍMICA
Profesora y presidenta de la Red de Mujeres de la Clínica Dexeus de Barcelona.

Montse Calleja
FÍSICA
Dirige el departamento de Diagnóstico por Imágenes y Biomecánica del Instituto de Microelectrónica del CSIC.

Celia Sánchez-Ramos
ÓPTICA
Directora de Optometría y Visión en la Universidad Complutense, fundadora del Laboratorio de Neuro-Computación y Neuro-Rehabilitación de la Universidad de Salamanca.

María Abad
ONCOLOGÍA
Es la primera investigadora del CNIO que consiguió generar una nueva entidad tumoral en un ser vivo.

María José Alonso
FARMACOLÓGICA
Especialista en neurofarmacología aplicada a la neurociencia. Es catedrática de Departamento de Farmacología y Terapéutica Neurobiológica de la Universidad de Zaragoza de Compostela desde 1988.

Laura García-Estévez
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE MUJER DEL HOSPITAL HM UNIVERSITARIO SANCHINARRO-CENTRO INTEGRAL ONCOLÓGICO CLARA CAMPAL CIOCO

Anna Velga
DIRECTORA CIENTÍFICA DEL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DE LA UNIDAD DE MUJER DE LA CLÍNICA DEXEUS DE BARCELONA.

Mercè Casals
JEFA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA DEL HOSPITAL VALL D'HERNÁNDEZ DE BARCELONA. Una de las profesionales españolas más destacadas por su referente en cirugía de pulmón.

Elena Barroquer
DIRECTORA MÉDICA ADJUNTA DEL CENTRO DE OFTALMOLOGÍA DEXEUS EN BARCELONA. Su línea de trabajo se centra en el segmento anterior del ojo. Especialista en cirugía de la catarata, desde 2003 es la directora ejecutiva de la Dexeus Barroquer, dirigiendo intervenciones médicas para ofrecer atención oftalmológica a personas necesitadas en todo el mundo.

Pilar Garrido
JEFA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA Y DE LA UNIDAD DE CÁNCER DE PULMÓN DEL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL DE MADRID.

María Isabel Heraso
JEFA DE SERVICIO DE LA UNIDAD DEL DOLOR DEL HOSPITAL HM FRANCISCO DE ASÍS DE MADRID. Es presidenta de la Fundación Internacional del Dolor (IID).

Carmen Pallás
JEFA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA Y TRASPLANTE CARDÍACO DEL COMPLEJO HOSPITAL LARO UNIVERSITARIO DE LA CORUÑA.

Marisà Crespo
RESIDENTE DE LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA Y TRASPLANTE CARDÍACO DEL COMPLEJO HOSPITAL LARO UNIVERSITARIO DE LA CORUÑA.

Angels Bayés
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE PARQUINSON DE LA CLÍNICA TERNI DE BARCELONA. Tiene varios años de experiencia sobre esta enfermedad. Fue presidenta de la Asociación Española para Pacientes con Tics y Síndrome de Tourette, y de la Asociación Catalana de Parálisis.

María del Carmen Maroto Vela
JEFA DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE SIBRADA Y CATEDRÁTICA DE MICROBIOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA.

María del Carmen Maroto Vela
JEFA DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE SIBRADA Y CATEDRÁTICA DE MICROBIOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA. Se ha especializado en la patología infecciosa en el ámbito de las enfermedades de transmisión sexual, en sus 287 años de historia.

Aurora Guerra
JEFA DE LA SECCIÓN DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. Autora de varios libros de texto y de artículos de investigación en el campo de la dermatología. Ha publicado más de 100 artículos de investigación en revistas de prestigio.

Marisà Crespo
RESIDENTE DE LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA Y TRASPLANTE CARDÍACO DEL COMPLEJO HOSPITAL LARO UNIVERSITARIO DE LA CORUÑA.

Marisà Crespo
RESIDENTE DE LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA Y TRASPLANTE CARDÍACO DEL COMPLEJO HOSPITAL LARO UNIVERSITARIO DE LA CORUÑA. Ha publicado más de 100 artículos de investigación en revistas de prestigio.

Es hora de ser madre
¡No espere más y decídese!

