

2013

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS
Y DE COMUNICACIÓN



2013

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS
Y DE COMUNICACIÓN



Índice

1. Libros y capítulos de libros	3
1.1. Servicio de Obstetricia	6
1.2. Servicio de Ginecología	8
1.3. Servicio de Medicina de la Reproducción	16
1.4. Servicio de Diagnóstico Ginecológico por Imagen	31
2. Artículos en revistas	33
2.1. Servicio de Obstetricia	37
2.2. Servicio de Ginecología	46
2.3. Servicio de Medicina de la Reproducción	55
2.4. Servicio de Diagnóstico Ginecológico por Imagen	67
3. Ponencias	68
4. Comunicaciones y pósters	82
4.1. Servicio de Obstetricia	88
4.2. Servicio de Ginecología	95
4.3. Servicio de Medicina de la Reproducción	103
4.4. Servicio de Diagnóstico Ginecológico por Imagen	107
5. Tesis doctorales, ensayos clínicos y líneas de investigación	108
5.1. Tesis doctorales	109
5.2. Ensayos clínicos	110
5.3. Líneas de investigación	111
6. Actividades de comunicación	113
6.1. Comunicados de prensa	114
6.2. Medios de comunicación	117



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

COMAS C, PRATS P. Echocardiography in early pregnancy. En: A. Kurjak, J. Bajo Arenas. Ed: Donald School Textbook of Transvaginal Sonography. New Delhi, India. Jaypee Brothers Medical Publishers. 2013: 71-84

COMAS C, AZUMENDI G, BORENSTEIN M. Estudio tridimensional del corazón fetal: Tecnología STIC. En: Ecografía tridimensional 3D-4D en el embarazo. Colección de Medicina Fetal y Perinatal. Amolca; 2013 p.277-294

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

CANCELO MJ, GONZALEZ JV, PARERA N, PARRA RODRIGUEZ MJ, DE LA VIUDA E. Anticoncepción en la Adolescencia. En: Documentos de Consenso S.E.G.O 2012. SEGO; 2013 p.11-79

CHECA MA, PALACIO M, ISERN J, IZQUIERDO M. Firmas Genéticas en

lesiones mamarias invasivas (CMI) y carcinoma ductal in situ (CDIS). En: Lesiones Premalignas y Preinvasoras en patología mamaria; 2013 p.82-90

CUSIDO MT. En: Oncoguía SEGO: Cáncer de cuello uterino 2013. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO; 2013

IZQUIERDO M, VAZQUEZ S. Lesiones premalignas y preinvasoras en Patología Mamaria. Generalidades y Clasificación. En: Lesiones Premalignas y Preinvasoras en patología mamaria; 2013 p.14-17

PARERA N. Exploración ginecológica de niñas y adolescentes. En: Guía Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. SEGO: Grupo de Ginec Infancia y Adolesc; 2013 p.15-24

PARERA N. Capítulo 6: Fisiología de la pubertad. Pubertad precoz. Pubertad retrasada. Ciclo menstrual normal. En:

Guía Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. SEGO: Grupo de Ginec Infancia y Adolesc; 2013 p.51-62

PARERA N. Ciclo menstrual normal. En: Guía Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. SEGO: Grupo de Ginec Infancia y Adolesc; 2013 p. 59-61

SUAREZ M. Infecciones ginecológicas en la adolescencia. ITS. En: Guía Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. SEGO: Grupo de Ginec Infancia y Adolesc; 2013 p.123-134

TRESSERRA F, ARDIACA C, MARTINEZ MA. Clasificación histológica DIN, LIN, DIN papilar. En: Lesiones Premalignas y Preinvasoras en patología mamaria. Sociedad Española de Senología y Patología mamaria. Valencia; 2013

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ALVAREZ M. Capítulo: ¿Cuáles serían los métodos de preservación de la fertilidad en la mujer y en el varón? En: Lo esencial en medicina reproductiva. Ediciones Mayo; 2013

ALVAREZ M. Capítulo: ¿Cuál sería la edad máxima para recomendar la preservación de la fertilidad no médica (indicación social)? En: Lo esencial en medicina reproductiva. Ediciones Mayo; 2013

ALVAREZ M. Capítulo: ¿Qué información debemos transmitir a las pacientes oncológicas que se van a someter a un tratamiento de preservación de la fertilidad? En: Lo esencial en medicina reproductiva. Ediciones Mayo; 2013

ALVAREZ M. Capítulo: ¿Cuál sería el protocolo de estimulación que deberíamos utilizar en las pacientes sometidas a una preservación de fertilidad por causa oncológica? En: Lo esencial en medicina reproductiva. Ediciones Mayo; 2013

ALVAREZ M. Capítulo: ¿En qué casos debemos aconsejar la congelación de tejido ovárico en una preservación de la fertilidad? En: Lo esencial en medicina reproductiva. Ediciones Mayo; 2013

ARROYO G. Capítulo 4: El embrión. En: Fallo de implantación en Reproducción Asistida. Coordinadores Herrer, Mercader y Del Rio. Editorial Médica Panamericana; 2013 p.27-34

ARROYO G BOADA M. Capítulo 10: Activación del ovocito y división celular. En: Bases Genéticas y Moleculares de la Fecundación Humana. Editorial Médica. Edit Alberto Romeu; 2013 p.295-316

BARRI PN. La subrogación uterina. ¿Porqué no es posible hacerla en España? En: Donación de embriones.

Editor: Javier Nadal P. Ed. Momento Médico; 2013 p.271-272

BARRI PN, VEIGA A. Prólogo. En: Bases Genéticas y Moleculares de la Fecundación Humana. Editorial Médica. Edit Alberto Romeu; 2013 p.13-13

COROLEU B, BRUNA I. Presentación. En: Lo esencial en medicina de la reproducción. Ediciones Mayo; 2013

COROLEU B, LUNA M, RODRIGUEZ PURATA J, CLUA E, MARTINEZ F, BARRI PN. Preparación endometrial: Ciclo natural o ciclo con preparados hormonales en la donación de embriones. En: Donación de embriones. Editor: Javier Nadal P. Ed. Momento Médico; 2013 p.175-182

GONZALEZ C, BOADA M. Destrucción de embriones. En: Donación de embriones. Editor: Javier Nadal P. Ed. Momento Médico; 2013 p.119-126

LUNA M, ARAN B, BOADA M, BARRI PN, IZPISUA JC, VEIGA A. Donación de embriones humanos para investigación. En: Donación de embriones. Editor: Javier Nadal P. Ed. Momento Médico; 2013 p.257-265

MARTINEZ F. ¿Hasta qué edad en las receptoras debería aceptarse la donación de embriones? En: Donación

de embriones. Editor: Javier Nadal P. Ed. Momento Médico; 2013 p.111-118

NICOLAU J. Prólogo y traducción al catalán. En: Vocabulari Internacional de Metrologia; conceptes fonamentals i general i termes associats. Associació catalana de ciències de laboratori clínic; 2013

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

KURJAK A, PRKA M, PASCUAL MA, BAJO ARENAS J, FUNDUK B. Assessment of Normal and Abnormal Ovaries by Transvaginal Sonography. En: Transvaginal Sonography. Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd.; 2013 p.415-430

PASCUAL MA. Transvaginal Sonography in Evaluation of Functional Ovarian Cysts. En: Transvaginal Sonography. Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd.; 2013 p.223-231



10

Echocardiography in Early Pregnancy

Carmina Comas, Pilar Prats

Abstract

Within the last decade, two significant events have contributed to the increasing interest in early fetal echocardiography. First, the introduction of high-frequency vaginal ultrasound probes allows detailed visualization of cardiac structures at early stage of gestation, making early detection of fetal malformations possible. Second, the close relationship observed between some first trimester sonographic and Doppler markers and congenital heart defects (CHD) allows an early identification of a high-risk group at 11–14 weeks of gestation. In this context, from the early 1990s, many authors have examined the potential role of the transvaginal (TV) approach to obtain earlier diagnosis of fetal cardiac malformations. Further studies have appeared in the literature showing that early TV echocardiography in experienced hands are a fairly sensitive investigative tool. Although some malformations are detected as early as 11 weeks of gestation, the optimal gestational age to perform the early scan is at least 13 weeks of gestation. Transvaginal ultrasound is the preferred approach, although most of the authors agree that results can be improved if transabdominal ultrasound is also incorporated. The further application of color Doppler enhances visualization. The sensitivity and specificity of early fetal echocardiography for the detection of heart anomalies is acceptable compared to the ones obtained by mid-gestational echocardiography, showing a slight reduction in detection rates and an increase in false positive and negative rates. The cardiac anomalies detected at this early stage of pregnancy are mainly defects involving the four-chamber view, indicating that defects solely affecting the outflow tracts are difficult to diagnose in the first trimester of pregnancy. Heart defects diagnosed early in pregnancy tend to be more complex than those detected later, with a higher incidence of associated structural malformations, chromosomal abnormalities and spontaneous abortions. The neonate follow-up or post-mortem examination in case of termination of pregnancy

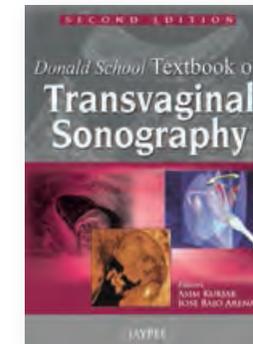
(TOP) is essential to assess the actual role of early fetal echocardiography. At present, early fetal echocardiography is a promising technique, which can be of considerable value for patients at high risk. This technique is, however, currently limited to a few specialized centers.

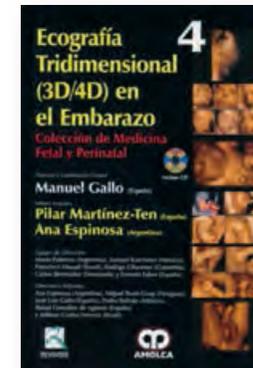
The aim of this review is to explore the possibilities of examining the fetal heart at the early stage of pregnancy. This chapter also presents our experience in the first multicenter trial in early fetal echocardiography performed in Spain. In accordance with other studies, this experience stresses the usefulness of early echocardiography when performed by expert operators on fetus specifically at risk for cardiac defects. Our review of these additional 88 cases contributes to the expanding literature on the ability of TV ultrasonography to detect fetal heart defects in early pregnancy.

Introduction

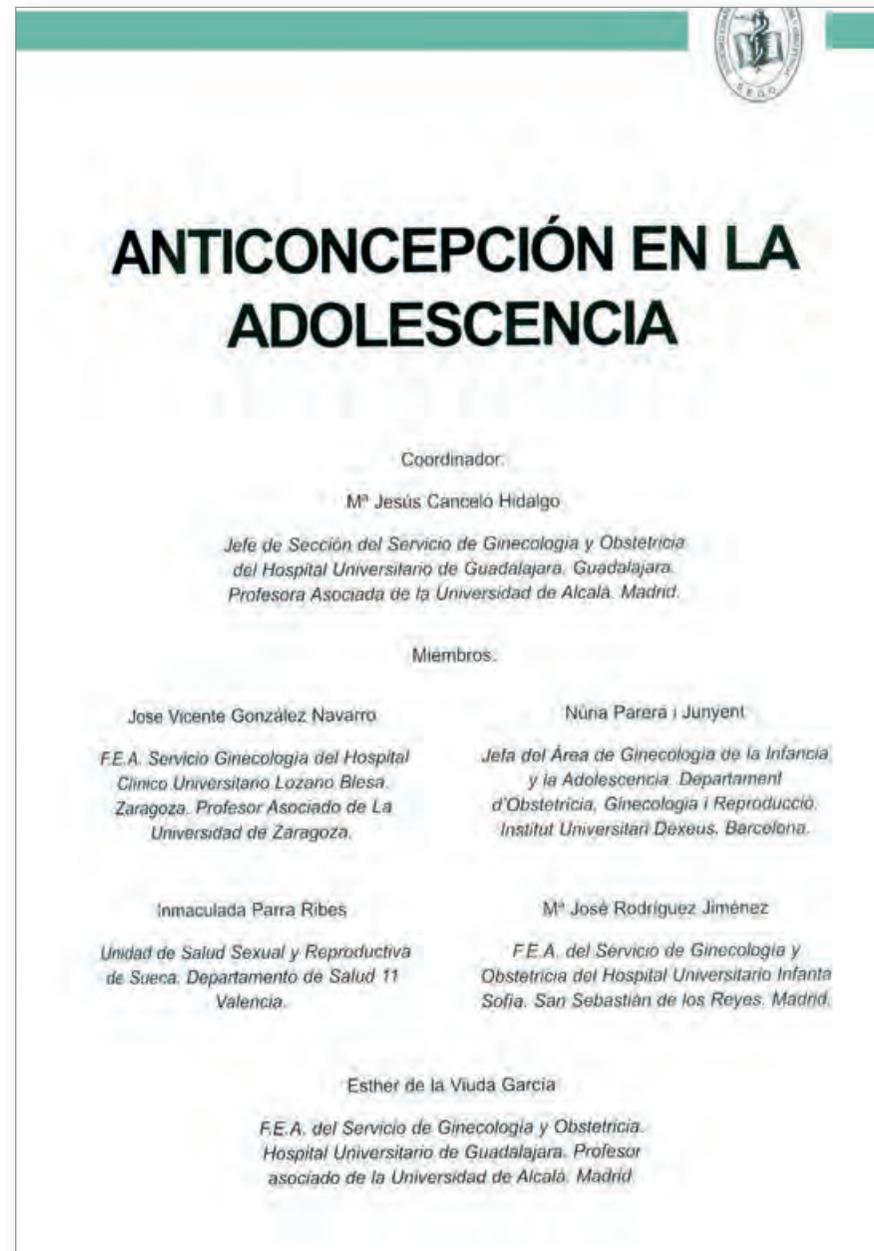
Prenatal detection of fetal CHD remains the most problematic issue of prenatal diagnosis.¹ Major CHD are the most common severe congenital malformations, with an incidence of about 5 in 1,000 live births, whenever complete ascertainment is done and minor lesions are excluded.^{1,2} Congenital heart anomalies have a significant effect on affected children's life with up to 25–35% mortality rate during pregnancy and the postnatal period, and it is during the first year of life, when the 60% of this mortality occurs. Moreover, major CHD are responsible for nearly 50% of all neonatal and infant deaths due to congenital anomalies, and it is likely to be significantly higher if spontaneous abortions are considered. Although CHD used to appear isolated, they are frequently associated with other defects, chromosomal anomalies and genetic syndromes. Their incidence is six times greater than chromosomal abnormalities and four times greater than neural tube defects.^{3,4}

Most major CHD can be diagnosed prenatally by detailed transabdominal second trimester echocardiography at 20–22 weeks of gestation.^{5,6} The identification of





1.2. Servicio de Ginecología





► **Capítulo 9**

Firmas genéticas en lesiones mamarias invasivas (CMI) y carcinoma ductal in situ (CDIS).

T. Checa Ruiz, J. Palacios Calvo, J. Isern Verdum, M. Izquierdo Sanz.

Las pacientes que se podrían beneficiar de un tratamiento adyuvante con quimioterapia, radioterapia o tratamiento hormonal se identifican mediante unos criterios como: edad, tamaño tumoral, estado de los ganglios linfáticos, grado, tipo histológico y estado de los receptores; pero estos criterios son imperfectos. Así, pacientes que precisan ser tratadas, no lo son, y otras pacientes son tratadas innecesariamente. Es necesario mejorar la evaluación pronóstica^{1,3}. Los progresos en las técnicas genéticas han permitido que el diagnóstico del cáncer de mama también pueda participar en la nueva era genómica. De estos nuevos avances debemos destacar los **ADN microarray** (gene chip o ADN chip), técnica basada en una plataforma que consta de una colección de pozuelos microscópicos de ADN ("features"), que normalmente representan un gen o transcriptor, ordenados y fijados en una base sólida mediante enlaces covalentes

o directamente sintetizados en dicha base. Estas medidas cuantitativas o cualitativas se realizan mediante hibridaciones de naturaleza ADN-ADN, o ADN-ARN en condiciones muy restrictivas y basadas en su detección por fluorescencia. Estos microarrays nos permiten definir un perfil de expresión genética, que puede medir desde unos cuantos genes hasta miles de ellos de forma simultánea. De forma resumida, la expresión genética es la determinación del ARN mensajero en una célula y así estudiar de una manera indirecta una vía proteica. Otro método utilizado para la determinación del perfil genómico es la reacción en cadena de la polimerasa, conocida como **PCR** por sus siglas en inglés (**Polymerase Chain Reaction**). Es una técnica de biología molecular cuyo objetivo es obtener un gran número de copias de un fragmento de ADN particular, partiendo de un mínimo; en teoría basta partir de una única copia de ese fragmento original, o molde. Esta técnica sirve para amplificar un fragmento de ADN; su utilidad es que tras la amplificación, resulta mucho más fácil identificar el gen problema.

El diagnóstico de genes presentes en el genoma tumoral es un proceso largo y complicado que puede acortarse significativamente gracias a la PCR. Cada uno de los genes prueba se pueden amplificar mediante sus



Test Genéticos comercializados	MammaPrint®	Oncotype DX®	PAM 50®	Avaria H/I test®	MapQuant Dx®
• Laboratorio	Agendia	Genomic Health	Arup Laboratories	Biotheranostics	Ipsogen
• Tipo de ensayo	70 genes	21 genes	50 genes	Ratio de 2 genes HOXB13/IL17R	Grado Genético
• Tejido	Fresco o congelado	Fijado formol, con parafina	Fijado formol, con parafina	Fijado formol, con parafina	Fresco o congelado
• Técnica	DNA microarrays	Q-RT-PCR	Q-RT-PCR	Q-RT-PCR	DNA Microarrays
• Indicación	Ayudar en el pronóstico, pacientes < 61 años, estadio I-II, ganglios negativos, tamaño ≤ 5 cm	Predecir el riesgo de recurrencia en pacientes con RE positivos, ganglios negativos, tratados con tamoxifeno, para identificar pacientes de bajo riesgo de recurrencia que pueden no necesitar quimioterapia adyuvante.	Clasifica a las pacientes N+ y N- en bajo y alto riesgo de recidiva. La ventaja es que discrimina a las paciente de alto riesgo en Luminal B, HER2 y basal-like las cuales el enfoque sistémico y respuesta es diferente.	Clasificar los pacientes RE positivos en bajo y alto riesgo de recurrencia. Predecir buena y mala respuesta a la hormonoterapia.	En tumores invasivos, RE positivos, grado II, reclasificarlos en grado I y en grado III.
• Evidencia	III	II	II	III	III
• FDA	Si	No	No	No	No
• Disponible	Europa y USA	Europa y USA	USA	USA	Europa

Tabla 9.1. Test genéticos comercializados.



PARTICIPANTES

Comité organizador y metodología
Malte Cusidó i Gimferrer (Coordinadora programa Oncoguaia SEGO 2010-12 y facilitador)
 Institut Universitari Dexeus (Barcelona)
Javier Cortés Borsley (Coordinador)
 Palma de Mallorca
Lola Martí Cardona (Secretaria)
 Hospital Universitari Bellvitge (Barcelona)
Jordi Ponce i Sebastià (Ginecología)
 Presidente de la Sección de Ginecología Oncológica y Patología Mamaria (SEGO)
 Hospital Universitari Bellvitge (Barcelona)

Asesores externos de la oncoguaia
Jose Maria Lailla Vicens (Ginecología)
 Presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)
Ricardo González Cámpora (Anatomía Patológica)
 Presidente de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP)
Alfredo Ramos Aguerri (Radioterapia)
 Presidente de la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR)
Juan Jesús Cruz (Oncología Médica)
 Presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)

.....