5% DE DESCUENTO EN EL TRATAMIENTO
EN VISITA GRATUITA
antes del 11/12/2014

Dexeus

93 277 17 10
C/Alfonso de Euzkadi, 100
08038 BARCELONA
93 277 17 10
C/Alfonso de Euzkadi, 100
08038 BARCELONA

¡Mira cómo puedes estar embarazada!

¡Mira cómo puedes estar embarazada!

Dismegyn
Soluções para a saúde da mulher

¡Mira cómo puedes estar embarazada!

¡Mira cómo puedes estar embarazada!

FOTO: M. MARCO / G. SANCHEZ RAMOS

SALUD FEMENINA

La menopausia “avisa” unos años antes de llegar

Antes de retirarse la menstruación de forma definitiva, la mujer experimenta cambios. Esta etapa puede durar de 4 a 6 años y en muchas ocasiones puede dar síntomas fácilmente identificables que avisan de la inminente llegada de la menopausia



SABÍAS QUE...

Puedes empezar ya a prevenir

- ▶ **Cuida tu alimentación.** Te ayudará llevar una dieta variada, equilibrada y rica en calcio. Limita el consumo de grasas e hidratos de carbono y procura reducir el consumo de café.
- ▶ **Toma el sol 15 minutos al día.** La luz ultravioleta transforma el dehidrocolesterol en Vitamina D, que ayuda a asimilar el calcio ingerido en la dieta. Así protegerás la salud de tus huesos.
- ▶ **Haz algo de ejercicio regular.** Solo con caminar a paso rápido 30 minutos 3 veces por semana, mejora la tensión, disminuye el colesterol malo y se previene el sobrepeso, la diabetes y la pérdida ósea.



DR. PASCUAL GARCÍA
Unidad de Menopausia de Salud de la Mujer, Dexeus Barcelona

Al 62% de las mujeres mayores de 45 años les preocupa cómo la menopausia puede afectar a su salud, según el Estudio sobre las Percepciones y Hábitos de las Españolas durante la Menopausia. Y, en concreto, viven con inquietud la llegada de los típicos síntomas asociados a este período, a pesar de que con unos buenos hábitos de vida se pueden controlar.

¿CÓMO AVISA LA MENOPAUSIA?

El climaterio es el período en el que la mujer pasa del estado fértil al no reproductor, pero antes del cese

definitivo de la menstruación se entra en la perimenopausia, una etapa que puede durar de unos 4 a 6 años. En esta etapa de transición, la mujer:

- ▶ **Puede no percibir nada.** Todas las mujeres pasan por esta etapa, pero no todas sufren los mismos síntomas ni con la misma intensidad. De hecho, un 15% de las mujeres no refiere ninguna molestia al llegar a la menopausia.
- ▶ **Onotar síntomas.** Según cuánto falta para la retirada de la regla se pueden manifestar unas señales u otras. Identificarlas puede dar pistas para saber en qué punto te encuentras tú.

AL PRINCIPIO LOS CICLOS SE ACORTAN

Durante la fase inicial de la perimenopausia (que suele durar de unos 6 a 12 meses) los ciclos menstruales suelen ser regulares, pero el período que transcurre entre una regla y otra puede acortarse (puede ser menor de 28 días). Esto ocurre porque, aunque hay menstruación, ya no se produce ovulación.



Pere Barri
director salut de la dona Dexeus



Dra. Montserrat Boda
Cap secció biologia, Servei de medicina de la reproducció Dexeus

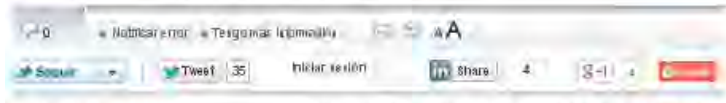


Dr. Bonaventura Coroleu
Cap del Servei de medicina de la reproducció Dexeus

El virus del papiloma ya es pandémico

Según un estudio realizado por el Institut Català d'Oncologia, una de cada cuatro mujeres se infecta al primer año de mantener relaciones sexuales.