Diseño Gráfico
 Amapia Martínez Vila-Añada

.....

CONFLICTO DE INTERESES

Todos los participantes declararon, explícitamente y por escrito, no estar sometidos a ningún tipo de conflicto de intereses con el contenido de esta oncoguaia. Sus aportaciones han estado exclusivamente basadas en la revisión de la evidencia científica disponible y en su experiencia profesional contrastada.

.....

CITACIÓN Y AUTORÍA

La SEGO (como entidad responsable de la oncoguaia) facilitará los medios y recursos necesarios para el buen desarrollo del proyecto, con compensación económica a partir de la propiedad intelectual, fruto de la participación y del consenso, recae tanto sobre el comité de expertos como sobre la totalidad de los agentes involucrados en la producción, considerando entre ellos a todos los especialistas científicos participantes y afines.

La identidad como mecanismo de difusión a la realidad de la sociedad y partes de esta oncoguaia en distintos trabajos científicos y profesionales, por lo que no es necesaria la citación de un permiso escrito para ello, aunque siempre deberá hacerse constar la fuente y autoría como:

"Oncoguaia SEGO: Cáncer de Cuello Uterino 2013. Guía de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, Octubre 2013."

Oncoguaia ISBN: 978-84-612-7418-5
 ISBN web: 978-84-612-7418-2
 Depósito legal:





► Capítulo 1

Lesiones premalignas y preinvasoras en patología mamaria. Generalidades y clasificación.

M. Izquierdo Sanz, C. Vázquez Albaladejo.

Las lesiones premalignas y preinvasoras mamarias son un grupo heterogéneo con un potencial maligno diverso y múltiples opciones de tratamiento.

En 1932 Broders¹ acuñó el término de carcinoma in situ, como la lesión constituida por células malignas que no atraviesan la membrana basal, pero no fue hasta 1990 en que Tavasoli² diferenció la hiperplasia ductal atípica del carcinoma ductal in situ, considerando que este último debe tener un diámetro asociado mayor a 2 mm.

Como consecuencia de la generalización de la mamografía de cribado la prevalencia ha aumentado considerablemente. Antes las lesiones preinvasivas representaban el 1% - 5% de todos los cánceres de mama. Su diagnóstico era clínico al detectar una masa palpable, eczema de pezón (enfermedad de Paget) o un derrame hemático³.

La presentación clínica de las lesiones premalignas y de las lesiones preinvasivas ha pasado de una lesión palpable en la era pre mamografía a una lesión no palpable detectada por mamografía (microcalcificaciones con criterios de sospecha, densidad mamográfica)^{4,5} u otros métodos de imagen.

En diez años la prevalencia de Carcinoma Ductal in Situ (CDIS) se ha cuadruplicado de 0.4/1000 en 1985 a 1.5/1000 en 1995 y en el 2005 ha alcanzado el 2.8/1000. Suponiendo constante la incidencia y las tasas de mortalidad, en Estados Unidos podría llegar a diagnosticarse más de 1 millón de casos de CDIS en el año 2016⁶.

El patrón del CDIS cambió con la incorporación de la mamografía de chequeo:

1. En la era premamografía el CDIS era poco frecuente, se presentaba como un nódulo palpable, el 90% eran de alto grado, de tipo comedo, el tratamiento era la mastectomía, no practicándose la reconstrucción inmediata y solo en algunos casos la diferida.
2. En la era mamográfica el CDIS es una lesión común, no palpable, en más del 90% es clínicamente oculto,

en la mayoría de los casos se presenta como microcalcificaciones atípicas en la mamografía, el 30-40% son del tipo comedo. Se acostumbra a realizar un tratamiento conservador con radioterapia y hormoterapia, en los casos en que se debe realizar mastectomía se suele realizar reconstrucción inmediata.

El CDIS se clasifica bajo criterios histológicos en 3 grados:

- **Grado I.**
No hay atipia nuclear ni necrosis intraluminal.
- **Grado II.**
Solo hay una de las dos características.
- **Grado III.**
Hay atipia nuclear y necrosis intraluminal.

En la Hiperplasia Intraductal la presencia de necrosis no altera el diagnóstico.

El lugar donde se originan la mayoría de las lesiones ductales y lobulilares es en la Unidad Terminal Ductal Lobulillar (TDLU), formada por un ducto terminal y varios acinos.

La clasificación del Carcinoma Ductal in Situ (CDIS) Grado I según los criterios que se utilice puede variar. Según Page⁷ se precisa de la afectación completa de al menos dos conductos completamente afectados por una proliferación citológica y arquitectónica compatible con CDIS, mientras que la definición de Tavasoli y Norris⁸ requiere la participación de uno o más conductos con un diámetro superior a 2 mm. Esta circunstancia induce a controversia, porque un conducto afectado en más de 2 mm se consideraría CDIS por los criterios de Tavasoli&Norris, pero (HEA) Hiperplasia Epitelial Atípica por los criterios de Page.

En la clasificación convencional se pone de relieve la progresión lineal de las lesiones, de un epitelio normal se puede originar una Hiperplasia Intraductal, que evolucionará a HEA, y esta a CDIS Grado I, que evolucionará a CDIS Grado II y este a CDIS Grado III. Pero esta progresión ocurre pocas veces.

La incorporación del estudio genético permite demostrar que un CDIS de bajo grado progresa a carcinoma invasivo de bajo grado con las mismas alteraciones moleculares, al igual que ocurre en un CDIS de alto grado que progresa a carcinoma invasor^{9,10}.







Tema 2

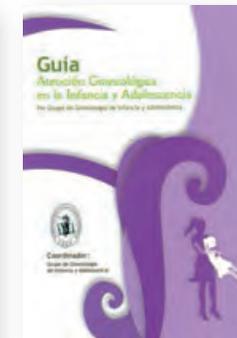
Entrevista y Exploración Ginecológica en Niñas y Adolescentes. Pruebas Complementarias

Indicaciones de la consulta ginecológica en la infancia y adolescencia

1. Información sobre temas relacionados con la salud sexual y reproductiva. Durante el desarrollo puberal para confirmar la normalidad del proceso y ayudar a las jóvenes en esta etapa de cambios. En las adolescentes que ya están al final de la pubertad con el fin de confirmar su normalidad ginecológica. En las jóvenes que ya mantienen relaciones sexuales para la prevención y el diagnóstico precoz de los trastornos ginecológicos. En todas estas situaciones, así como en la patología, se informará sobre sexualidad saludable, anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS). La consulta de ginecología también sirve a las usuarias para que tengan un profesional de referencia con quien consultar en caso de tener dudas o problemas.
2. Trastornos de la pubertad femenina (retraso puberal, adelanto puberal).
3. Trastornos menstruales: dismenorrea severa, amenorrea primaria y secundaria, irregularidades menstruales más de 2-3 años después de la menarquia, sangrado genital abundante.
4. Alteraciones mamarias: nódulo, asimetría, exceso o defecto en el tamaño de las mamas, secreción, mastitis, traumatismo.
5. Signos de hiperandrogenismo: acné importante, hirsutismo.
6. Patología vulvar: trastornos himeneales, vulvovaginitis, asimetría, nódulo, dolor, liquen, coalescencia de labios menores, traumatismo, sangrado prepuberal, malformaciones.
7. Dolor abdominal, para descartar patología ginecológica.
8. Desórdenes del desarrollo sexual.
9. Abuso sexual.
10. Anticoncepción.

Entrevista ginecológica

En el caso de la niña, la entrevista ginecológica se realiza con los padres o acompañantes. En el caso de la adolescente, la entrevista puede realizarse con la joven a solas o con acompañante. Cuando se realiza con la adolescente acompañada y es mayor de 13 años (o antes en determinados casos) siempre hay que reservar un tiempo para hablar con ella a solas. Hay que asegurarse la confidencialidad, y que algunos temas sólo se tratarán con sus padres o acompañantes si ella así lo desea. Cuando exista algún problema grave para la salud hay que comentarle que el tema deberá ser tratado con los adultos responsables.



Tema 6

Fisiología de la pubertad. Pubertad precoz. Pubertad retrasada. Ciclo menstrual normal

Fisiología de la Pubertad

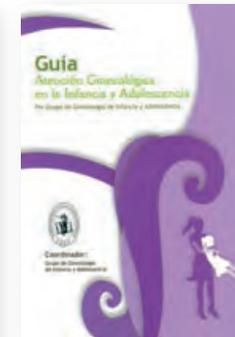
La pubertad es la etapa del desarrollo humano que transcurre desde la aparición de las características sexuales secundarias hasta la maduración sexual completa con la consiguiente adquisición de la capacidad reproductora. Durante ella se producen intensos cambios que afectan no sólo a las gónadas, sino también al fenotipo, la composición corporal y a la maduración psíquica.

Desde el punto de vista neuroendocrino, la pubertad implica la activación completa del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal (eje HHG). El elemento jerárquico clave en este sistema es la *gonadorelina* u *hormona liberadora de gonadotropinas* (GnRH), un decapeptido sintetizado de forma pulsátil por neuronas hipotalámicas que estimula la síntesis y liberación hipofisaria de las gonadotropinas *lutropina* (LH) y *folitropina* (FSH). El aumento de la liberación de FSH y LH conlleva la estimulación de las gónadas, provocando la maduración de las células germinales y la formación de esteroides sexuales. La FSH en la mujer mantiene la función de las células de la granulosa y la maduración del folículo ovárico, al tiempo que estimula la secreción de *estradiol* (E_2). Éste es responsable del desarrollo de las mamas, de los cambios sobre los genitales externos e internos, de la distribución de la grasa corporal, del cierre del cartilago de crecimiento y, en combinación con la FSH y LH, interviene en la maduración de los folículos primordiales. Las hormonas gonadales, estrógenos y progesterona, también participan en la regulación funcional del eje gonadotrópico mediante sistemas de feedback negativos y positivos. Adicionalmente, un número elevado de señales, tanto centrales como periféricas (leptina, IGF-1, factor liberador de GH) actúan sobre el generador de pulsos de GnRH. Se conoce además la contribución de neurotransmisores y neuropéptidos en este sistema regulador. Así, entre las señales inhibitorias destaca el ácido gammabutírico (GABA) y diversos péptidos opioides. Por el contrario, el glutamato y el sistema KISS-1/GPR54 estimulan la liberación de GnRH.

Desarrollo puberal normal en la niña

La media de edad de comienzo de la pubertad en las niñas es de 10 años con un rango de 8-13 años. El crecimiento mamario o *telarquia*, uni o bilateral, es la primera manifestación de pubertad en las niñas y acontece aproximadamente a una edad ósea de 11 años. Es, junto a la *menarquia*, el hito principal de la pubertad femenina. El intervalo entre ambas suele ser de dos años. El comienzo del estirón puberal ocurre precozmente y en general suele coincidir con la aparición de los primeros signos puberales. La duración media de la pubertad oscila entre 3 y 4 años.

Las etapas del desarrollo puberal fueron sistematizadas por Tanner y se muestran en la *Figura 1*.



Tema 13

Infecciones Ginecológicas en la Adolescencia. ITS

Introducción

Los adolescentes constituyen un grupo muy vulnerable frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), ya que en esta etapa del desarrollo es donde el individuo comienza a mostrar interés por las relaciones sexuales. Su mayor vulnerabilidad es debida a una combinación de factores biológicos y sociales.

- **Predisposición anatómica.** La adolescente presenta un cérvix inmaduro, con una mayor ectopia cervical, exponiendo un mayor área sensible a los microorganismos para ser infectado. Además también puede presentar alteración del moco cervical y de los mecanismos de defensa endocervicales. Los ciclos anovuladores son frecuentes, produciéndose un hiperestrogenismo que puede favorecer la penetración de los microorganismos a través del moco cervical, con su consecuente posible ascensión por el tracto genital.
- **Factor comportamiento.** Las mayores tasas de exposición de las adolescentes a las ITS se atribuyen a factores del comportamiento, como la práctica de relaciones sexuales sin protección, tener múltiples parejas sexuales, o relaciones monógamas muy cortas y con alta frecuencia.

Globalmente, en los adolescentes las medidas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual incluyen:

- Recomendar la utilización del preservativo como medida de prevención. Hay que explicar las instrucciones para la utilización correcta del mismo.
- Intentar atrasar dentro de lo posible el inicio de las relaciones sexuales.
- Orientar en cuanto a escoger la pareja.
- Estimular la fidelidad recíproca si tienen pareja.
- Indicar revisiones ginecológicas periódicas con el fin de realizar un diagnóstico precoz de las infecciones de transmisión sexual.
- Insistir y recordar que consulten con el médico si tienen síntomas de infección.

Es muy importante realizar un diagnóstico y tratamiento precoz y efectivo en jóvenes con infecciones del tracto genital inferior.

Comentaremos en este capítulo las seis ITS más frecuentes en adolescentes: Herpes, VPH, Chlamydia, Gonorrea, Trichomonas, VIH.



Sociedad Española
de Senología y Patología Mamaria

Capítulo 3

Clasificación histológica: DIN, LIN y DIN papilar.

F. Tresserra Casas, C. Ardiaca I Bosch, M^a A. Martínez Lanob.

“En lesiones mamarias, cuando patólogos expertos discrepan en el diagnóstico de malignidad, la paciente vive. Cuando están de acuerdo, las muertes por cáncer incrementan siempre su porcentaje”.

Woodford J.
Arch. Surg 1923;111:449-542

Las lesiones precursoras del cáncer de mama son aquellos cambios epiteliales confirmados histológicamente, habitualmente influenciados por una predisposición genética, que condicionan un mayor riesgo de desarrollar una lesión maligna. Este riesgo aumenta de forma directa con el tiempo y además hay que tener en cuenta que es el mismo para ambas mamas, es decir, el tener una lesión precursora en una mama también supone un riesgo de desarrollar un cáncer en la mama contralateral¹. Entre las lesiones hiperplásicas, descritas por Azzopardi como epiteliosis en 1979² y el cáncer invasivo de la mama, están las lesiones preinvasivas, que son aquellas lesiones epiteliales proliferativas malignas que están limitadas por la membrana basal y que por tanto no infiltran el estroma y no han alcanzado los vasos con lo que no pueden haberse diseminado. Los criterios diagnósticos histopatológicos, tanto de las lesiones hiperplásicas como de las lesiones preinvasivas, han cambiado con el tiempo y no siempre han sido suficientemente claros o estrictos para permitir la reproducibilidad inter e intraobservador necesarias para catalogar este tipo de lesiones. Estudios llevados a cabo por Rosai³ en los que se sometió a revisión 17 lesiones limitrofes de la mama a 5 patólogos expertos en patología mamaria, demostraron una importante falta de concordancia diagnóstica de forma que en ningún caso fue unánime y en 6 casos el diagnóstico de una misma lesión oscilaba entre hiperplasia y carcinoma intraductal.

Es por ello que autores como Tavassoli y Page han intentado establecer criterios morfológicos estrictos y fácilmente reproducibles para catalogar estas lesiones^{4,5}.

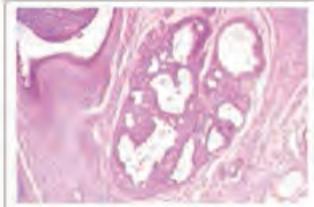


Figura 3.1. Hiperplasia intraductal. Proliferación intraductal con formación de lúmenes secundarios de trayecto irregular y sin atipia citológica.

De esta forma la **hiperplasia intraductal no atípica** (Fig. 3.1) corresponde a un incremento de la celularidad ductal con un agrupamiento sincitial y formación de lúmenes secundarios, generalmente de distribución periférica y trayecto irregular. Los núcleos son ovoides y de forma ocasional puede observarse necrosis.

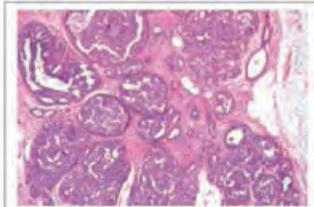


Figura 3.2. Carcinoma intraductal de bajo grado. Proliferación intraductal de células monomorfas con presencia de lúmenes secundarios rígidos. La extensión de la lesión supera los 2 mm.

En el otro extremo, el **carcinoma intraductal bien diferenciado o de bajo grado** (Fig. 3.2) se caracteriza por un incremento de la celularidad del conducto con formación de lúmenes rígidos y núcleos redondos o monomorfos.

F. TRESSERRA CASAS, C. ARDIACA I BOSCH, M^a A. MARTÍNEZ LANOB. 13



1.3. Servicio de Medicina de la Reproducción

¿Cuáles serían los métodos de preservación de la fertilidad en la mujer y en el varón?

M. Álvarez Almodóvar
Salud de la Mujer Dexeus. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona

Aspectos controvertidos

Los motivos fundamentales que nos conducen a plantear las técnicas de preservación de la fertilidad (PF) son de dos tipos: a) no médicos: cuando la paciente así lo decide por la baja probabilidad de buscar embarazo a corto-medio plazo, ya sea por edad, situación laboral, ausencia de pareja u otros motivos; b) médicos: cuando una enfermedad en sí puede suponer un deterioro de la reserva ovárica y la paciente no se plantea el embarazo a corto-medio plazo (endometriosis, enfermedades inmunológicas), o bien cuando el tratamiento de la enfermedad en sí supone un claro compromiso de la función ovárica o de las características seminales (enfermedades oncológicas). Las enfermedades oncológicas en pacientes jóvenes suponen la mayoría de los casos de PF por causa médica. Es sobre todo aquí donde debemos informar de las repercusiones que la enfermedad y el tratamiento pueden ocasionar sobre la fertilidad, y aconsejar sobre las diferentes posibilidades de PF. Desgraciadamente, no siempre los médicos (oncólogos, reumatólogos...) envían a las pacientes para valorar una posible PF (Letourneau et al., 2012).

Preservación de la fertilidad en el varón

- **Congelación de semen.** Técnica de elección en la etapa pospuberal, independientemente del motivo de la PF. Se aconseja la congelación de más de una muestra. La supervivencia tras la descongelación está en relación con la calidad seminal inicial, y no con la existencia del cáncer.
- **Congelación de tejido testicular.** Técnica de elección cuando no es posible la obtención del semen a través de la eyaculación o en la etapa prepuberal.

Preservación de la fertilidad en la mujer

- **Congelación de embriones.** Hasta hace poco era la única opción disponible, pero con enormes implicaciones ético-legales. Exige

PRESERVACIÓN

231



Lo esencial en **medicina reproductiva**

¿Cuál sería la edad máxima para recomendar la preservación de la fertilidad no médica (indicación social)?

M. Álvarez Almodóvar

Salud de la Mujer Dexeus. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona

Aspectos controvertidos

La percepción de la maternidad ha cambiado en el siglo XXI. Sea porque se considera que para llevarla a cabo primero es necesario un posicionamiento social y económico, o porque ya no se considera imprescindible para una plenitud personal o porque se antepone los objetivos profesionales al deseo gestacional, el resultado es un cada vez más evidente retraso en la maternidad (Cooke et al., 2010). Hoffman et al. (2007) cifran en 1/100 las mujeres de >35 años que tuvieron su primer hijo en 1970, frente a 1/12 en 2006.