Salud | 09/12/2014 - 13:00 | [Publicado en el periódico](#) | 09/12/2014 - 16:01



MÁS INFORMACIÓN

- El virus del papiloma humano sube el riesgo de sufrir cáncer oral
- Uno de cada cuatro cánceres de garganta, fruto del papiloma humano
- Identifican 8 virus del papiloma que causan cáncer de cuello de útero

TEMAS RELACIONADOS

ICO

NOTICIAS RELACIONADAS

- Hospital de Alcalá cerrará el año con un aumento de las donaciones de sangre
- Las entidades vecinales de Badalona rechazan el traslado del servicio de ginecología
- Costidó visita en el hospital al agente agredido, que sigue grave pero estable
- La Comunidad de Madrid impulsa la detección precoz de cáncer de colon y recto
- Identifiquen patrones epigenéticos del cáncer de mama que prediuen evolución

Los últimos estudios demuestran que el papiloma no sólo es responsable del cáncer de cuello de útero; también del de vagina, vulva, pene, ano y garganta.

Los investigadores del ICO calculan que a finales del 2015 y principios del 2016 habrá una nueva vacuna, que previene el 90% de los cánceres de cuello de matriz recomendada, para todas las edades. Además, también a partir del año que viene, se implantará un nuevo sistema de control en los hospitales: las revisiones incorporarán la prueba del papiloma entre las mujeres de 30 años o más.

Barcelona. (Redacción).- El **virus del papiloma** ya se ha convertido en **pandemia**. El 80% de la **población** ha sido o estará **infectada** por este virus. Según el último estudio internacional liderado por el instituto Catalán de Oncología (el ICO), una de cada 4 mujeres se infecta en el primer año de mantener relaciones sexuales. Así lo ha adelantado investigadores del ICO en una entrevista en RAC1.

Este estudio también alerta de que las lesiones precáncer pueden aparecer en menos de 6 meses después de tener la primera relación. La expansión del papiloma se explica por el cambio de actitud en las relaciones sexuales: empiezan antes (entre los 15 y los 16 años) y se tienen muchas más. En declaraciones en RAC1, el investigador del ICO Xavier Castellségué ha lanzado un mensaje de calma: "menos de un 10% de los casos acaban con cáncer."

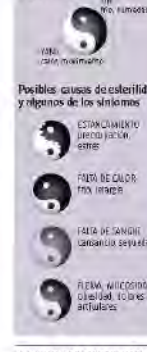
"Es tan contagioso que es prácticamente inherente a la actividad sexual, sólo los hombres y mujeres extremadamente monógamos no se infectarían," ha añadido Castellségué.

El tabaquismo y tomar pastillas anticonceptivas durante más de 5 años seguidos son los motivos principales de la persistencia del virus, que en el Estado genera cada año 2.200 casos de cáncer y 700 muertes. La jefa de la unidad especializada en el papiloma de la Dexeus, Olga Salas, advierte que se puede transmitir de muchas formas. También son declaraciones en RAC1: "puede ser que tengas un contacto sin penetración y estés afectado por el virus del papiloma."

La acupuntura mejora resultados de embarazo en pacientes del equipo de reproducción del centro Dexeus

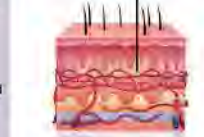
Agujas para la fecundación in vitro

Equilibrio
Según la medicina china, una mujer no puede quedar embarazada si hay un desequilibrio energético. Para lograr una nueva vida son necesarios el Yin y el Yang, el equilibrio energético.



UNA MUJER EN BARCELONA
La más confiable tecnología aplicada a la reproducción asistida, que intenta superar la edad y otras problemáticas la hora de buscar un embarazo, se alía con las aguja de acupuntura y sus efectos en los minutos de la vida de un ser, el calor y la relajación. La acupuntura mejora los resultados de las fecundaciones in vitro. Son datos un tanto pequeños, con apenas 40 casos, pero marcan una tendencia prometedora, según el equipo de reproducción de la Dexeus de Barcelona. En una entrevista en RAC1, la jefa de la unidad especializada en la fertilización asistida, y coordinadora de los trabajos de investigación que se van publicando en los últimos años en la literatura científica. Los casos analizados por el equipo de reproducción asistida del centro Dexeus se refieren a la fecundación in vitro, cinco de transfección de embrión criopreservado con gametos congelados con óvulos donados y diez más con donación de embriones. La mitad de las mujeres que se sometieron al tratamiento con acupuntura, lograron el embarazo, frente a una tasa de éxito que sin agujas está alrededor del 30%.