Ello no tendría mayor relevancia si no fuera por el declinar de la capacidad fértil de la mujer a partir de los 30 años, que se acentúa a partir de los 35 y se acelera tras los 40 años (Leridon et al., 2004). Brown et al. (2010) señalan un riesgo del 6% de no descendencia cuando la maternidad se retrasa hasta los 30 años, del 14% cuando se inicia la búsqueda a partir de los 35 y del 35% cuando se espera a los 40 años. Además, las tasas de éxito de los tratamientos de reproducción asistida (TRA) están directamente relacionadas con la edad. Los resultados publicados por la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) en 2010 reflejan una tasa de embarazo por ciclo del 37,6% en pacientes <35 años, frente al 17,4% en las de ≥40 años.

Por otra parte, se constata una percepción muy pobre por parte de las mujeres de que la edad corre pareja a un compromiso de la reserva folicular, una peor calidad ovocitaria, un mayor riesgo de cromosomopatías fetales y un incremento del riesgo obstétrico y perinatal. No es en absoluto infrecuente que, influidas por los múltiples iconos mediáticos que aparecen en los medios de comunicación sobre la maternidad a edades avanzadas, un segmento importante de la población femenina española posea una información muy sesgada sobre todos los riesgos menciona-

234



¿Qué información debemos transmitir a las pacientes oncológicas que se van a someter a un tratamiento de preservación de la fertilidad?

M. Álvarez Almodóvar

Salud de la Mujer Dexeus. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona

Aspectos controvertidos

Son múltiples las evidencias que respaldan la utilización de las técnicas de PF en las pacientes oncológicas. Cada vez más estudios revelan cómo los tratamientos oncológicos (tanto médicos como quirúrgicos) implican un compromiso para la fertilidad y la calidad de vida de las pacientes, así como un incremento de los niveles de ansiedad. Todo ello puede llegar a condicionar las decisiones de la paciente oncológica sobre su tratamiento, en aras de mantener sus posibilidades de embarazo en el futuro.

Las sociedades científicas proclaman cada vez con mayor insistencia la necesidad de que estas pacientes sean remitidas con urgencia a las unidades de reproducción para plantear las posibles opciones de PF en función de cada caso. Aun así, son múltiples las publicaciones que ponen de manifiesto que a menudo se les informa de los efectos del tratamiento sobre la fertilidad, pero no sobre las opciones de la PF. Quinn et al. (2009) publican unas cifras de derivación al especialista en reproducción inferiores al 50%, a pesar de las recomendaciones de la American Society of Clinical Oncology (2006). Letourneau et al. (2012) observan que, entre las razones alegadas por los médicos, está su desconocimiento acerca de la PF. Incluso Armuand et al. (2012) señalan que la información recibida está condicionada por el sexo del paciente (los varones reciben con más frecuencia que las mujeres información respecto a las repercusiones del tratamiento sobre la fertilidad y las posibilidades de poder realizar una PF).

Actualmente no existe evidencia de que la PF suponga una disminución en el éxito del tratamiento del cáncer, un incremento en el riesgo de complicaciones maternas y/o perinatales, ni un compromiso para la salud del niño (Jeruss et al., 1989; Hawkins et al., 1989; Schover et al., 1998). Por el contrario, la PF ofrece un efecto psicológico beneficioso para las pacientes oncológicas, pues supone una manera de

237



de la edad, de la paciente y de su enfermedad y pronóstico, así como del periodo disponible hasta su tratamiento. En ocasiones resultará aconsejable la combinación de ellas. No hemos de olvidar que la PF es una medida preventiva y no constituye una garantía de éxito en el futuro. Entre las opciones para la PF también debemos tener en cuenta la donación de ovocitos, la subrogación uterina y la adopción, aunque de entrada suelen tener menor grado de aceptación. La paciente ha de dejar constancia de su decisión acerca del destino de los ovocitos y/o el tejido criopreservado en caso de fallecimiento.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Chuar Y, Xu X, Wang A. Preservation of fertility in females treated for cancer. *Int J Biol Sci.* 2012; 8(7): 1.005-1.012.
- Lee SJ, Schover LR, Partridge AH, Patrizio P, Wallace WH, Haggerty K, et al. American Society of Clinical Oncology recommendations on fertility preservation in cancer patients. *J Clin Oncol.* 2006; 24(18): 2.917-2.931.
- Matorras R, Hernández J, eds. Estudio y tratamiento de la pareja estéril. Recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad, con la colaboración de la Asociación Española para el Estudio de la Biología de la Reproducción, de la Asociación Española de Andrología y de la Sociedad Española de Contracepción, Madrid, Adalia, 2007.

PALABRAS CLAVE

Preservación de fertilidad, cancer, fertilidad

¿Cuál sería el protocolo de estimulación que deberíamos utilizar en las pacientes sometidas a una preservación de fertilidad por causa oncológica?

M. Álvarez Almodóvar

Salud de la Mujer Dexeus, Instituto Universitario Dexeus, Barcelona

Aspectos controvertidos

Si disponemos de tiempo y posibilidades para una estimulación ovárica, lo indicado para la PF en la paciente remitida desde onco



Lo esencial en medicina reproductiva

no mediante antagonistas de la GnRH permitiría el inicio de los tratamientos de estimulación en fase lútea, cuando no exista posibilidad de demora en el inicio del tratamiento oncológico. Los esfuerzos para limitar las cifras de estradiol sérico adquieren mayor trascendencia en los tumores hormono-dependientes.

LECTURAS RECOMENDADAS

Friedler S, Koc O, Gidoni Y, Raziel A, Ron-El R. Ovarian response to stimulation for fertility preservation in women with malignant disease: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2012; 97: 125-133.

Rodriguez-Wallberg KA, Oktay K. Fertility preservation in women with breast cancer. *Clin Obstet Gynecol*. 2010; 53(4): 753-762.

PALABRAS CLAVE

Cáncer y fertilidad, preservación de fertilidad, estimulación ovárica

¿En qué casos debemos aconsejar la congelación de tejido ovárico en una preservación de la fertilidad?

M. Álvarez Almodóvar

Salud de la Mujer Dexeus. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona

Aspectos controvertidos

Aun siendo considerada una técnica experimental, Silber et al. (2012) refieren 28 nacimientos hasta la actualidad con la utilización tanto de tejido ovárico en fresco como congelado. Son múltiples los avances respecto a la congelación de dicho tejido, aunque siguen habiendo diversos aspectos controvertidos:

- **Vía de abordaje para la obtención del tejido.** Existe consenso respecto a que sea lo menos invasiva posible; por tanto, la laparoscopia será de elección.
- **Cantidad de tejido que obtener.** Cuando el riesgo de amenorrea derivado del tratamiento oncológico sea <50%, se preferirá la oof-

242



- Introducción
- Actuaciones no invasivas
 - Selección de embriones: primeros estadios del desarrollo
 - Selección de embriones: cultivo hasta la fase de blastocisto
- Actuaciones invasivas
 - Eclosión asistida
 - Retirada de fragmentos citoplasmáticos
- Conclusiones

■ INTRODUCCIÓN

El concepto de fallo de implantación (FI) surge como consecuencia del uso extenso de las técnicas de reproducción asistida. Los campos de investigación de esta inexplicable esterilidad van desde anomalías cromosómicas de los gametos y embriones hasta anomalías trombofílicas, endocrinas o inmunológicas de la paciente. Desde el punto de vista embriológico, se define como FI la transferencia de ≥ 8 embriones de buena calidad o ≥ 5 blastocistos sin conseguir la gestación.¹ El día de la transferencia tendrá importancia para la definición del número de embriones transferidos. No es lo mismo transferir embriones en las primeras fases de división que cuando ha alcanzado el estadio de blastocisto. Si el problema estuviera en el estado de mórula, los programas en que se realiza transferencia de blastos tendrían tasas mayores de implantación que los que se transfieren el día 3.

La calidad embrionaria y el número de embriones disponibles limitan el cultivo hasta la fase de blastocisto. Debido a estas limitaciones de tipo embrionario, se pueden llevar

a cabo diversas actuaciones para evitar el fallo de implantación: por un lado, pueden realizarse actuaciones no invasivas centradas en la clásica, pero todavía hoy más fiable valoración morfológica, que se complementan con técnicas no muy extendidas, como la metabolómica. Por otro lado, pueden realizarse actuaciones invasivas, como la controvertida eclosión asistida y el diagnóstico genético previo a la implantación. Dichas actuaciones consiguen mejorar la tasa de gestación en algunas pacientes concretas, aunque no se han publicado estudios multicéntricos bien diseñados que demuestren esta afirmación con diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las técnicas mencionadas.

■ ACTUACIONES NO INVASIVAS

Selección de embriones: primeros estadios del desarrollo

Con la valoración y catalogación del embrión en estado de pronúcleo (PN) se consi-



CAPÍTULO 10

Activación del ovocito y división celular

Gemma Arroyo Cardona y Montserrat Boada Palà

- Activación del ovocito	297
Reacción cortical	298
Finalización de la meiosis	299
Extrusión del segundo corpúsculo polar	300
Formación de los pronúcleos	301
Valoración de la fecundación	303
Sistemas de clasificación según morfología de los pronúcleos	305
- División celular	306
Primera división embrionaria	306
División temprana o Early Cleavage	307
- Bibliografía	309

RESUMEN

Uno de los factores determinantes en la viabilidad del embrión preimplantacional es la calidad del ovocito. Cerca del 80 % de las aneuploidías embrionarias tienen su origen en los ovocitos. La importancia de la valoración de parámetros morfológicos como el grosor de la zona pelúcida, fragmentación del corpúsculo polar, etc., pueden ser significativos, aunque su valor está ampliamente controvertido. Técnicas más recientes y objetivas como la microscopía de luz polarizada, permiten la observación de estructuras internas del ovocito relacionadas con su correcta activación y el potencial de desarrollo del embrión. La presencia de dos pronúcleos y dos



La subrogación uterina. ¿Por qué no es posible hacerla en España?

1.ª Parte

Pedro N. Barri Ragué

Artículo de opinión

La subrogación uterina ha estado prohibida en España desde que en 1988 la primera ley sobre reproducción asistida que se promulgó en nuestro país¹ incluyó esta técnica y la selección de sexo por deseo social entre las prestaciones no permitidas desde el punto de vista legal. No obstante, existen situaciones médicas en las que la subrogación uterina constituye la única posibilidad de que algunas mujeres puedan gestar y tener sus propios hijos. La situación actual al respecto no ha cambiado y esta práctica se sigue prohibiendo²:

Entiendo que la preocupación de los legisladores no fue otra que proteger los propios derechos de la mujer y evitar así la posible explotación comercial del cuerpo de la mujer. Visto así, estaríamos todos de acuerdo en vetar la aplicación médica de la subrogación uterina en el caso de mujeres que, pudiendo gestar y parir de forma natural, solicitaran que una "madre de alquiler" cumpliera esta función para ahorrarse los inconvenientes del embarazo y del parto. Sin embargo, hay determinadas situaciones médicas en las que, atendiendo a que el

trasplante de útero aún no es hoy clínicamente aplicable y a que la adopción es muy complicada, la subrogación uterina es obligada.

¿Cómo y cuándo la subrogación uterina debería ser permitida en España?

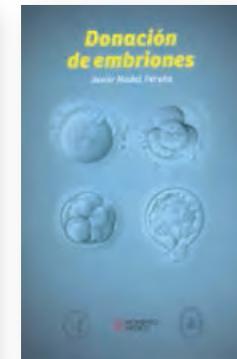
Determinados países europeos han resuelto esta cuestión y esta práctica está tolerada en Bélgica, Holanda, Dinamarca y Finlandia y está legalizada en el Reino Unido, Rusia y Grecia. En Estados Unidos, las recomendaciones del *Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine* clarifican las indicaciones médicas bajo las que la subrogación uterina debe ser permitida y coincido con sus recomendaciones de autorizar esta técnica en casos de:

- Agenesia uterina congénita o adquirida.
- Malformaciones uterinas severas, secuelas adherenciales o posradioterapia.
- Contraindicación médica absoluta para el embarazo y/o el parto.

Tengo mis reservas en aceptar esta alternativa en casos de fallos repetidos de implantación en FIV en presencia de un útero funcionalmente válido.

Si aceptamos que estas indicaciones médicas son incuestionables, deberemos como médicos

271



Bases genéticas y moleculares de la Fecundación Humana**Prólogo**

Constituye para nosotros un honor preparar unas líneas de presentación para este magnífico libro. Creemos que estamos ante una obra excepcional, en la que una serie de grandes expertos en aspectos básicos de la medicina de la reproducción humana, revisan y actualizan las distintas etapas del proceso reproductivo en la especie humana.

Es muy útil para el lector, seguir de la mano de los autores todos los aspectos más importantes de la maduración de los gametos y del proceso de fecundación. Desde la maduración del ovocito, con la expresión de los determinantes genes de efecto materno; y la maduración, capacitación y reacción acrosómica del espermatozoide maduro, hasta el estudio del genoma espermático, la fisiología de los gametos es estudiada en profundidad. La interacción entre el espermatozoide y las células del cúmulo, así como la penetración de la zona pelúcida y sus complejos mecanismos fundamentales, son ampliamente cubiertos en los capítulos correspondientes.

Especial interés, para el clínico, tienen los capítulos que tratan de las anomalías de fecundación, y sus distintas hipótesis diagnósticas y alternativas terapéuticas a aplicar en estos casos. Es importante destacar la labor de los autores, para ofrecer al lector un abordaje muy pragmático y resolutivo, para el manejo de estas situaciones.

No nos cabe más, que felicitar a los editores por la acertada selección de temas y autores, a la vez que manifestar nuestro reconocimiento, a unos y a otros, por conseguir una obra realmente muy lograda, de la que vamos a beneficiarnos todos los estudiosos de la medicina de la reproducción y de sus mecanismos básicos fundamentales.

Pedro N Barri

*Director del Departamento de Obstetricia,
Ginecología y Reproducción
Hospital Universitario Quirón Dexeus
Barcelona*

Anna Veiga

*Directora Científica del Servei de
Medicina de la Reproducció del
Departamento de Obstetricia y Ginecología de l'Institut Universitari
Quirón Dexeus
Directora del Banco de Líneas Celulares de Barcelona. Centro de
Medicina Regenerativa de Barcelona
CMR[B]. Parc de Recerca
Biomèdica de Barcelona*

13





Presentación

A más de 30 años del nacimiento de la primera niña concebida mediante fecundación *in vitro*, y habiéndose ampliado exponencialmente el campo de la medicina de la reproducción, creemos necesaria la edición de una guía clínica que defina de manera sencilla y funcional el estado actual del conocimiento. Como es lógico en una obra con un punto de vista científico que se precie, sólo puede estar avalada por la medicina basada en la evidencia.

Consideramos asimismo que la mejor forma de llevarla a cabo era mediante la contestación a las preguntas más frecuentes que nos formulan tanto los pacientes como los profesionales que se están formando en el ámbito de la medicina de la reproducción.

No nos gustaría finalizar esta pequeña introducción sin agradecer a todos los autores el gran trabajo y esfuerzo de síntesis que han realizado.

Queremos además manifestar nuestro reconocimiento a Ediciones Mayo y a Laboratorios Ferring, ya que sin su contribución esta obra nunca se hubiera hecho realidad.

*Dr. Isidoro Bruna
Dr. Buenaventura Coroleu*

VII





Preparación endometrial: ciclo natural o ciclo con preparados hormonales en la donación de embriones

18

Buenaventura Coroleu, Marta Lana, Jorge Rodríguez-Parata,
Elisabet Clua, Francisca Martínez, Pedro N. Barri

Introducción

Las parejas, o los pacientes, que se someten a un ciclo de fecundación *in vitro* son conscientes de que los tratamientos inductores de la ovulación y la necesidad de disponer de un número de embriones suficientemente óptimo como para realizar una correcta selección embrionaria tiene la contrapartida de tener un número de embriones que serán criopreservados. Cuando la pareja alcanza el deseo reproductivo una de las opciones que nos da la ley española de reproducción asistida es la donación de estos embriones criopreservados a otras parejas.

En la "donación de embriones" coinciden dos tipos de tratamientos: por una parte, la recepción de embriones en el contexto de una donación y, por otra, la particularidad del empleo de embriones que están criopreservados.

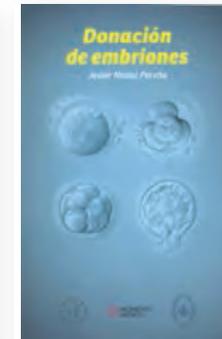
La preparación del endometrio es una de las variables más importantes que se deben evaluar en las pacientes sometidas a un procedimiento de transferencia de embriones donados descongelados.

Durante el proceso de implantación existe una interacción entre el embrión y el endometrio. Este proceso sería afectado por dos factores fundamentales (Devroey *et al.*, 1998): la recep-

tividad del endometrio y la sincronización entre el estado de desarrollo de los embriones y el perfil del endometrio durante el periodo de implantación (Nawroth *et al.*, 2005). La receptividad del endometrio depende del protocolo hormonal sustitutivo usado a tal fin. Como sabemos, en condiciones fisiológicas normales la fase proliferativa se caracteriza por un crecimiento progresivo del endometrio funcional en respuesta a los niveles de estrógeno circulante en aumento. La fase secretora comienza después de la ovulación, cuando la progesterona es secretada por el cuerpo lúteo, responsable de los cambios histológicos y moleculares del endometrio, que ocurren durante la fase lútea. Por consiguiente, la progesterona completa la preparación del endometrio después de una adecuada sensibilización estrogénica (Steiner *et al.*, 2006).

En el momento de plantearse la transferencia de embriones que están criopreservados, como hemos visto, debemos conseguir una preparación endometrial correcta, ya sea de forma artificial, utilizando un tratamiento hormonal sustitutivo, ya aprovechando el ciclo natural espontáneo de la mujer. Con independencia de uno u otro, el datado de la descongelación de los embriones y su transferencia deben estar acorde al *timing* de la congelación realizada. Eso quiere decir que el estadio embrionario

175



Destrucción de embriones

12

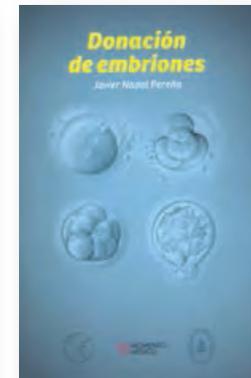
Clara González Llagostera, Montserrat Boada Palà

Introducción

La incorporación de la fecundación *in vitro* como práctica asistencial para el tratamiento de la esterilidad ha supuesto un avance incuestionable que ha beneficiado a numerosas parejas y ha hecho posible el nacimiento de más 5 millones de niños en todo el mundo. Se estima que alrededor del 1% de los niños nacidos son concebidos mediante reproducción asistida. Sin embargo, paralelamente a las indiscutibles ventajas clínicas que ha supuesto la incorporación de la FIV, su práctica habitual ha comportado la aparición de nuevas situaciones controvertidas, entre las que destaca toda la problemática relacionada con la criopreservación de embriones y sus alternativas de futuro. Los tratamientos de estimulación ovárica que se llevan a cabo en los ciclos de FIV permiten obtener varios ovocitos en un mismo ciclo. Si bien la respuesta al tratamiento puede estar influida por múltiples factores, como la edad o el factor de esterilidad, la media de ovocitos obtenidos por ciclo de estimulación es de 9,5, según datos relativos al año 2009 del registro de la Sociedad Española de Fertilidad¹. Aunque no todos los ovocitos recuperados son maduros y no todos los inseminados se fecundan y desarrollan correctamente, se acepta que dos tercios de ellos darán lugar a embriones evolutivos y podrán ser transferidos o criopreservados para su uso posterior. La

criopreservación de embriones para uso propio incrementa de forma considerable la probabilidad de conseguir un embarazo y sitúa las tasas de embarazo acumulado en pacientes menores de 35 años alrededor del 50%². Después de casi 30 años de criopreservación de embriones en todo el mundo, se ha puesto de manifiesto la dificultad de los centros de reproducción asistida en gestionar la acumulación de embriones a lo largo del tiempo. En la mayoría de los casos, los pacientes conservan sus embriones para su propia reproducción y, en caso de no haber conseguido un embarazo, suelen realizar un nuevo intento sin demasiada demora. Según datos del Institut Universitari Dexeus, el mayor número de criotransferencias se realiza durante el primer año de criopreservación de los embriones, valor que disminuye significativamente durante el segundo año, llegando a ser inferior al 10% cuando el período de criopreservación supera los dos años (Tabla 1). Los embriones criopreservados pueden destinarse a otros fines, como la donación a terceros con fines reproductivos, la donación para investigación o simplemente la destrucción sin otra finalidad, aunque estas opciones no están aceptadas por igual en los distintos países. Según el último informe trienal *Surveillance 2010*, emitido por la Federación Internacional de Sociedades de Fertilidad (IFFS), de los 103 países que reportaron información sobre la práctica de la reproducción

119



Donación de embriones humanos para investigación

27

Marta Luna, Begoña Aran, Montse Boada,
Pedro N. Barri Ragué, Juan Carlos Izpisua, Anna Veiga

Introducción

El interés en investigar con embriones humanos se debe, sobre todo, a que el modelo animal no es siempre representativo de los procesos biológicos que se producen en la especie humana. Dentro de las líneas de investigación que pueden beneficiarse de la donación de embriones se incluyen tanto los estudios orientados a mejorar los resultados en reproducción humana asistida (desarrollo y análisis de nuevos tratamientos de esterilidad, técnicas de reproducción asistida, métodos de detección de alteraciones genéticas y cromosómicas en estadio preimplantacional, etc.) como su utilidad en el campo de las células madre, tanto en investigación básica como la posible aplicación terapéutica futura¹.

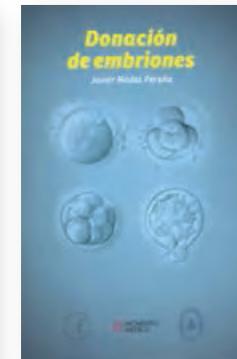
Las células madre embrionarias (CME) humanas fueron descritas por primera vez por Thomson *et al.* (1998)². Se caracterizan por presentar dos características primordiales: su gran potencial de autorrenovación y su pluripotencia, es decir, su capacidad de dar lugar a cualquier tipo celular de las tres líneas germinales del embrión (endodermo, ectodermo y mesodermo), a través de procesos de diferenciación^{3,4}. En las condiciones de cultivo adecuadas, las CME pueden mantenerse indiferenciadas indefinidamente. Se presentan, por tanto, como una herramienta única en el área de la biomedicina

debido a sus aplicaciones tanto en la investigación básica como en su posible aplicación clínica para tratar patologías debidas a la pérdida de la función celular (alteraciones neurodegenerativas, accidentes vasculares, lesiones de médula ósea, fallo cardíaco, *diabetes mellitus*, etc.).

Las CME utilizadas *in vitro* suponen una fuente ilimitada de células esencial para la investigación de las bases moleculares responsables de la adquisición y el mantenimiento de la pluripotencia celular, así como de los procesos de diferenciación celular y desarrollo embrionario. De la misma manera, son una herramienta clave para el estudio de enfermedades degenerativas y para el ensayo de nuevos fármacos, así como para estudiar la regeneración tisular y las terapias de sustitución celular. De especial interés son las líneas derivadas a partir de embriones anormales descartados de los ciclos de diagnóstico genético preimplantacional (DGP), ya que, al presentar determinadas alteraciones genéticas, estas líneas pueden ser muy útiles como modelos de enfermedad⁵.

Las CME son células indiferenciadas que se obtienen normalmente a partir de la masa celular interna (MCI) del embrión en estadio de blastocisto (Figura 1). En un inicio, se empleaban anticuerpos para aislar la MCI. Otros autores, para evitar el uso de componentes de origen

251



¿Hasta qué edad en las receptoras debería aceptarse la donación de embriones?

11

Francisca Martínez

Introducción

En 1997 saltó la noticia en Inglaterra de que Liz Buttle de 60 años había dado a luz, convirtiéndose en la madre de más edad de su país, y demostrando públicamente lo que los especialistas de esterilidad ya sabían: que con las técnicas de reproducción asistida (TRA) y la donación de ovocitos (OVODON) tener un hijo es posible "prácticamente para cualquier mujer que tenga útero".

Puesto que la tecnología está disponible, a la pregunta "¿hasta qué edad puede recomendarse la donación de ovocitos?" puede responderse teniendo en cuenta consideraciones médicas, sociológicas, éticas, legales, etc.

Legislación y recomendaciones de sociedades científicas

La legislación española no limita la edad de las mujeres que pueden someterse a TRA, incluyendo la donación de ovocitos o embriones (OVO/EMBRDON) (Ley vigente 14/2006).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, se produjeron 490.380 nacimientos de mujeres residentes en España en 2011, 973 de los cuales pertenecieron a madres de 45 a 49 años (424 en mujeres de 46 años, 228 en 47 años, 156 en 48 años y 165 en 49 años): No hay reco-

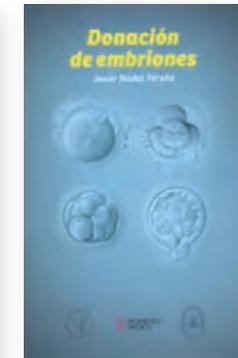
dos nacimientos de mujeres mayores de 50 años, probablemente indicando su naturaleza todavía anecdótica, aunque a veces hayan saltado a los medios de comunicación noticias de embarazos en madres de edad muy avanzada (mayores de 50 años, EMEMA).

Según el registro de la ESHRE de 2006¹, España ha contribuido con un alto porcentaje a las donaciones de ovocitos (DO) realizadas en Europa, el 51.6% (6547/12 687).

La SEF (2007) recomienda que a las pacientes mayores de 45 años se les informe de los riesgos específicos de las gestaciones a esa edad, debiendo realizar un examen de salud previo a la realización del tratamiento. En principio, se debe desaconsejar la recepción ovocitaria por encima de los 50 años, si bien cada caso debe valorarse de forma individual. La única técnica que permite conseguir una gestación en las mujeres mayores de 50 años es la donación de ovocitos/embriones².

Estas recomendaciones van en la misma línea que las de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM)³, que aconseja realizar una revisión médica completa, incluyendo evaluación cardiovascular y consulta de alto riesgo, antes del procedimiento, pero no sugieren restricciones. El Comité de ética de la ASRM decla-

111



PRÒLEG A LA TRADUCCIÓ CATALANA

L'Associació Catalana de Ciències de Laboratori Clínic va sol·licitar a l'Oficina Internacional de Pesos i Mesures el permís per traduir aquest vocabulari.

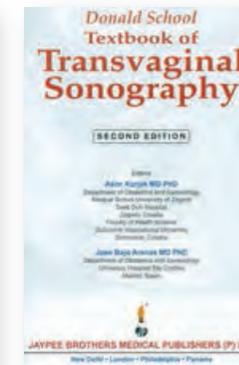
Entre altres virtuts, aquest text constitueix una guia i una ajuda per a la preparació correcta de futurs documents en el nostre àmbit i àmbits afins. La traducció ha estat feta per Joan Nicolau i Costa i la revisió ha anat a càrrec de Xavier Fuentes i Arderiu. El Centre de Terminologia *TERMCAT* ha assessorat l'adequació terminològica de la versió definitiva. S'ha estat escrupolós a respectar tot el contingut del text original, adaptant-lo a les normes d'estil de l'Associació Catalana de Ciències de Laboratori Clínic. En cas de divergència d'interpretacions o d'ambigüitat en aquesta versió catalana, s'ha de consultar la versió original.

Aquesta versió catalana incorpora les correccions publicades pel Comitè Comú per a les Guies Metrològiques en el document *JCGM 200:2008 Corrigendum*.



1.4. Servicio de Diagnóstico Ginecológico por Imagen

XX Donald School Textbook of Transvaginal Sonography	
35. Doppler Evaluation of the Ovary: Clinical Applications and Challenges	376
<i>Ivica Zahed</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Technique of Doppler Study 376 • Future Challenges 382 	
Section 5: 3D and 4D Transvaginal Sonography	
36. Three-dimensional Sonoembryology	385
<i>Guillermo Azumendi Pérez, Asim Kurjak, Wiku Andonotopo, Jose Bajo Arenas</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Three-dimensional Ultrasound Findings from Ovulation to Implantation 386 • Events Following Implantation 388 • Three-dimensional Ultrasound in Multiple Pregnancy 400 • Three-dimensional Ultrasound as a Tool for Measurement of the Nuchal Translucency 400 • Three-dimensional Ultrasound in Early Detection of Fetal Anomalies 402 • Dynamic Real-time 3D Ultrasound (4D Technique) as a Tool for Assessment of Fetal Behavior in Early Pregnancy 403 	
37. Cesarean Scar Hysterotomy: Assessment by 3D Transvaginal Echography	410
<i>Juan M Troyano Luque, MT Clavijo, I Martinez-Wallin, OY Marco, W Mahlani, PS Casas, Jose Bajo Arenas, Ulrich Honemeyer</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Background 410 • Echography Survey of Hysterotomy-Made Scars 410 • Material and Methods 411 • Results 412 	
38. Assessment of Normal and Abnormal Ovaries by Transvaginal Sonography	415
<i>Asim Kurjak, Matija Prka, M' Angela Pascual, Jose Bajo Arenas, Biserka Funduk Kurjak</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Sonographic Parameters 415 • Sonographic Differential Diagnosis of Pelvic Masses 417 • Evaluation of an Ovarian Mass 424 	
39. Screening for Ovarian Cancer by Different Modes of Transvaginal Sonography	431
<i>Asim Kurjak, Matija Prka, Jose Bajo Arenas</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Difficulties in Ovarian Cancer Screening 431 • Attempts to Screen—Some Lessons Learned 431 • Screening Tests 433 • Target Populations 434 • Ovarian Cancer Screening Trials 435 • Ovarian Cancer: The Role of 3D Ultrasound and 3D Power Doppler Imaging 436 • Zagreb Ovarian Cancer Screening Trial 438 	
40. Four-dimensional Technical Aspects	443
<i>Gino Varga, Asim Kurjak, Ulrich Honemeyer</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Technicalities 444 	
41. Fetal Upper Limb Movement in the First Half of Pregnancy Detected by Transvaginal 4D Ultrasound	453
<i>Ritsuko K Foch, Tomoko Ogura</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Ultrasound Approach to Fetal Movement 453 • Normal Fetal Hand and Finger Positioning and Movement in Early Pregnancy by 3D/4D Technology 454 • Abnormal Positioning and Contracture of Fetal Hand/Fingers 454 	
42. Advanced Sonographic Assessment of Benign Endometrial Disease	459
<i>Mladen Predanic</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Endometrial Hyperplasia 459 • Endometrial Polyps 460 • Endometrial Changes in Tamoxifen Patients 463 	
Index	467



xviii Donald School Textbook of Transvaginal Sonography	
22. Asymptomatic Simple Ovarian Cyst in Postmenopausal Women: Syndrome of "Visible Ovary"	218
<i>Ivica Zelud, Raydeen Busse, Biserka Funduk Kurjak</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Natural History of the Postmenopausal Ovary 218 • Pathology of Simple Cysts 219 • Sonography 219 • Role of CA-125 221 • Management 221 	
23. Transvaginal Sonography in Evaluation of Functional Ovarian Cysts	223
<i>M^a Angela Pascual</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Barcelona Experience 223 • Illustrative Examples 224 • Some Conclusions from Author's Experience 227 	
24. Baseline Scan and Ultrasound Diagnosis of PCOS	232
<i>Sonal Panchal, CB Nagon</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Baseline Scan 232 • Techniques for Baseline Scan of Ovaries 232 • Normal Ovaries 234 • Low Reserve Ovaries 235 • Poorly Responding Ovaries 235 • Polycystic Ovaries 237 • Antral Follicle Count 238 • Pathophysiology 238 • Antral Follicle Count in PCO and its Hormonal Implications 238 • Arrangement of Follicles 238 • Stromal Abundance 239 • Assessment of Stromal Abundance 239 • Stromal Abundance in PCO and its Hormonal Implications 240 • Stromal Vasculature 241 • Stromal Vasculature in PCO and its Hormonal Implications 241 • Decoding Stimulation Protocol 242 	
25. Hormone Replacement Therapy: Ultrasound Role	245
<i>Ivica Zelud, Deepika Deka, Anita Matai</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Physiology of Menopause and Postmenopausal Symptoms 245 • Hormone Replacement Therapy 245 • Ultrasound Role in "Pre-treatment Assessment" 247 • Progesterone Challenge Test and Ultrasonography 248 • Color Doppler Ultrasound 248 • Sonohysterography 249 • Role of Ultrasound for "On Hormone Replacement Therapy Assessment" 249 • Effect of Hormone Replacement Therapy on Morphology of Uterus and Ovaries 249 • Role of Ultrasound in Special Conditions 250 • Internal Carotid Artery and Cerebrovascular System 251 	
26. Ectopic Pregnancy	255
<i>Sanja Kupesic Plavac, Alenka Aksamija, Jose Bajo Arenas, Asim Kurjak</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Role of Biochemical Markers in Ectopic Pregnancy 255 • Role of Ultrasound in the Diagnosis of Ectopic Pregnancy 256 • Other Sites of Implantation 261 • Therapy 264 	
27. Female Pelvic Floor: Descriptive Anatomy and Clinical Exploration by Transvaginal Ultrasound Echography	269
<i>Juan M Troyano Luque, MT Clavijo, P Hernández-Ponz, I Martínez-Wallín, OY Marco, PS Casas, I. Martínez-Cortés, Luis T Mercé, Jose Bajo Arenas, Biserka Funduk Kurjak</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Echography Use in Pelvic Diagnosis 269 • Pathologies of the Posterior Pelvic Region 275 • Pathologies of the Anterior Pelvic Region 281 	





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

APPLETON K, BARNARD J, JANTZ A, COMAS C. The Role of Ultrasound in the Diagnosis of Complications. Associated with Maternal Diabetes. Donald School Journal of Ultrasound O.G. 2013;7(4):506-515

COMAS C, PLAJA A. Editorial. Primer número trimestral. Diagnostico Prenatal. 2013;24(1):1-2

COMAS C, ECHEVARRIA M, RODRIGUEZ I, SERRA B, CIRIGLIANO V. Prenatal invasive testing: A 13-Year single Institution Experience. J Mat Fetal Med. 2013; J MaternFetal Neonatal Med 2013 (early online nov 2013) DOI:10.3109/14767058.2013.855893

COMAS C, ECHEVARRIA M, RODRIGUEZ MA, SERRA B. Non-Invasive prenatal testing for fetal aneuploidy. Donald

School Journal of Ultrasound O.G. 2013;7(4):443-452

COMAS GABRIEL C, PRATS RODRÍGUEZ P. Echocardiography in early pregnancy. Donald School Journal of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, April-June 2013;7(2):168-181.

CROVETTO F, CRISPI F, SCAZZOCCHIO E, MERCADE I, MELER E, FIGUERAS F, GRATACOS E. Performance of first trimester integrated screening for early and late small for gestational age newborns. Ultrasound Obstet Gynecol. 2013 Jun 10. doi: 10.1002/uog.12537

ECHEVARRIA M, ROMBAUT S, MUÑOZ A, MARTIN C. Resolución del Caso Iconográfico nº 14: Hemangioendotelioma hepático infantil. Diagnostico Prenatal. 2013;24:85-86

ECHEVARRIA M, ROMBAUT S, MUÑOZ A. Caso Iconográfico nº 14 ¿Cuál es tu diagnóstico? 2013;24:36-37

ECHEVARRIA M, MUÑOZ A. Caso Iconográfico nº 16 ¿Cuál es tu diagnóstico? Diagnostico Prenatal. 2013;24:126-127

JULVE R, MUÑOZ A, PUERTO B, SANZ M. Caso Iconográfico número 13: síndrome de Pfeiffer. Diagn Prenat. 2013; 24(1):38-41

KURJAK A, TALIC A, STANOJEVIC M, SERRA B, PRATS P, DI RENZO GC. The study of fetal neurobehavior in twins in all three trimesters of pregnancy. Journal of Maternal-Fetal&Neonatal Medic. 2013;26(12):1186-1195

MUÑOZ M, COMAS C, TORRENTS M, MUÑOZ A, GARCIA M, MALLAFRE J. Diagnóstico prenatal de corioangioma placentario y gestación a término. Prog Obstet Ginecol. 2013;56(2):94-100

PRATS P, RODRIGUEZ I, COMAS C, PUERTO B. Analysis of three different strategies in prenatal screening for Down's syndrome in twin pregnancies. Journal of Maternal-Fetal&Neonatal Medic. 2013;26(14):1404-1409

PLAJA A, COMAS C. Editorial. Segundo número trimestral. Diagnostico Prenatal. 2013;24(2):45

PLAJA A, COMAS C. Editorial. Monográfico citogenética. Diagnostico Prenatal. 2013;24(3):89

RODRIGUEZ MA, PRATS P, FOURNIER S, RICART M, ECHEVARRIA M, COMAS C, SERRA B. Guía clínica de actuación de la interrupción del embarazo. Diagnostico Prenatal. 2013;24(1):11-14

SABRIA J, COMAS C, BARCELO-VIDAL C, ILLA M, ECHEVARRIA M, GOMEZ RIOG MD, BORRELL A. Cumulative sum plots and retrospective parameters in first-trimester ductus venosus quality assurance. Prenat Diagn. 2013;33:384-390

SCAZZOCCHIO E, FIGUERAS F, CRISPI F, MELER E, MASOLLER N, MULA R, GRATACOS E. Performance of a first-trimester screening of preeclampsia in a routine care low-risk setting. Am J. Obstet Gynecol 2013; 208

SCAZZOCCHIO E, MUNMANY M, GARCIA L, MELER E, CRISPI F, GRATACOS E, FIGUERAS F. Prognostic role of maternal neutrophil gelatinase-associated lipocalin in women with severe early-onset preeclampsia. Fetal Diagn Ther. 2013; 1-2

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

BARRI SOLDEVILA P, VAZQUEZ A. Papel actual de la cirugía conservadora. Med Clin (Barc). 2013;140(Supl 2):7-12

BAULIES S, CUSIDO MT, KANJOU N, TRESSERRA F GONZALEZ-CAO M,, RODRIGUEZ I, UBEDA B, ARA C, FABREGAS R. Quimioterapia Neoadyuvante en cáncer de mama inicial. Rev Senol Patol Mamar. 2013;26:11-17

BAULIES S, CUSIDÓ M, TRESSERRA F, RODRIGUEZ I, ÚBEDA B, ARA C, FÁBREGAS R. Cáncer de mama asociado al embarazo: estudio analítico observacional. Med C lin 2013; IP: 1,39

BAULIES S, MELONIO I, FRENAUX P, et al. Skin lesions after prophylactic mastectomy and immediate reconstruction. Plastic and Reconstructive Surgery GO. 2013;1(9):82-83

CARABIAS P, ZAPARDIEL I, CUSIDO MT, GODOY-T S, TRESSERRA F, RODRIGUEZ I, FABREGAS R, XERCAVINS J. Influence of the in situ component in 389 infiltrating ductal breast carcinomas. Breast Cancer Research. 2013;20(3):213-217

COLOME C, PARERA N, FERNANDEZ R, RODRIGUEZ I, CUSIDO M. Estudio retrospectivo de la hemorragia uterina excesiva en la adolescencia. Prog Obstet Ginecol. 2013; 56 (4):105-199

CUSIDO M. Oncoguía SEGO: Cáncer de cuello uterino 2013. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, Octubre 2013.