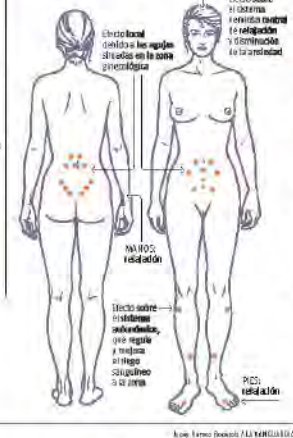
Los mecanismos que actúa la acupuntura



Mejora de la eficacia sin aumentar la carga farmacológica y sin efectos secundarios
La combinación de una técnica milenaria con el laboratorio de reproducción asistida mejora el porcentaje de éxito de la terapia.

El protocolo
Se realiza una evaluación inicial para determinar el estado de salud y el nivel de energía. Se realiza un diagnóstico energético para determinar el tipo de desequilibrio. Se realiza un tratamiento de acupuntura personalizado para cada paciente. Se realiza un seguimiento de los resultados.

DÓNDE INTERVIENE LA ACUPUNTURA, Y POR QUÉ



para conseguir una mayor producción de óvulos y así asegurar que alguna sea fértil para generar embriones viables. "En esta fase nos concentramos en mejorar el flujo sanguíneo, la adherencia de los gametos y la calidad de los mismos. Aumentar el flujo sanguíneo que llega más rápidamente a la zona. También intentamos mejorar el flujo sanguíneo en la zona de implantación. A veces se produce una inflamación en la zona de implantación, se acumulan líquidos, como consecuencia de la estimulación de la acupuntura. Y la última sesión, justo después de la transferencia del embrión, cuando se basa con la acupuntura en mejorar el flujo sanguíneo lo más que to-

del sistema. El grado de éxito de mantenimiento vital y caliente. ¿Cuántos? "Si una mujer está muy cansada está más fría y seca. La medicina tradicional china define que el frío y los cambios de temperatura afectan a los órganos reproductivos", explica la doctora Gual. "Algunos tenemos que hacer

un estudio comparado", señala Buenaventura Ceballos, jefe del servicio de medicina de la reproducción del centro Dexeus. En los focos de actualidad, la acupuntura es una demanda de moda. Se busca mejorar la fertilidad estimulando la vitalidad, el calor corporal y reduciendo la ansiedad que demasiadas veces lo preside todo. Los ginecólogos y ginecólogas recomiendan a esas pacientes en sus sesiones que incluyan un tratamiento de fertilización difícil de conseguir. Se trata de un procedimiento donde además de medicarse para estimular el óvulo las parejas que intentan un embarazo hacen de por sí muchos cambios sociales y siempre todo el mundo de que algo falle por no hacerlo bien. La efectividad del uso combinado de acupuntura y de la terapia

MUESTRA PEDIRIA
El aumento de la tasa de éxito aún no es cuantificable, pero marca una tendencia

LOS LUGROS
Más embarazos, menor angustia y alivio en secuelas de la hiperestimulación

FUTURO
El centro prepara un estudio comparado y extiende la experiencia a otras dolencias

delo a que "no lo estamos propiciando a todas las mujeres que han trabajado en caso o más intenso", explica el doctor Ceballos. "Suelen ser precisamente estas las más problemáticas de usar medicina complementaria. Angustia de haber tenido un caso de hiperestimulación y otras dolencias con diferentes técnicas. Aunque no podemos cuantificarlo, sí que sabemos que nos encontramos la tasa de embarazo y sin ninguna duda, por eso estamos haciendo un estudio comparado y extendiendo la experiencia a otras dolencias. Para ser más precisos, describe el responsable del servicio de medicina de la reproducción del centro. La experiencia en reproducción asistida se quiere extender a otros problemas de salud femenina, tanto en el campo de la ginecología como en el de la obstetricia. "Para ser más precisos, describe el responsable del servicio de medicina de la reproducción del centro. La experiencia en reproducción asistida se quiere extender a otros problemas de salud femenina, tanto en el campo de la ginecología como en el de la obstetricia. "Para ser más precisos, describe el responsable del servicio de medicina de la reproducción del centro. La experiencia en reproducción asistida se quiere extender a otros problemas de salud femenina, tanto en el campo de la ginecología como en el de la obstetricia."