FARGAS FR, CUSIDO MT, TRESSERRA F, BAULIES S, FABREGAS R. Malignant transformation of abdominal wall endometriosis with lymph node metastasis. Case report Q5 & review of literatr. GynecolOncol rep. 2013

FDEZ.-CID C, CASTELLA M, DOMINGUEZ MA, FABRA G, RAMOS C, TRESSERRA F. Citología de las secreciones mamarias. Valor en el estudio de las lesiones papilares. Rev Senol Patol Mamar. 2013;26:47-51

GARCIA P, IZQUIERDO M, MANUBENS M. Calcium and vitamin D. Health implications. Journal of Spanish Society of Anti-Aging Medicine and Longevity. 2013;17:22-26

IZQUIERDO M, GARCIA P, MANUBENS M. Lifestyle and breast cancer. A review. Journal of Spanish Society of Anti-Aging Medicine and Longevity. 2013;17:27-29

IZQUIERDO M. Prevención, lesiones premalignas, diagnóstico precoz y quimioprevención. Boletín GEICAM. 2013;30:13-17

MICHAEL R, OTTO C, LENFERINK A, GELPI E, MONTENEGRO GA, ROSANDIC J, TRESSERRA F, et al. Absence of amyloid-beta in lenses of Alzheimer patients: A confocal Raman

microspectroscopic study. Experimental Eye Research xxx (2013) 1-10.

PARERA N, LOPEZ S. Estrategias para mejorar el cumplimiento de los métodos anticonceptivos en la adolescencia. Diálogos (Federación de planificación familiar estatal, FPFE). 2013;(91):12-13

SARDINHA R, HERNANDEZ T, FRAILE S, TRESSERRA F, VIDAL A, GOMEZ MC, et al. Endometrial stromal tumors: immunohistochemical and molecular analysis of potential targets of tyrosine kinase inhibitors. Clinical Sarcoma Research 2013, 3:3

SOLA M, ALBERRO JA, FRAILE M, SANTESTEBAN P, RAMOS M, FABREGAS R, MORAL A, BALLESTER B, VIDAL S. Complete axillary lymph node dissection versus clinical follow-up breast cancer patients with centinela node micrometastasis: final results from the multicenter clinical trial AATRM 048/13/2000. Ann Surg Oncol 10.1245/s10434-012-2569-y.

TRESSERRA F, MARTINEZ MA, GONZALEZ CAO M, VITERI S, BAULIES S, FABREGAS R. Respuesta patológica a la quimioterapia neoadyuvante: Correlación entre dos sistemas de gradación histológica. Rev Senol Patol Mamar. 2013;26:77-84

TRESSERRA F, CASTELLA M, FABRA G, DOMINGUEZ MA, FDEZ.-CID C, AMALRICH MD, RAMOS C.

Lymphohistiocytoid mesothelioma of the pleura: a case report with cytological findings. Diagn Cytopathol. 2013;546-549

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ABBEEL E, BALABAN B, ZIEBE S, LUNDIN K, GOMEZ F, et al. Association between blastocyst morphology and outcome of single-blastocyst transfer. Reproductive Biomedien On line. 2013;27(4):353-361

CARRASCO B, BOADA M, RODRIGUEZ I, COROLEU B, BARRI PN, VEIGA A. Does culture medium influence offspring birth weight?. Fertil Steril. 2013 Nov;100(5):1283-8

COROLEU B, DEVESA M. EDITORIAL. Primer trimestre. Revista Iberoamericana de Fertilidad. 2013;30(1):1-2

DONDORP W, WERT G, PENNINGGS G, SHENFIELD F, DEVROEY P, TARLATZIS B, BARRI PN. ESHRE Task Force on ethics and law 20: sex selection for non-medical reasons. Hum Reprod. 2013 Jun; 28(6): 1448-54

GODO A, BLANCO J, VIDAL F, PARRIEGO M, BOADA M, ANTON E. Sequential FISH allows the determination of the



segregation outcome and the presence of numerical anomalies in spermat. *J Assist Reprod Genet.* 2013;30:1115-1123

GONZALEZ C, BOADA M. Actualització i noves indicacions per a la preservació de la fertilitat mèdica i social. *Col·legi de Biòlegs de Catalunya.* 2013;20:14-17

GONZALEZ C, CLUA E, BOADA M. Aspectes ètics i jurídics relacionats amb la donació de gametes. A propòsit d'un cas. *Butlletí del Comitè de Bioètica de Catalunya.* 2013;1-1

MARTINEZ F, DEVESA M, COROLEU B, TUR R, GONZALEZ C, BOADA M, SOLE M, VEIGA A, BARRI PN. Cancer and fertility preservation: Barcelona Consensus Meeting. *Gynecological Endocrinology, Early online.* 2013 Apr;29(4):285-291

MARTINEZ F, TUR R, RODRIGUEZ I, DEVESA M, COROLEU B. Estudio comparativo de 2 tratamientos de androgenización en mujeres con baja respuesta en FIV <40 años. *Parche testost.* *Revista Iberoamericana de Fertilidad.* 2013;30(1):1-2

MARTINEZ F, LATORRE K, RAMIREZ I, PEREZ E, LETE I. Can a meta-analysis that included articles with high heterogeneity appropriately evaluate the risk of venous thromboembol. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2013 Apr;18(2):139-142

MARTINEZ F, CLUA E, CARRERAS O, TUR R, RODRIGUEZ I, BARRI PN. Is AMH useful to reduce low ovarian response to GnRH antagonist protocol in oocyte donors? *Gynecol Endocrinol.* 2013 Aug; 9(8):754-7

MARTINEZ F, DEVESA M, BARRI PN. Have antimüllerian hormone and antral follicle count been given the same opportunities? *Fertil Steril.* 2013 Aug; 100(2):e9

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. *Gynecol Endocrinol.* 2013;1-4

MATEO S, PARRIEGO M, BOADA M, VIDAL F, COROLEU B, VEIGA A. In vitro development and chromosome constitution of embryos derived from monopronucleated cygotes after intracytoplasmic. *Fertil Steril.* 2013;99(3):897-902

MICHOPOULOS V, MANCINI F, LOUCKS TL, BERGA S. Neuroendocrine recovery initiated by cognitive behavioral therapy in women with functional hypothalamic amenorrhea: a ra. *Fertil Steril.* 2013;99(7):2084-91

NICOLAU J. Les ciències de laboratori clínic, fa trenta anys i a l'actualitat. *In Vitro Veritas* 2013;14:18-24

NICOLAU J. El centenari del Primer Congrés de metges i biòlegs de Llengua Catalana. *In Vitro Veritas* 2013;14:38-41

OROZCO I, SEGURA A, PRADOS F, BUXADERAS R, HERNANDEZ J, MARQUETA J, CABELLO Y. Evolución del método de fecundación in vitro en España: 1993-2010. *Rev. Internacional de Andrología.* 2013;11(2):48-53

RAMOS L, DEL REY J, DAINA G, MARTINEZ-PASSARELL O, RIUS M, TUÑÓN D, CAMPILLO M, BENET J, NAVARRO J. Does the S phase have an impact on the accuracy of comparative genomic hybridization profiles in single fibroblasts and human blastomeres? *Fertility and Sterility.* 2013

RICCIARELLI E, BRUNA I, VERDU V, TORELLO MJ, HERRER R, GRIS JM, ARROYO G et al. Impact of assisted reproduction treatments on Spanish newborns: report of 14,119 pregnancies. *J Assist Reprod Genet.* 2013;30(7) :897-905

RODRIGUEZ PURATA J, COROLEU B, TUR R, CARRASCO B, RODRIGUEZ I, BARRI PN. Endometriosis and IVF: are agonists really better? Analysis of 1180 cycles with the propensity score matching. *Gynecological Endocrinology, Early online.* 2013 Sep;29(9):859-62

SOLE M, SANTALO J, BOADA M, CLUA E, RODRIGUEZ I, MARTINEZ F, COROLEU B, BARRI PN, VEIGA A. How does vitrification affect oocyte viability in oocyte donation cycles? A prospective study to compare outcomes achieved. *Hum Reprod.* 2013;28(8):2087-2092

VAZQUEZ F, BARO F, PALACIOS S, PARRILLA JJ, CARMONA F, BARRI PN, PELLICER A, MARTINEZ F, VAZQUEZ A. Acetato de ulipristal 5 mg en el manejo de los miomas uterinos. *Prog Obstet Ginecol.* 2013;56:2-19

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

ALCAZAR JL, PASCUAL MA, OLARTECOECHEA B, GRAUPERA B, AUBA M, AJOSSA S, HERETER L, JULVE R et al. IOTA simple rules for discriminating between benign and malignant adnexal masses: prospective external validation. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013;42:467-471

PASCUAL MA, GUERREIRO S, HERETER L, BARRI SOLDEVILA P, AJOSSA S, GRAUPERA B, RODRIGUEZ I. Three-Dimensional Sonography for Diagnosis of Rectovaginal Septum Endometriosis Interobserver agreement. *J Ultras Med.* 2013;32:931-935



2.1. Servicio de Obstetricia

10.5005/jp-journals-10009-1325
LIFELONG LEARNING

The Role of Ultrasound in the Diagnosis of Complications Associated with Maternal Diabetes

Kallie Appleton, Jami Barnard, Adam K Jantz, Ritsuko Pooh, Carmina Comas-Gabriel, Sanja Kupesic-Plavsic

ABSTRACT

Gestational diabetes mellitus (GDM) is defined as glucose intolerance that begins or is first recognized during pregnancy. Numerous clinical factors are associated with an increased likelihood of GDM, such as increasing age, obesity, ethnicity, family history of diabetes, and past obstetric history. There is a well-documented relationship between maternal hyperglycemia and increased rate of macrosomia, cesarean section, stillbirth, fetal congenital malformations, shoulder dystocia, hypoglycemia, hyperbilirubinemia, pre-eclampsia, preterm delivery, childhood obesity, and increased risk of maternal development of type 2 DM later on in her life. This case-based review is designed to provide health care workers a framework on using various ultrasound imaging modalities in early detection of the effects of gestational diabetes, and the specific conditions and/or anomalies seen in diabetic pregnancies.

Keywords: Pregestational diabetes, Gestational diabetes, Type 2 diabetes mellitus, Type 1 diabetes mellitus, Macrosomia, Hypoglycemia, Shoulder dystocia, Preterm delivery, Stillbirth, Pre-eclampsia

How to cite this article: Appleton K, Barnard J, Jantz AK, Pooh R, Comas-Gabriel C, Kupesic-Plavsic S. The Role of Ultrasound in the Diagnosis of Complications Associated with Maternal Diabetes. *Donatid School J Ultrasound Obstet Gynecol* 2013;7(4):506-515.

Source of support: NI

Conflict of interest: None declared

INTRODUCTION

Diabetes is of growing concern in pregnancy, as the physiological consequences of the increasingly obese population carry increased risk for both mother and developing fetus. In 2009 it was estimated that gestational diabetes mellitus (GDM) affects approximately 7% of births occurring in the United States each year.¹ Existing data suggests that well over half, approximately 70%, of patients with GDM are of body mass indexes (BMIs) greater than or equal to 25.^{2,3} It has been established that rates of type 2 diabetes mellitus (DM) are directly correlated with maternal obesity,⁴ and research indicated that the prevalence of GDM in a population is a reflection of the prevalence of type 2 DM in a population.⁴

Pregestational and gestational diabetes have been associated with many adverse pregnancy outcomes for both mother and fetus/neonate to include the following: macrosomia, increased risk of cesarean section, stillbirth, fetal congenital malformations, shoulder dystocia,

hypoglycemia, hyperbilirubinemia, pre-eclampsia, preterm delivery, childhood obesity and increased risk of maternal development of type 2 DM later on.^{5,7}

Data from literature suggest that actively treating women with pregestational diabetes prior to pregnancy can decrease the rates of congenital malformation and adverse outcomes.⁸ In the same respect, active implementation of treatment for gestational diabetes has been shown to reduce perinatal morbidity and improve outcomes.⁹ This case-based review is designed to provide health care workers a framework on using various ultrasound imaging modalities in early detection of the effects gestational diabetes has on pregnancy, and the specific conditions and/or anomalies seen in such cases.

CASE REPORTS

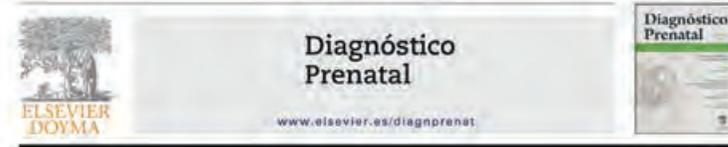
Case 1

A 28-year-old G1P01 Hispanic woman presents to your office to establish care, as she has recently discovered that she is pregnant. Her last menstrual period was around 3 months ago. She is unable to remember the exact date, as she has a history of irregular periods. Her menarche was at age 13. The patient's cycles are irregular. The patient is currently sexually active and uses condoms. She has never had an abnormal Pap smear or been diagnosed with an STD. Her medical history is unremarkable. After routine blood work ordered by her internist 8 months ago, she was told that her sugars were a little high. She currently takes no medications. Her family history is significant for hypertension and type 2 DM in her father and breast cancer in her paternal grandmother. The patient works as an elementary school teacher and lives with her husband. Her social history is unremarkable. She denies smoking, drugs or alcohol. On physical exam, the patient is an overweight female, with BMI of 28. She has a gravid uterus, estimated at 11 weeks' gestation by size. An ultrasound confirms an intrauterine pregnancy of estimated 11 weeks' gestation (Fig. 1).

Case 2

A 35-year-old G2P1001 Latin American female at 20 weeks gestation presents to your office for follow-up on a routine prenatal care visit. The patient came to the clinic earlier this week for her routine visit. You noticed that her fundal

DIAGN PRÉNAT, 2013;24(3):1-3



Editorial

En este primer número del año 2013 seguimos adelante con los 3 proyectos iniciados el año anterior, la publicación de «Guías de práctica clínica en diagnóstico prenatal», los números de temática monográfica y la indexación.

La publicación de las «Guías de práctica clínica en diagnóstico prenatal» es una iniciativa avalada por las sociedades española y portuguesa de diagnóstico prenatal que supone una prestación de indudable valor para todos los profesionales implicados en este ámbito, en cualquiera de sus disciplinas. Desde el comité editorial de la revista diagnóstico prenatal, conscientes de la necesidad de unificar y actualizar criterios de actuación en nuestro ámbito, apostamos e impulsamos todas aquellas iniciativas que puedan contribuir a un mejor conocimiento y aplicación de las nuevas tecnologías y conocimientos en medicina fetal. En este primer número del año y tras el inicio del proyecto con la publicación de la guía clínica de biopsia corial, presentamos la «Guía clínica de actuación de la interrupción de la gestación».

A su vez, para el periodo 2013-2014 tenemos prevista la publicación de nuevos volúmenes monográficos, bajo la temática específica de Citogenética, Gestión múltiple, Preeclampsia y Cardiopatías congénitas. Nuestra intención es publicar 1 o 2 números monográficos anuales, alternos con los números de contenido habitual de la revista. Estamos abiertos a posibles iniciativas futuras que sean de vuestro interés, por lo que os animamos a presentar vuestras sugerencias.

En tercer lugar, como editores de la revista, desde su inicio en su nuevo formato en enero de 2011, somos conscientes de la importancia de su indexación en bases bibliográficas amplias e internacionales. En este sentido, los contenidos de la revista están ya incluidos dentro de la base bibliográfica internacional Scopus y Science Direct, pero hemos abierto diferentes frentes en nuevas bases bibliográficas. En diciembre de 2012 se ha presentado la documentación para la inclusión en el Índice Copernicus (en mayo tendremos resultado de la evaluación), estamos preparando la documentación y el protocolo de trabajo para la indexación en el Science Citation Index (esperamos tener respuesta en 3 años, aproximadamente) y tenemos planificada la evaluación de la revista en Medline para octubre del 2016. Es un proceso largo y laborioso, que exige una gran rigurosidad en la cronología de publicación y en los criterios y metodología de los circuitos de revisión, pero desde la editorial apostamos claramente por este esfuerzo, cuyo fruto

redunda en la apuesta por la continuidad de futuro de la revista.

Finalmente, queremos aprovechar este foro para dar a conocer un resumen de la reciente VIII Jornada de la AEDP, acontecida en Madrid el 23 de noviembre del 2012 bajo el título «El punto de vista de los profesionales acerca del estado de la interrupción voluntaria de la gestación y la posible modificación legal de la propuesta». A continuación os presentamos un resumen de la misma, a cargo del presidente y secretario de la AEDP:

Estimad@computador@s

El pasado día 23 de noviembre de 2012 celebramos en Madrid la VIII Jornada de la Asociación Española de Diagnóstico Prenatal (AEDP). Para esta jornada elegimos como título «La Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo desde el punto de vista del profesional sanitario». Por supuesto que se trata de un tema de gran interés para todos los profesionales que nos dedicamos al diagnóstico prenatal, tan interesante como controvertido. Pero, estaréis de acuerdo con nosotros en que se constituyó en un tema inabundante y de inquietante actualidad tras conocer la voluntad de reforma de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (L.O. 2/2010) formulada por el ministro de Justicia, Alberto Ruiz Gallardón, el pasado mes de julio. Esta noticia suscitó diversas reacciones, entre ellas, un comunicado de la AEDP que podéis consultar en nuestra página web (www.aedprenal.com).

A raíz de este comunicado se generó un interesantísimo debate en el foro de la AEDP que nos hizo plantear la necesidad de ampliar los diferentes puntos de vista profesionales relacionados con esta ley y su impacto en la rutina clínica diaria. Al margen de esta interesante actualización científica, también nos hemos propuesto reivindicar, ante una posible reforma de la ley (L.O. 2/2010), la necesidad de que se tenga en cuenta el punto de vista del profesional sanitario y, muy especialmente, de aquellos implicados directamente en el diagnóstico prenatal.

Respecto a la Jornada, comenzó con una revisión histórica de la legislación relativa al diagnóstico prenatal en España realizada por la Dra. Carmen Ramos. Esta revisión sirvió como preámbulo a la sesión plenaria, moderada por la Dra. Carmen Ayuso, en la que se plantearon 3 puntos de vista profesionales sobre el estado del arte de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Un punto de vista «genético» presentado por la Dra. Teresa Ràmpols, un punto de vista «obstétrico» presentado por el Prof. Roguila Díaz Recasens



informa
healthcareJust Accepted by *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine***Prenatal invasive testing: A 13-Year single Institution Experience**

Carmen Comas, Mónica Echevarría, Ignacio Rodríguez, Bernat Serra, Vincenzo Cirigliano

doi: 10.3109/14767058.2013.855893

Abstract

OBJECTIVES: To analyse 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 11045 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 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 has declined from 49% to 12%, although cases referred by anxiety have increased from 22 to 55%. A total of 3129 invasive procedures did not have any medical indication (28%) and 13 relevant CA (0.42%) were found in this group. In this low risk series, the index 'number of invasive testing needed to detect 1 relevant CA' adjusted for indication was 241.

CONCLUSIONS: 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 1/241.

© 2013 Informa UK Ltd. This provisional PDF corresponds to the article as it appeared upon acceptance. Fully formatted PDF and full text (HTML) versions will be made available soon.

DISCLAIMER: The ideas and opinions expressed in the journal's Just Accepted articles do not necessarily reflect those of Informa Healthcare (the Publisher), the Editors or the journal. The Publisher does not assume any responsibility for any injury and/or damage to persons or property arising from or related to any use of the material contained in these articles. The reader is advised to check the appropriate medical literature and the product information carefully provided by the manufacturer of each drug to be administered to verify the dosage, the method and duration of administration, and contraindications. It is the responsibility of the treating physician or other health care professional, relying on his or her independent experience and knowledge of the patient, to determine drug dosages and the best treatment for the patient. Just Accepted articles have undergone full scientific review but none of the additional editorial preparation, such as copyediting, typesetting, and proofreading, as have articles submitted to the traditional journal. There may, therefore, be errors in Just Accepted articles that will be corrected in the final proof and final online version of the article. Any use of the Just Accepted article is subject to the express understanding that the papers have not yet gone through the full quality control process prior to publication.

RIGHTS LINK

DSJ00G

10.5005/jp-journals-10009-1316

REVIEW ARTICLE

Noninvasive Prenatal Testing for Fetal AneuploidyCarmen Comas-Gabriel, Mónica Echevarría, M^a Angeles Rodríguez, Bernat Serra**ABSTRACT**

After decades of research with a wide range of putative methodologies, at last a commercially viable technique has emerged for the noninvasive prenatal testing (NIPT) for the most common fetal aneuploidies, the massively parallel shotgun sequencing (MPSS). Recently, a number of groups have validated this technology to accurately detect most common trisomies as early as the 10th week of pregnancy with results available 1 to 2 weeks after maternal sampling. Several molecular techniques have been proposed for the detection of trisomies 21, 16 and 13, mainly by two different approaches in analyzing the cell-free fetal (cff) DNA: quantitative and single-nucleotide polymorphism (SNP)-based methods. Among them and to address some of the limitations of counting techniques, a new method called NATUS algorithm (Next-generation Aneuploidy Testing Using SNPs) has been recently introduced. This approach, as a targeted and noncounting technique, offers numerous advantages, although more evidence is needed from large prospective studies. Published studies have demonstrated that diagnostic parameters of NIPT are better than those of the current first trimester prenatal screening risk assessment for fetal trisomy 21. NIPT of trisomy 21 by MPS with or without preselection of chromosomes is promising and likely to replace the prenatal serum screening test that is currently combined with nuchal translucency measurement in the first trimester of pregnancy. However, before NIPT can be introduced as a screening test, more evidence is needed from large prospective diagnostic accuracy studies in first trimester pregnancies.

Keywords: Noninvasive prenatal testing, Cell-free fetal DNA, Down syndrome, First-trimester screening.

How to cite this article: Gabriel CC, Echevarría M, Rodríguez M, Serra B. Noninvasive Prenatal Testing for Fetal Aneuploidy. *Donat School J Ultrasound Obstet Gynecol* 2013;7(4):443-452.

Source of support: Nil

Conflict of interest: The authors alone are responsible for the content and writing of the paper. Carmen Comas belongs to the Speakers Bureau of Natera Company.

INTRODUCTION

In developed countries, the two-step prenatal care system includes a noninvasive risk assessment for the most common aneuploidies, before invasive prenatal procedures are offered. At the moment, the most used noninvasive screening test for individual trisomy 21 (T21) risk calculation worldwide is the combined test, which combines maternal age, serum screening (pregnancy-associated plasma protein-A and free beta-human chorionic gonadotropin) and nuchal translucency measurement. However, the combined test is considered safe but has a poor accuracy, with a false-negative rates between 12 and 23% and false-positive rates between 1.9 and 5.2%.^{1,2} Only about 5% of

the 'high-risk' pregnant women indeed carry a fetus with T21 while the remaining are normal, giving a positive predictive value of about 1 in 20. In case of a priori high risk or a positive individual assessment of T21, invasive prenatal diagnosis by fetal karyotyping or rapid aneuploidy detection is performed. These invasive procedures carry a risk of miscarriage ranging from 0.6% (within 14 days of the procedure) to 2% (for total pregnancy loss).³ To overcome the low accuracy of the current strategies and to avert this risk of miscarriage of invasive procedures, there is a continuous drive to search for a diagnostic test without risk of miscarriage or a screening test with a better performance. That is the reason why there has been an increasing demand for a reliable and safe noninvasive prenatal test that is applicable as early in pregnancy as possible.

Since the discovery of the presence of cell-free fetal (cff) DNA and cff placental-specific mRNA in maternal plasma, the possibility of using this as the target for noninvasive prenatal testing (NIPT) of fetal genetic conditions is being widely explored.⁴⁻⁶ Decades of research on noninvasive DNA-based prenatal testing are finally reaching fruition. A variety of strategies have been explored, basically through two different approaches in analyzing the cffDNA: quantitative and single-nucleotide polymorphism (SNP)-based methods. At the moment, commercial NIPT of T21 by quantitative techniques has become available for high-risk pregnant women and includes the MaterniT21 PLUS[™] test from Sequenom (<http://www.sequenomm.com>), the PrenaTest[™] from their European partner LifeCodexx (<http://www.lifecodexx.com>), the Verifi[™] prenatal test from Verinata (<http://www.verinata.com>) and the Harmony[™] prenatal test from Ariosa (<http://www.ariosadx.com>). In another line, commercial NIPT by noncounting targeted techniques is offered by Natera through the Panorama test[™] (http://www.panoramatest.com/natera_news). In the short term, these tests offer a more accurate alternative or adjunct to serum or combined screens. Currently, NIPT that uses cffDNA from the plasma of pregnant women offers tremendous potential as a screening tool for fetal aneuploidy.

TECHNOLOGY

Initial research efforts targeted the isolation and subsequent analysis of circulating fetal cells from maternal blood. Given

Donat School Journal of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, October-December 2013;7(4):443-452

443

220 ♦ Donald School Atlas of Clinical Application of Ultrasound in Obstetrics & Gynecology

anomalies. The rest of cases consist of multiple reductions/deficiencies with 23 percent of them associated with additional anomalies in several organs.¹⁰⁰

Isolated amputation of an extremity can be due to several etiologies: amniotic band syndrome, vascular accident or exposure to a teratogen. In this case the anomaly is sporadic and the risk of recurrence is negligible.

But limb deficiencies may present as a part of a specific syndrome, for example: Hurler's syndrome (aglossia-adactylia syndrome), Mèbius sequence (paralysis of cranial nerves, micrognathia, postural abnormalities and limb reductions), Robert's syndrome, etc. One of more known entity syndromes is TAR syndrome (thrombocytopenia, and absent radius).

Congenital short femur can be classified into five groups: type I (simple hypoplasia of the femur), type II (short femur with angulated shaft), type III (short femur with coxa vara), type IV (absent or defective proximal femur), and type V (absent or rudimentary femur).¹⁰⁰

ALTERATIONS OF THE HANDS AND FEET

By means of sonography it is possible to diagnose several alterations of the hands and feet, that form part of multiple skeletal dysplasias. For example: polydactyly, syndactyly and clinodactyly, and malpositions (Figs 13.195 to 13.198).

Polydactyly refers to the presence of an excess of five digits. On the contrary, syndactyly refers to soft tissue or bony fusion of adjacent digits. Clinodactyly consists of deviation of digits. The sonographic diagnosis is possible.

There are several malpositions of the foot. Some of most frequent are: Clubfoot, Rocker-Bottom feet, etc.

The ultrasonographic criteria for the diagnosis of clubfoot are based on the imaging of the fetal feet and toes in a plane which is parallel to the lower leg.¹⁰⁶

The Rocker-Bottom feet consist in a deformation of talus and calcaneum. The sonographic appearance is a prominent heel with a convexity of the foot.

ACHONDROPLASIA

This condition is characteristic for rhizomelic dwarfism; limb bowing, enlarged head and lordotic spine. The bones of the hands and feet are short with trident-shaped hands.

The prenatal diagnosis is possible from 25 weeks (Fig. 13.199). Before that, it is difficult due to the fact that shortness of the long bones does not occur until after 24 weeks.¹⁰⁷ Achondroplasia is the most common nonlethal skeletal dysplasia.

THANATOPHORIC DYSPLASIA

Thanatophoric dysplasia is the most common lethal skeletal dysplasia. The main pathological findings are: extreme rhizomelia, narrow thorax and a large head with prominent forehead (Figs 13.200 to 13.202). Usually are described two types: type I, with typical bowed "telephone receiver" femur without cloverleaf skull, and type II with cloverleaf skull and short, straight long bones.¹⁰⁸

The ultrasonographic appearance depends on the specific variety but in all the cases the association of cloverleaf skull and micromelia is specific for thanatophoric dysplasia.

OSTEOGENESIS IMPERFECTA

The main sonographic findings are: absence of reduced mineralization of the skull, multiple fractures and angulations of the long bones.^{109, 110} There are four types: type I (or van der Hoeve syndrome) is characterized by the classic triad of the blue sclera, bone fragility and hearing loss, but the fractures appear after the birth; type II, with multiples fractures in utero and severe dwarf; type III is characterized by blue sclera and multiple fractures at birth, and finally, type IV is the mildest form. Long bones are of normal length. Types I and IV are autosomal dominant and the prognosis is much better than in type II and III that are autosomal recessive.

Nowadays all the types can be diagnosed by ultrasonography (Fig. 13.203 and 13.204).

ARTHROGRYPOSIS

Arthrogyposis multiple congenita (ACM) refers to multiple joint contractures in the fetus and neonate (Figs 13.205 and 13.206). In fetuses with this abnormality, clubhand and clubfoot are observed.^{101, 110} The absence of movement referred to as fetal akinesia/hypokinesia, is noted in different joints. This anomaly results in contractures. The most frequent etiology is a neurogenic disorder followed by myopathic disorder.¹¹¹

ECHOCARDIOGRAPHY IN EARLY PREGNANCY

**Carmina Comas, Josep M Martínez,
Alberto Galindo, Carlos Millán**

ABSTRACT

When the test decides, non-significant events have contributed to the increasing interest in early fetal echocardiography. First, the introduction of high-frequency vaginal ultrasound probes allows detailed visualization of cardiac structures at early stage of gestation, making early detection of fetal malformations possible.

Performance of first trimester integrated screening for early and late small for gestational age newborns

Francesca Crovetto^{1,2} MD; Fatima Crispi¹ PhD Elena Scuzzocchio^{1,3} MD; Immaculada Mercadé¹ MD; Eva Meler^{1,3} MD; Francesc Figueras¹ PhD; Eduard Gratacos¹ PhD.

¹Maternal-Fetal Medicine Department, ICGON, Hospital Clinic, Universitat de Barcelona; Fetal and Perinatal Medicine Research Group, Institut d'Investigacions Biomediques August Pi i Sunyer (IDIBAPS); and Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER), Barcelona, Spain.

²Fondazione Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Dipartimento Ostetrica e Ginecologia; Università degli Studi di Milano, Milan, Italy.

³Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine Department, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, Spain.

Correspondent author:

Eduard Gratacos

Department of Maternal-Fetal Medicine, Hospital Clinic, University of Barcelona
Sabino de Arana 1, 08028, Barcelona, Spain.

Tel: +34 932275600; Fax: +34 93 227 5605; e-mail: egratacos@clinic.ub.es

Key words: Small for gestational age; Screening; First trimester; Uterine artery Doppler; Preeclampsia.

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/uog.12537

This article is protected by copyright. All rights reserved.

Accepted Article



DIAGN PRENAT, 2013,24(2):95-96



Diagnóstico Prenatal

www.elsevier.es/diagnprenat



Resolución del caso iconográfico

Caso iconográfico número 14. Hemangioendoteloma hepático infantil

What is your diagnosis? Illustrated case number 14. Infantile hepatic hemangioendothelioma

Mónica Echevarría^a, Sonia Rombaut^a, Ana Muñoz^{a,*} y César Martín^b

^a Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Instituto Universitario Dexeus, Barcelona, España
^b Departamento de Radiología UDIAT-CD, Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell, España

Se realizó una cesárea electiva en la semana 38 por presentación podálica, naciendo un RN de sexo masculino de 3.450 g. La ecografía posnatal muestra una tumoración de 50 mm incompatible con neuroblastoma (fig. 1).

La TAC posnatal (informa de un posible tumor de Wilms y con esa orientación diagnóstica se programa la cirugía (fig. 2). En la intervención quirúrgica, realizada 2 semanas después del parto, se extirpó una masa aneja al lóbulo hepático izquierdo (fig. 3).

El estudio anatomopatológico diagnosticó un hemangioendoteloma hepático infantil (HHI) (fig. 4).

El HHI es un tumor vascular benigno, que se suele diagnosticar antes de los 6 meses de edad. Aunque la afectación hepática suele ser multifocal; cuando se trata de una tumoración única, su diagnóstico diferencial con un tumor maligno es más difícil.

Aunque suele tener un comportamiento benigno, con tendencia a la regresión espontánea, en ocasiones, cuando es multicéntrico y de gran tamaño tiene una mortalidad significativa asociada a la rotura hepática o al fallo cardíaco que provocan las múltiples fistulas arteriovenosas.




Figura 1 - Ecografía posnatal. **Figura 2 - TAC posnatal.**

Visite contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.diapre.2012.06.004>
 * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: amunoz@dexeus.com (A. Muñoz).
 2173-4127/\$ - see front matter © 2012 Asociación Española de Diagnóstico Prenatal. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.diapre.2012.06.012>

DIAGN PRENAT, 2013,24(1):96-97



Diagnóstico Prenatal

www.elsevier.es/diagnprenat



Caso iconográfico

¿Cuál es tu diagnóstico? Caso iconográfico número 14

What is your diagnosis? Illustrated case number 14

Mónica Echevarría^a, Sonia Rombaut^a, Ana Muñoz^{a,*} y César Martín^b

^a Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Instituto Universitario Dexeus, Barcelona, España
^b Departamento de Radiología UDIAT-CD, Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

Paciente de 45 años, PARA 0030, gestación actual mediante FIV-ICSI, receptora de ovocitos.

Control gestacional sin incidencias, con cribado combinado normal y ecografías normales hasta la semana 38.

En la ecografía de 38 semanas se visualiza una tumoración abdominal izquierda subdiafragmática, de 50 x 44 mm, de aspecto heterogéneo, bien delimitada y sin calcificaciones (figs. 1 y 2) con vascularización periférica (fig. 3). Asimismo presentaba dominancia de cavidades derechas e insuficiencia tricuspídea (fig. 4).




Figura 1 **Figura 2**

La RM informa de masa de características benignas, cuyo origen no parece suprarrenal (figs. 5 y 6).

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: amunoz@dexeus.com (A. Muñoz).
 2173-4127/\$ - see front matter © 2012 Asociación Española de Diagnóstico Prenatal. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.diapre.2012.06.004>



Caso iconográfico

¿Cuál es tu diagnóstico? Caso iconográfico número 16

What is your diagnosis? Illustrated case number 16

Mónica Echevarría¹ y Ana Muñoz

Universitaria 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.
En los controles posteriores se visualizan los siguientes hallazgos ecográficos (Fig. 1-4).



Figura 1



Figura 2

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.oxen.2015.07.001>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: monechi@quironsalud.com (M. Echevarría).

0173-4127/\$ - see front matter © 2015 Asociación Española de Diagnóstico Prenatal. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.oxen.2015.07.001>

THE JOURNAL OF
**MATERNAL-FETAL
& NEONATAL
MEDICINE**

<http://informahealthcare.com/jmf>
ISSN: 1476-7058 (print), 1476-4954 (electronic)
J Matern Fetal Neonatal Med. 2013; 26(12): 1186-1195
© 2013 Informa UK Ltd. DOI: 10.3181/074707058.2013.773306

informa
healthcare

The study of fetal neurobehavior in twins in all three trimesters of pregnancy

Asim Kurjak¹, Amira Talic², Milan Stanojevic³, Ulrich Honemeyer⁴, Bernat Serra⁵, Pilar Prats⁵, and Gian Carlo Di Renzo⁶

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Medical School University of Zagreb, Clinical Hospital "Sveti Duh", Zagreb, Croatia; ²Al Ain Hospital, Maternity Ward, Al Ain, United Arab Emirates; ³Division of Neonatology, Department of Obstetrics and Gynecology, Clinical Hospital "Sveti Duh", Zagreb, Croatia; ⁴Ferrousmetal Unit, Welfare Hospital Dubai, Dubai, UAE; ⁵Institut Universitari Dexeus, Barcelona, Spain; and ⁶Department of Gynecology, Obstetrics and Pediatrics, University of Perugia, Perugia, Italy

Abstract

Aim: The aim was to assess the onset and the frequencies of the first intertwin contacts by four-dimensional ultrasound (4D US) in the 1st trimester of pregnancy; in the second part of the study, fetal behavior and Kurjak Antenatal Neurodevelopmental Test (KANET) score of twins compared to singletons in the 2nd and the 3rd trimesters was assessed.

Patients and methods: Transvaginal 4D assessment was performed in 20 women in the 1st trimester between 56 and 69 postmenstrual days (PMD), while trans-abdominal approach was performed from 70 PMD onwards and at weekly intervals until 112 PMD. Fetal behavior was assessed by 4D US between 28 and 36 gestational weeks in 49 twin pregnancies.

Results: The first intertwin contacts appeared at 61 PMD, while complex body movements appeared at 68 PMD. The complexity of intertwin contacts increased from 84 PMD. With increasing gestational age, a higher frequency of movements was observed. The number of abnormal, borderline, and normal KANET scores between singletons and twins was not statistically significant. Scores for isolated eye blinking, mouthing, grimacing, hand to head movement, finger movements, Gestalt perception and general movements differed significantly in twins and singletons.

Conclusions: Two types of activities were observed: spontaneous and reactive. Although twins showed less activity and different behavioral pattern than singletons, a considerable proportion of overall motility was due to intertwin contacts.

Keywords

4D ultrasound, fetal behavior, intertwin contacts, twins

History

Received 3 October 2012
Revised 31 January 2013
Accepted 1 February 2013
Published online 6 March 2013

Introduction

Multiple pregnancies are high-risk pregnancies due to many risk factors which can affect adversely pregnant women, fetus and the newborn [1]. The main issues that affect neonatal outcome of multifetal pregnancies (Figure 1; 3D ultrasound of triplets) include preterm delivery, low birth weight, and intrauterine growth retardation. In 2006, in the United States, 11% of singletons were premature (<37 weeks' gestation) while 61% of multiples were premature, combining for a total preterm delivery rate of 12% [2]. Low birth-weight rate was 6% in singletons and 59% in multiples with a total low birth rate of 8% [2]. The percentage of very low birth weight neonates (birth weight below 1500 g) was 1% in the whole population of newborns, while it was 11% in multiples [2]. The risk for cerebral palsy (CP), as the most common lifetime neurodevelopmental disability in childhood, is increasing

with decreasing gestational age and birth weight. Twin pregnancies are associated with increased risk of CP not only because of increased prematurity rate but also due to vanishing twin phenomenon (Figure 2). The prevalence of CP among twins is 7.4%, while in singletons it is estimated to be 2-3 per 1000 live-borns [3]. The prevalence of CP in triplets and quadruplets is increasing exponentially with the number of fetuses [3]. The highest difference in the incidence of CP between singleton and twin births was in gestational age of 37 weeks and more [3]. Thus, early detection of the neurological impairment might be of some significance from the obstetrical point of view.