Una paciente recibe tratamiento con acupuntura

Investigación



Un experto en fecundación «in vitro» observa en el monitor la evolución de los embriones

Las primeras fases del embrión

Investigadores del Departamento de Genética de la Universidad de Cambridge, dirigidos por el madrileño Alfonso Martínez Arias han logrado reconstruir, con células madre embrionarias, la fase inicial de desarrollo de los mamíferos. Su trabajo muestra que es necesaria una masa crítica de células para que se forme el embrión. A este proceso lo sigue la gastrulación, el evento más importante de la vida, porque crea el plan de un organismo. Hemos logrado recrear esto por primera vez en el laboratorio.



que tiene la manipulación de los embriones, es un método que facilita muchísimo el no manipularlo excesivamente, simplemente se mantiene en el incubador, sin tocarlo, solo observándolo con el microscopio. Y por otro lado, el sistema de análisis ayuda a «diferenciar» los embriones que van a tener un potencial de implantación, y permite realizar una selección embrionaria para elegir el más adecuado», dice Coroleu. Los factores que determinan la calidad de un embrión son, por ejemplo, que tenga unos tiempos de división correctos, cuando pasa de una división de dos a cuatro células, comprobar la regularidad, la presencia o no de un núcleo o dos núcleos... diferentes parámetros que los investigadores han clasificado como de referencia para seleccionar el «embrión», explica el embriólogo catalán.

Esta nueva técnica ha sido desarrollada por la farmacéutica Merck Serono. Su responsable científico de Fertilidad, Diego Ezcurra, apunta que «en reproducción asistida, las técnicas de laboratorio limitan el resultado final. Es decir, una paciente puede estar muy bien tratada gracias a los fármacos y producir muchos ovocitos, pero si el laboratorio donde se producen los embriones no funciona de forma efectiva, no conseguiremos buenos resultados». El sistema Eeva ayuda, en su opinión, a corregir estos defectos.

Pero probablemente, aparte de tener una mejor selección embrionaria, la principal ventaja de optimizar el proceso de selección está en la drástica reducción de embarazos múltiples, algo muy común en mujeres que se someten a terapias de reproducción asistida y que, como es lógico, conlleva sus riesgos. Con el nuevo sistema, dice Coroleu, «podemos reducir el número de embriones a transferir, con lo que disminuirmos los embarazos múltiples, que son una de las complicaciones más importantes de las técnicas de reproducción asistida».

REPRODUCCIÓN

El mejor embrión

Una nueva técnica de reproducción asistida ayuda a monitorizar los embriones para poder seleccionar el que más posibilidades tiene de seguir adelante en una gestación

ANTONIO VILLARREAL

Hasta ahora, las técnicas de reproducción asistida requerían una valoración subjetiva por parte del médico, que debía decidir qué embrión era el más adecuado para ser trasplantado a la paciente. Ahora, una nueva técnica denominada Eeva (Evaluación Temprana de Viabilidad de Embriones, según la traducción al castellano de sus siglas en inglés) permite hacer un seguimiento monitorizado de los embriones, ayudando a seleccionar objetivamente el más válido.

«Los criterios que teníamos hasta este momento eran los de observar a los embriones, a lo largo de los días que estén en el incubador, una vez al día», dice a ABC Salud el doctor Buenaventura Coroleu, jefe de Ser-

vicio de Medicina de la Reproducción en la Fundación Dexeus de Barcelona. El principal inconveniente, para este ginecólogo, es que muchas etapas de la división embrionaria quedaban a oscuras, sin que pudiéramos tener una decisión clara, y eso hace que ahora, con este nuevo sistema, si podamos determinar el embrión más óptimo para la transferencia».

Este nuevo método filma al embrión durante su desarrollo y analiza la evolución de los embriones. España es uno de los primeros países en incorporar este sistema, junto con Estados Unidos, Canadá, Francia, Italia, Reino Unido y Alemania.


Para Coroleu, Eeva tiene «dos ventajas, en primer lugar, que los embriólogos no tendrán que sacar los embriones del incubador y esto facilita el minimizar los riesgos


«MUCHAS DE LAS ETAPAS DE LA DIVISIÓN EMBRIONARIA QUEDABAN A OSCURAS»



Gran Vía de Carlos III, 71-75
08028 Barcelona
Tel. 93 227 47 15 - Fax 93 417 02 98
fundacion@dexeus.com
www.fundaciondexeus.org
www.dexeus.com

 @DexeusMujer

 Dexeus Mujer

 Dexeus Mujer