Fetal behavior, defined as overall fetal activity in utero, reflects the function of fetal central nervous system [4]. As early as in 1950s, Hooker described embryo respond to stimuli (Figure 3; embryo depicted by 3D ultrasound) [5]. Remold described fetal activity using two-dimensional ultrasound (2D US) [6], while De Vries et al. evaluated the onset and development of fetal activity describing different types and onset of fetal activity in singletons [7]. Spontaneous activity is the dominant behavioral pattern in singleton

Address for correspondence: Prof. Asim Kurjak MD, PhD, Department of Obstetrics and Gynecology, Medical School University of Zagreb, Clinical Hospital "Sveti Duh", Sveti Duh 64, 10000 Zagreb, Croatia. Tel: +385 91 3712096. E-mail: asim.kurjak@public.com.hr

J Matern Fetal Neonatal Med Downloaded from informahealthcare.com by WINNAB on 07/14/14
For personal use only.



CASO CLÍNICO

Diagnóstico prenatal de corioangioma placentario y gestación a término

Miriam Muñoz López*, Carmen Comas Gabriel, Margarita Torrents Muns, Ana Muñoz Prades, María García Gallardo y José Mallafre Dols

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

Recibido el 3 de mayo de 2012; aceptado el 25 de mayo de 2012
Disponible en Internet el 24 de julio de 2012

PALABRAS CLAVE

Corioangioma;
Tumor placentario;
Diagnóstico prenatal

Resumen El corioangioma es el tumor benigno placentario más frecuente. Se presenta en aproximadamente un 1% de las gestaciones. El diagnóstico del corioangioma se realiza fundamentalmente en el segundo o tercer trimestre y se basa en el estudio ecográfico. Se presenta el caso de un corioangioma gigante de 8,5 cm que finaliza en una gestación a término.
© 2012 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Chorioangioma;
Placental tumor;
Prenatal diagnosis

Prenatal diagnosis of placental chorioangioma and term pregnancy

Abstract Chorioangioma is the most frequent benign placental tumor, with a reported incidence of 1%. Diagnosis is made by ultrasound during the second or third trimester of pregnancy. We report a case of a giant chorioangioma (8.5 cm) in a woman who carried the pregnancy to term.
© 2012 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La incidencia del corioangioma es de 1/100 placentas examinadas microscópicamente¹. Los más frecuentes son los pequeños (< 4 cm de diámetro [Ø]); la mayoría son asintomáticos y suelen pasar inadvertidos. Los gigantes (> 4-5 cm Ø) tienen una incidencia aproximada de 1:8000-50.000². Están relacionados con complicaciones en la gestación, como polihidramnios (14-28%)^{3,4}, parto pretérmino (10-37%)⁵,

mortalidad fetal global aumentada (16-39%)^{1,4}, y resultados perinatales adversos (incluyendo anemia fetal, retraso crecimiento intrauterino [RCIU], fallo cardíaco, coagulación intravascular diseminada [CID] en el feto, hidropesía fetal no autoinmunitaria...). Tras su diagnóstico, puede darse una degeneración espontánea y calcificación del tumor, dando una regresión de los síntomas. Como conducta terapéutica, se propone la observación y el posterior tratamiento de las complicaciones o tratamiento activo (trombosis del vaso nutricional).

La bibliografía publicada al respecto presenta diversas series clínicas cortas y casos clínicos aislados en los que se observan diferentes tipos de conducta según la clínica y presentación del hallazgo (véanse las tablas 1 y 2).

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mirmun@dexeus.com (M. Muñoz López).

Analysis of three different strategies in prenatal screening for Down's syndrome in twin pregnancies

Pilar Pirats¹, Ignacio Rodríguez², Carmina Comas¹, and Bienvenido Puesto²

¹Department of Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, Spain and ²Department of Maternal-Fetal Medicine, Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic, Barcelona, Spain

Abstract

Objective: To compare the performance of three different strategies in prenatal screening for Down's syndrome in twins (fetal transferrin; the combined test, the combined test + ductus venosus pulsatility index [DVPI]).
Methods: We included 277 twin pregnancies with two cases of trisomy 21 (both dichorionic). We performed a computer simulation of Down's syndrome NT screening, combined test screening and the combined test with the addition of DVPI screening using the commercialized software SoftLab. The strategies were compared using the area under the receiver operating characteristic curve.
Results: NT screening (false-positive rate [FPR] was 30.9% [95% CI: 8.3-13.5]). The combined test FPR was 6.2% (95% CI: 4.1-8.2%) and the combined test plus DVPI was 6% (95% CI: 4-8). FPR was higher in advanced maternal age patients. Detection rate was 100% in all cases. The area under the curve was 0.907 (95% CI: 0.972-0.994) in NT screening; 0.987 (95% CI: 0.978-0.997) in the combined test and 0.983 (95% CI: 0.977-0.994) in the combined test + DVPI.
Conclusions: Down's syndrome screening is feasible in twins with low FPR. The results of this study are similar to the results achieved in singletons. The combined test appears to be the most effective. The addition of DVPI does not significantly improve the prenatal screening for trisomy 21.

Keywords

Combined test; Down's syndrome; ductus venosus; first trimester; nuchal translucency; screening twins

History

Received 27 August 2012
Revised 21 February 2013
Accepted 7 March 2013
Published online 29 April 2013

Introduction

In twin pregnancies, effective screening for trisomy 21 is provided by the combination of maternal age and fetal nuchal translucency (NT) thickness [1-4]. Risk assessment in twin pregnancies with NT does provide fetus-specific risk in dizygotic pregnancies. The detection rate with the use of maternal age and NT has been described as similar to that in singleton pregnancies, although the false-positive rate (FPR) is higher [2].

The performance of the screening can be improved by the addition of maternal serum biochemistry (free beta-human chorionic gonadotropin [free β-hCG] and pregnancy-associated plasma protein A [PAPP-A]), but appropriate adjustments are needed for chorionicity [5]. In dichorionic twins at 11-13 weeks, the levels of maternal serum free β-hCG and PAPP-A are approximately twice as high as in singleton pregnancies, but the levels are lower in monozygotic twins than in dichorionic twins [6-9]. Few reports have

been published about the benefit of the combination of maternal age, maternal serum biochemistry (free β-hCG, PAPP-A) and NT (combined test) for the screening for Down's syndrome in twin pregnancies [10-15]. All these studies conclude that the combined test improved the results achieved with NT screening, with low FPRs. Regarding FPRs, there is a trend of decreasing rates in the latest published series.

In singleton pregnancies, other highly sensitive and specific first-trimester sonographic markers of trisomy 21 (nasal bone, reversed a-wave in the ductus venosus, tricuspid regurgitation) can be incorporated into first-trimester combined screening [16-18]. Few data are available regarding the contribution of these markers in Down's syndrome screening in twins [19-21]; they highlight the difficulty of adding new sonographic markers, such as nasal bone, due to the difficulty in scanning twins (fetus position, fetal movements, etc.) regarding ductus venosus and its role in twin-to-twin transfusion syndrome (TTTS) [22] results could be difficult to interpret in the screening of Down's syndrome in twins.

The performance of maternal age + NT, combined test and combined test + additional sonographic marker (ductus venosus pulsatility index [DVPI]) in twin pregnancies is analysed in this study.

Address for correspondence: Pilar Pirats, Department of Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine, Institut Universitari Dexeus, Gran Via Carles III, 71-75, 08028 Barcelona, Spain. Tel: +34 93 227 47 00. Fax: +34 93 418 78 32. E-mail: pilarpirats@dexeus.com



Editorial

La política del comité editorial de esta revista de Diagnóstico Prenatal impulsará todas aquellas iniciativas que puedan contribuir a un mejor uso, conocimiento y aplicación de las nuevas tecnologías genéticas en el ámbito asistencial y de investigación. En esta línea, es un orgullo poder presentar los manuscritos titulados «Diagnóstico prenatal de los defectos congénitos. Cribado de las anomalías cromosómicas. Pro-SECO: protocolos y guías de actuación clínica en Ginecología y Obstetricia», elaborado por miembros de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y «El documento de consentimiento informado para la realización de pruebas genéticas en el ámbito asistencial y en proyectos de investigación», elaborado por los miembros de la Comisión de Ética de la Asociación Española de Genética Humana (AEGH).

El arsenal de pruebas genéticas del que disponemos es cada vez mayor en número y complejidad. Esta realidad aparentemente positiva puede cambiar de signo si sus resultados son utilizados de forma incorrecta, ya que el resultado de muchas de las pruebas puede causar de forma indelible a pacientes y familias. Es evidente la necesidad de un manejo muy cuidadoso de todo el proceso, incluyendo la información a los pacientes. Los miembros de la Comisión de Ética de la AEGH hacen una reflexión excepcionalmente documentada sobre los principios éticos que fundamentan la toma del consentimiento informado para la realización de pruebas genéticas, su regulación legal en España (Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigación Biomédica) y proponen modelos de documentos de consentimiento informado para la realización de pruebas genéticas que contemplan el contexto asistencial y la conservación de muestras excedentes para futuros usos en investigación.

Otro aspecto sumamente importante de las pruebas genéticas de diagnóstico prenatal basadas en métodos invasivos es su indudable coste económico y el hecho de que llevan implícito un riesgo de pérdida fetal que imposibilitan universalizar su uso. Por tanto, se hace necesario establecer criterios para efectuar una selección de una «población de riesgo». En

este sentido, es de vital importancia realizar esta selección mediante criterios consensuados y uniformes, labor que la SEGO facilita mediante una herramienta indispensable: los protocolos y guías de actuación clínica en Ginecología y Obstetricia. En este número presentamos la actualización a noviembre del 2010 del protocolo dedicado al cribado de las anomalías cromosómicas, versión que presentamos en este número.

Ya se ha comentado en anteriores ocasiones el carácter excepcional de la revista *Diagnóstico Prenatal*, única en el ámbito de habla hispana. Sin embargo, nuestra vocación debe ser global. Es por ello por lo que, desde esta perspectiva y voluntad de «globalización» de nuestros contenidos, desde este año hemos decidido incluir también artículos originales en inglés. En este sentido, incluimos en este número el original en inglés «Solid appearing abdominal mass in the fetus: A diagnostic dilemma» que ilustra de forma excepcional la importancia de un diagnóstico lo más preciso posible de las masas abdominales detectadas prenatalmente.

Finalmente, el otro caso incluido en el presente número, «Síndrome de Midas diagnóstico prenatal tras detectar en el feto un retraso del crecimiento intrauterino», ilustra la importancia del estudio genético en casos de retraso intrauterino, especialmente si es severo y precoz, planteando un interesante caso de síndrome de Midas asociado una detección terminal del cromosoma X como consecuencia de una translocación materna.

Alberto Plaja* y Garma Comas
Editores de *DIAGNÓSTICO PRENATAL*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: aplaja@gmail.com (A. Plaja).

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.diapre.2013.03.001>



Editorial

Monográfico Citogenética. Coordinador: Alberto Plaja

El origen del diagnóstico prenatal cromosómico se puede trazar hasta 1966, año en que Steele y Breg demostraron que se podía obtener el cariotipo fetal a partir de células de líquido amniótico cultivadas. Un año después, Steele y Breg diagnosticaron de forma prenatal la primera anomalía cromosómica: una translocación.

Tras casi 50 años de reinado indiscutible, la citogenética molecular nos ha traído técnicas mucho más rápidas (FISH, QF-PCR) y mucho más precisas (array CGH). En este contexto, ¿es lógico dedicar un monográfico a la citogenética prenatal convencional? ¿tiene aún algo que ofrecernos?

Los editores de esta revista creemos que la respuesta a ambas preguntas es sí. Aún hoy, el cariotipo convencional sigue siendo el gold standard del diagnóstico prenatal cromosómico, y probablemente su sustitución total las por técnicas de citogenética molecular no se realizará de forma inmediata e incluso podría no ser fetal. Factores económicos y técnicos hacen que aún no esté claro el «cuándo» ni el «cuánto». Así, mientras en gestaciones con anomalías ecográficas la superioridad de los array CGH parece claramente demostrada, la situación es aún confusa en lo que a las gestaciones de bajo riesgo concierne.

Casi 50 años de experiencia es un tesoro intelectual de valor incalculable y que debe y puede ser aprovechado también por las otras técnicas. El diagnóstico con técnicas de citogenética molecular a partir de células procedentes de placenta (QF-PCR y array CGH en biopsia corial) y las técnicas de diagnóstico en sangre materna) puede ser arriesgado si no se toma en cuenta todo el saber acumulado durante muchos años de citogenética clásica sobre anomalías confinadas a la placenta. En cuanto al líquido amniótico, la situación es parecida. Además, el uso de las nuevas técnicas requiere una mentalidad citogenética y

capacidad de «imaginar» la anomalía cromosómica detrás de los valores numéricos.

Los artículos de este monográfico tocan temas muy relevantes de la citogenética actual y de siempre. Para ello, hemos solicitado a grandes expertos que nos expliquen su experiencia y traten de suministrar nos unas guías de actuación adecuadas. En esta línea, la Dra. Mercè Alsius nos presenta una visión muy exhaustiva de la evolución, tendencias y situación actual de las técnicas de cribado y citogenética clásica en una región modelo, Girona. Desde comienzos de la citogenética prenatal, los grandes problemas diagnósticos se pueden resumir en 5 palabras: mosaicos, marcadores, heteromorfismos y diadema uniparental. La Dra. Cuatrecasas nos explica su larga experiencia en mosaicos de vejez corial, la Dra. Llovetras se enfrenta a las variaciones compatibles con la normalidad, incluyendo pequeñas cromosomas marcadas y heteromorfismos, y finalmente la Dra. Solé nos explica su experiencia en el diagnóstico prenatal de la diadema uniparental.

Esperamos que el lector disfrute de la lectura de este monográfico tanto como los editores y autores hemos disfrutado en su preparación.

Alberto Plaja* y Garma Comas
Editores de *DIAGNÓSTICO PRENATAL*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: aplaja@gmail.com (A. Plaja).

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.diapre.2013.03.001>



RESEARCH

www.AJOG.org

OBSTETRICS

Performance of a first-trimester screening of preeclampsia in a routine care low-risk setting

Elena Scazzocchio, MD; Francesc Figueras, PhD; Fatima Crispí, PhD; Eva Melero, MD; Narcís Masóler, MD; Raquel Mula, MD; Eduard Gratacos, PhD

OBJECTIVE: We sought to evaluate the effectiveness of an integrated first-trimester screening test to predict preeclampsia (PE).**STUDY DESIGN:** A prospective cohort of singleton pregnancies underwent routine first-trimester screening from 2009 through 2011 (n = 5750). A logistic regression-based predictive model for early- and late-onset PE was constructed based on: maternal characteristics, 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 11.0-13.6 weeks.**RESULTS:** Of the 5170 enrolled participants, 136 (2.6%) developed PE (early PE: 26 [0.5%]; late PE: 110 [2.1%]). At 5% and 10% false-positive

rates, detection rates were 69.2% and 80.6% for early PE (area under the curve, 0.95; 95% confidence interval, 0.94-0.98) and 29.4% and 39.6% for late PE (area under the curve, 0.71; 95% confidence interval, 0.68-0.76), respectively.

CONCLUSION: First-trimester screening combining maternal factors with uterine artery Doppler, blood pressure, and pregnancy-associated plasma protein-A is useful to predict PE in a routine care setting.**Key words:** blood pressure, preeclampsia, screening, uterine artery Doppler

Cite this article as: Scazzocchio E, Figueras F, Crispí F, et al. Performance of a first-trimester screening of preeclampsia in a routine care low-risk setting. Am J Obstet Gynecol 2013;208:1018-24.

Preeclampsia (PE) occurs in approximately 2-8% of pregnancies.¹ In developed countries, PE is the primary cause of maternal admission to intensive care units² and causes approximately 15% of all pregnancy-related deaths.³ Additionally, PE is associated with an increased risk of perinatal mortality and is

the cause for approximately 10% of stillbirths⁴ and 15% of preterm births.⁵

In recent years, the results of several studies indicate that a combination of maternal history, biochemical markers, and biophysical markers effectively predicts PE in the first trimester of pregnancy,⁶ a period in which prophylactic strategies with aspirin have been demonstrated to be more effective.⁷ The performance in the prediction of early-onset PE, which is the clinical form that contributes most significantly to adverse outcomes,⁸ is substantially higher than that for late forms of the disease. Thus detection rates (DR) for early PE ranged from 41% when using combinations of maternal history with pregnancy-associated plasma protein-A (PAPP-A),⁹ to 96%, when maternal factors, uterine artery (UtA) Doppler, and angiogenic factors were combined.¹⁰ In contrast, the DR for late PE ranges around 31-45%.^{9,11}

One gap in the current literature on the prediction of PE is that most studies have been performed in Anglo-Saxon populations and have been carried on under similar research settings.^{9,11,12}

Another study carried out on a Mediterranean population, with smaller sample size, did not differentiate early and late PE.¹³ Thus there is a need to confirm the effectiveness of first-trimester screening for PE when applied under typical clinical conditions and to populations different from those of the original studies.¹⁴ The composition of the population under study may strongly influence maternal a priori risk. For instance, in south-European countries the proportion of black race and the rates of obesity and chronic hypertension are lower than in the United Kingdom.¹⁵

In this study, we evaluated the effectiveness of an integrated first-trimester screening test for PE when performed under usual care conditions and in a south-European population. The screening strategy combined maternal history, blood pressure (BP), UtA Doppler, and biochemical markers (free β -human chorionic gonadotropin [β -HCG] and PAPP-A). The testing was conducted for 3 years in a clinical setting during routine first-trimester ultrasound and was performed by usual clinical staff. We evaluated the DR for early and late PE in 5759 patients.

From the Department of Maternal-Fetal Medicine, Instituto Clinic of Gynecology, Obstetrics, and Neonatology, Hospital Clinic, Institut d'Investacions Biomèdiques August Pi i Suñer, University of Barcelona, and Centre for Biomedical Research on Rare Diseases (CIBER ER) all authors; and the Department of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Medicine, Institut Universitari Quirón Dexeus, Scazzocchio and Melero, Barcelona, Spain. Received May 17, 2012; revised Dec 5, 2012; accepted Dec 7, 2012.

This study was sponsored by Siemens Healthcare Diagnostics, Tarrytown, NY. Reprints: Francesc Figueras, PhD, Department of Maternal-Fetal Medicine, Hospital Clinic, University of Barcelona, Sabino de Arana 1, 08036 Barcelona, Spain. figueras@clinic.ub.es; 0002-9378/\$36.00 © 2013 Mosby, an imprint of Elsevier. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.03.018>

MONTH 2013 American Journal of Obstetrics & Gynecology 101

Original Paper

Fetal Diagnosis
& TherapyFetal Diagn Ther
DOI: 10.1159/000356499Received July 30, 2013
Accepted after revision October 14, 2013
Published online December 5, 2013

Prognostic Role of Maternal Neutrophil Gelatinase-Associated Lipocalin in Women with Severe Early-Onset Preeclampsia

Elena Scazzocchio^{a,b}, Meritxell Munmany^a, Laura García^a, Eva Melero^a, Fatima Crispí^a, Eduard Gratacos^a, Francesc Figueras^a^aDepartment of Maternal-Fetal Medicine, ICGON, Fetal and Perinatal Medicine Research Group (IDIBAPS) and Center of Biomedical Research on Rare Diseases (CIBER ER), Hospital Clinic-University of Barcelona and ^bObstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine Department, Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona, Spain

Key Words

Early-onset preeclampsia • Neutrophil gelatinase-associated lipocalin

Abstract

Introduction: The association between maternal plasma levels of neutrophil gelatinase-associated lipocalin (NGAL) and maternal complications in women admitted with severe early-onset preeclampsia was evaluated. **Material and Methods:** Plasma levels of NGAL were measured at admission in patients with severe early-onset (presenting before 34 weeks) preeclampsia. The maternal outcome of women with elevated plasma levels was compared with those with normal levels. Maternal complications included eclampsia, HELLP syndrome, acute renal failure, subcapsular hepatic hematoma, pulmonary edema and disseminated intravascular disease. **Results:** Sixty-seven patients were included. The median NGAL plasma levels in the group of women who subsequently had a complication were significantly higher than in those uncomplicated cases (114.8 vs. 84.2 ng/ml; Mann-Whitney U test $p = 0.03$). Maternal complications were more common in the elevated (>100 ng/ml) NGAL group (58.3 vs. 25.6%; χ^2 test $p = 0.008$), with an OR of 4.3 (95% CI 1.4-11.8). After adjustment by gestational age at onset, the association between elevated NGAL plasma levels and maternal compli-

cations remained significant (OR 4.2; 95% CI 1.4-12.4). **Discussion:** Women with severe early-onset preeclampsia are at higher risk of maternal complications if plasma levels of NGAL are elevated. © 2013 S. Karger AG, Basel

Introduction

Preeclampsia affects about 2-8% of pregnancies [1] and is a major contributor to maternal mortality with an estimate of 50,000 deaths a year worldwide [2]. In developed countries, preeclampsia is the second most common cause of maternal death [3] and the first cause of maternal admission to intensive care units [4].

We and others have shown that early- (developing before 34 weeks) and late-onset preeclampsia are associated with different biochemical and clinical features [5-8], whereas the early-onset form is almost invariably associated with placental insufficiency and growth restriction due to defective trophoblastic invasion, the late-onset form is more prevalent and, in general, placental involvement is minimally present. In patients with early-onset preeclampsia expectant management improves neonatal outcome in selected cases, decreasing neonatal care intensive unit admittance and neonatal respiratory distress [9, 10].

KARGER

© 2013 S. Karger AG, Basel
0165-0367/13/0000-0000\$38.00/0
E-Mail: karger@karger.com
www.karger.com/kjgFrancesc Figueras, PhD
Maternal-Fetal Medicine Department
Hospital Clinic
16-180MA Barcelona (Spain)
F.Figueras@clinic.ub.es

2.2. Servicio de Ginecología

Med Clin (Barc). 2013;140(Supl 2):7-12

MEDICINA CLINICA

www.elsevier.es/medicinaclinica

Papel actual de la cirugía conservadora

Pere N. Barri-Soldevila* y Alberto Vázquez

Salud de la Mujer Dexeus, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Medicina de la Reproducción, Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona, España

RESUMEN

No es sencillo establecer el verdadero impacto de los miomas sobre la fertilidad. La miomectomía en pacientes estériles con miomas subserosos no ofrece mejores resultados respecto a pacientes con miomas in situ. Las mujeres con miomas intramurales parecen presentar un descenso en su fertilidad y un aumento de la tasa de aborto, comparadas con mujeres sin miomas. Sin embargo, la miomectomía no siempre revierte este efecto (no aumenta la tasa de embarazo clínico ni de niño vivo en casa), pero la calidad de los estudios aún es pobre. Los miomas con componente submucoso disminuyen significativamente la tasa de implantación y embarazo respecto de controles estériles. Se necesitan claramente mejores los resultados de fertilidad. Son necesarios estudios de mayor calidad, dirigidos a valorar el peso del mioma intramural, con especial atención a factores como el tamaño, el número y la proximidad al endometrio. La mayor parte de los casos se va a poder abordar por vía endoscópica. Para ello son necesarios equipos debidamente entrenados, que monitoricen sus resultados y sean capaces de ofrecer las mismas garantías que la vía laparotómica, tanto en la técnica quirúrgica como en el porvenir obstétrico de las pacientes. La miomectomía laparoscópica ofrece resultados comparables a la laparotómica. Además minimiza la formación de adherencias, la pérdida sanguínea, la estancia hospitalaria y el tiempo de reincorporación laboral. En pacientes estériles, la miomectomía laparoscópica puede ser la primera elección terapéutica.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Current role of conservative surgery

ABSTRACT

It is not easy to establish the true impact of fibroids on fertility. Fibroidectomy in sterile patients with subserosal fibroids does not offer the best results for patients with in situ fibroids. Women with intramural fibroids appear to present reduced fertility and increased miscarriage rates, compared with women without fibroids. However, fibroidectomy does not always reverse this effect (does not increase the clinical pregnancy or "take-home baby" rates), but the quality of the studies is still poor. Fibroids with a submucosal component significantly decrease implantation and pregnancy rates with regard to sterile controls. Fibroid excision clearly improves fertility results. There is a need for better quality studies aimed at assessing the impact of intramural fibroids, with a special focus on factors such as size, number and proximity to the endometrium. The majority of cases can be treated endoscopically. This procedure needs properly trained teams who monitor their results and who are able to offer the same guarantees that laparotomy affords, both in terms of the surgical technique and the patients' obstetric future. Laparoscopic fibroidectomy offers results comparable to laparotomy and minimizes the formation of adhesions, blood loss, hospital stay and the time to return to work. For sterile patients, laparoscopic fibroidectomy may be the first choice therapy.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: barri@dexeus.com (P.N. Barri-Soldevila).

0013-7733 - see front matter © 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Rev Senol Patol Mamar. 2013;26(1):11-17

Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia

ORIGINAL

Quimioterapia neoadyuvante en cáncer de mama precoz

Sonia Baulies Caballero^{a,*}, Maite Cusidó Gimferrer^b, Nadwa Kanjou Augé^b, Francisco Tresserra Casas^c, María González Cao^d, Ignacio Rodríguez García^e, Belén Úbeda Hernández^f, Carmen Ara Pérez^g y Rafael Fábregas Xaudaró^h

^a Unidad de Ginecología Oncológica y Mastología, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción Humana, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España
^b Servicio de Ginecología, Hospital del Mar, Barcelona, España
^c Departamento de Anatomía Patológica, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España
^d Departamento de Oncología Médica, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España
^e Unidad de Epidemiología y Estadística, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España
^f Unidad de Diagnóstico Ginecológico por la Imagen, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España

Recibido el 13 de octubre de 2012; aceptado el 7 de enero de 2013

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama;
Quimioterapia neoadyuvante;
Factores predictivos;
Tumor precoz;
Respuesta tumoral

Resumen

Objetivos: La quimioterapia neoadyuvante (QNA) es el tratamiento de elección en las pacientes con cáncer de mama localmente avanzado. El objetivo de este estudio es evaluar la utilidad de QNA en tumores pequeños pero con factores pronósticos desfavorables.

Materiales y métodos: Se compara la respuesta a la QNA en pacientes con tamaño tumoral T3-T4 frente a T1c-T2. Desde enero de 2000 a enero de 2011, 110 pacientes han recibido QNA. Se han revisado los datos demográficos, el tamaño tumoral, los factores pronósticos, la respuesta radiológica y anatomopatológica a la QNA, según la clasificación de Miller y Payne (MP), y la supervivencia en ambos grupos.

Resultados: Se revisaron 76 casos en el grupo T1c-T2 y 34 en el T3-T4. En el grupo T3-T4 se observó en mayor porcentaje tumores con factores pronósticos desfavorables (afectación ganglionar, receptores hormonales negativos y Her2Neu positivo). En el grupo T1c-T2, 23 casos (30,3%) recibieron antraciclinas y 53 (69,7%) antraciclinas y taxanos, mientras que en el grupo T3-T4, 10 (29,4%) y 24 (70,6%) casos recibieron dichas pautas, respectivamente. En el grupo T1c-T2 se observó en mayor porcentaje el subtipo tumoral receptores hormonales positivos frente a tumores Her2Neu positivos en los T3-T4. En relación con la respuesta a la QNA no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la valoración radiológica o anatomopatológica, 38 pacientes (50%) T1c-T2 presentaron MP 4/5 frente a 16 (47,1%) en T3-T4.

Conclusiones: En las pacientes con cáncer de mama precoz existe la misma respuesta anatomopatológica a la QNA que en el grupo T3-T4. En nuestro estudio, el único factor independiente asociado a la respuesta patológica tumoral es el subtipo tumoral, presentando los tumores Her2Neu positivos mejor respuesta.

© 2012 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: sonbaul@dexeus.com (S. Baulies Caballero).

0014-1582/\$ - see front matter © 2012 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2013.01.001

© 2012 MEDICI 1-2496, No. of Pages 5

ARTICLE IN PRESS

Med Clin (Barc). 2012;XXX(X):xxx-xxx

www.elsevier.es/medicinaclinica

Original

Cáncer de mama asociado al embarazo: estudio analítico observacional

Sonia Baulies^a*, Maite Cusidó^b, Francisco Tresserra^b, Ignacio Rodríguez^c, Belén Úbeda^d, Carmen Ara^a y Rafael Fábregas^a

^a Unidad de Ginecología Obstétrica y Matología, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción Humana, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España
^b Departamento de Anatomía Patológica, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España
^c Unidad de Epidemiología y Estadística, Departamento de Ginecología, Obstetricia y Reproducción Humana, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España
^d Unidad de Diagnóstico Citopatológico por el Ingestor, Departamento de Diagnóstico, Ginecología y Reproducción Humana, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España

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 posparto.

Pacientes y método: Estudio retrospectivo analítico observacional en el que se comparan 56 cánceres de mama y embarazo (CME) diagnosticados entre 1976-2008 con 73 pacientes con cáncer de mama no asociado al embarazo (CMNE). 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 parto. Los estadíos son mayores en el CME respecto al CMNE, siendo el 31,3% avanzados en el CME frente al 13,3% en el CMNE ($p = 0,05$). En cuanto a factores pronósticos, el 27,3% de CME eran grado tumoral \geq frente al 15,8% del CMNE. En el grupo CME el 33,3% tenían receptores para estrógeno negativos, el 48,7% receptores para progesterona negativos y el 34,5% eran Her2Neu positivo frente al 22,2, 24,1 y 31%, respectivamente, en CMNE. En el 52,8% de CME aparecieron ganglios afectados frente al 33,8% del CMNE ($p < 0,05$). En el grupo CME la supervivencia global y libre de enfermedad a 5 años fue del 63,7 y del 74,2%, respectivamente.

Conclusión: El peor pronóstico que se observa en el grupo CME es debido posiblemente a la presencia de factores de pronóstico adversos: metástasis ganglionares, receptores hormonales negativos y grado tumoral tipo \geq , 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 1976-2008 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 (EII and EIV) in PABC versus 13.3% in non-PABC ($P = .05$). Regarding prognostic factors, 27.3% in PABC had a tumoral grade \geq 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 Her2Neu compared with 22.2, 24.1 and 31%, respectively of non-PABC patients. Finally, positive lymph nodes were found in 52.8% of PABC, versus 33.8% 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: yorbau@dexeus.com (S. Baulies).

0025-7235/\$ - see front matter © 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
 http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.12.020

Cómo citar este artículo: Baulies S, et al. Cáncer de mama asociado al embarazo: estudio analítico observacional. Med Clin (Barc). 2012; http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.12.020

OPEN

CASE REPORT

Skin Lesions after Prophylactic Mastectomy and Immediate Reconstruction

Sonia Baulies, MD^a
 Isabelle Melonio, MD^a
 Paul Fréchaux, MD^b
 Benoit Courraud, MD^b
 Alfred Fitoissat, MD^c
 Roman Rouzier, MD^c
 Caroline Malhotre, MD^c
 Peter Mallon, MD^c
 Fabien Reyat, MD^c

Summary: Metastatic breast carcinoma can mimic benign cutaneous lesions. Breast surgeons should be aware of skin manifestations to be able to distinguish them and set a proper therapeutic strategy. A clinical case of cutaneous lesion after breast cancer is presented. A 41-year-old woman with a history of left breast cancer underwent a prophylactic right nipple-sparing mastectomy with immediate breast implant reconstruction. After surgery, she attended our service due to a right periaxillary rash resistant to medical treatment, accompanied by cutaneous induration and fixed axillary adenopathy. A differential diagnosis of skin metastases was considered. Cutaneous metastases should be the first diagnosis of skin lesions in oncological patients due to the implications in terms of treatment and prognosis. However, differential diagnoses have to be discussed. (*Plast Reconstr Surg Glob Open* 2013;1:e82; doi: 10.1097/GOX.0000000000000009; Published online 18 December 2013)

Breast carcinoma is the more frequent neoplasia associated with cutaneous dissemination in women, excluding melanoma. Cutaneous metastases are a rare clinical finding with an overall incidence of 5% and are usually presented in those cases associated with advanced disease.¹⁻³

The most common manifestations are nodules and tumors that settle down from the primary tumor area, but they can also mimic benign skin lesions.^{4,5}

With the increased trend of oncoplastic surgery, immediate reconstruction, and nipple-sparing procedures, breast surgeons should be aware of the incidence of skin lesions to establish a correct differential diagnosis to recognize their origin and evaluate a proper therapeutic strategy.

This article presents the findings from a single case and describes the impetiginous eruption mimicking skin metastases of a patient who underwent a mastectomy with immediate reconstruction.

CASE REPORT

A 41-year-old woman with a history of breast cancer attended our service due to a right periaxillary eczematous eruption resistant to medical treatment. She was treated by left skin-sparing mastectomy with immediate implant reconstruction and sentinel lymph node biopsy for high-grade extensive ductal carcinoma in situ 3 years ago. In 2010, she returned for a nipple-areola complex reconstruction. In the 2 years, the patient has been followed up by her medical and breast surgeon oncologists with all medical exams being correct.

Reviewing family history, a positive history of breast cancer existed (5 cases of first and second degree), so she underwent BRCA 1/2 gene testing, which was negative. However, given the strong inherited familial risk (risk of 40% according to Claus

From the ^aDepartment of Surgery, Institut Curie, Paris, France; ^bDepartment of Tumor Biology, Institut Curie, Paris, France; and ^cDepartment of Radiology, Institut Curie, Paris, France.

Received for publication May 16, 2013; accepted September 10, 2013.

Copyright © 2013 The Authors. Published by Lippincott Williams & Wilkins on behalf of The American Society of Plastic Surgeons. *PRS Global Open* is a publication of the American Society of Plastic Surgeons. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 3.0 License, where it is permissible to download and share the work provided it is properly cited. The work cannot be changed in any way or used commercially.

DOI: 10.1097/GOX.0000000000000009

www.PRSGO.com

Breast Cancer (2013) 20:213–217
DOI 10.1007/s1252-011-0330-1

ORIGINAL ARTICLE

Influence of the in situ component in 389 infiltrating ductal breast carcinomas

Pau Carabias-Meseguer · Ignacio Zapardiel · Maite Cusidó-Gimferrer · Sonia Godoy-Tundidor · Francesc Tresserra-Casas · Ignacio Rodríguez-García · Rafael Fábregas-Xauradó · Jordi Xercavins-Montosa

Received: 6 August 2011 / Accepted: 13 December 2011 / Published online: 21 January 2012
© The Japanese Breast Cancer Society 2012

Abstract

Background Our aim was to evaluate and compare lymph node involvement, as well as disease-free survival (DFS) and overall survival (OS), between infiltrating ductal carcinoma with (group 1) and without (group 2) intraductal carcinoma component in order to determine the prognostic value of the intraductal component.

Methods Data from 389 cases of infiltrating ductal carcinoma of the breast were included in the study by means of reviewing medical charts and pathology slides.

Results There was no statistically significant difference between both groups regarding node status. The 5-year DFS rate was 90.7% in group 1 and 81.8% in group 2 ($p = 0.014$), with a median follow-up of 73.2 months (95% CI 68.3–77.4). There was no statistically significant difference in 5-year OS between groups (98% group 1 vs. 93% group 2) with a median global survival of 134 months (95% CI 131–137).

Conclusions The presence of intraductal component in the infiltrating carcinoma seems to increase DFS and may be an independent and favorable prognostic factor for breast cancer.

P. Carabias-Meseguer · M. Cusidó-Gimferrer · F. Tresserra-Casas · I. Rodríguez-García · R. Fábregas-Xauradó
Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction,
Dexeus University Institute, Barcelona, Spain

I. Zapardiel (✉) · S. Godoy-Tundidor
Department of Gynecology, La Paz University Hospital,
Paseo Castellana 261, 28046 Madrid, Spain
e-mail: ignaciozapardiel@hotmail.com

J. Xercavins-Montosa
Department of Gynecology, Vall d'Hebron Hospital,
Barcelona, Spain

Keywords Infiltrating ductal carcinoma · Intraductal carcinoma · Lymph node involvement

Introduction

Page and Dupont [1] demonstrated in 1985 that infiltrating ductal carcinoma (IDC) of the breast evolves from pre-invasive or precursor lesions, such as epithelial growths, with atypia and ductal carcinoma in situ (DCIS) having a greater risk of progressing towards carcinoma. A correct diagnosis and follow-up of these types of lesions are imperative, although the specific mechanisms of progression from one type of lesion to the other still largely unknown [2, 3].

Within DCIS, multiple classifications have emerged taking into account the degree of cellular differentiation, nuclear characteristics, presence of necrosis, and size of the lesion. Yet, the majority of these classifications agree in recognizing three essential categories: low-grade intraductal carcinoma (with the ability to differentiate the presence or absence of necrosis), high-grade intraductal carcinoma, and carcinoma with extensive intraductal component [4–6].

There are two possible non-excluding models to explain this progression: the “theory of the linear progression” and the model based on the “theory of the parallel disease”. The first one proposes a linear pattern: low-grade DCIS progresses to high-grade DCIS, which dedifferentiates towards invasive carcinoma; whereas the second suggests low-grade DCIS tends to progress to low-grade invasive carcinoma, and high-grade DCIS tends to progress to high-grade invasive carcinoma [7, 8].

DCIS of the breast represents a group of heterogeneous proliferative lesions with different malignancy potential. We will define intraductal in situ carcinoma as a precursor

Springer

Prog Obstet Ginecol. 2013;56(4):195–199



PROGRESOS de
OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

Estudio retrospectivo de la hemorragia uterina excesiva en la adolescencia

Clara Colomé^{a,*}, Núria Parera^b, Rebeca Fernández^b, Ignacio Rodríguez^b y Maite Cusidó^b

^a Servicio de Ginecología y Obstetricia, Clínica USP Palmaplanas, Palma de Mallorca, España

^b Unidad de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia, Servicio de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España

Recibido el 26 de enero de 2012; aceptado el 31 de mayo de 2012
Disponible en Internet el 5 de enero de 2013.

PALABRAS CLAVE

Hemorragia uterina;
Adolescencia;
Hemoglobina;
Ferroterapia;
Tratamiento hormonal

KEYWORDS

Uterine bleeding;
Adolescence;
Hemoglobin;
Iron therapy;
Hormone therapy

Resumen

Introducción: El objetivo principal es revisar la casuística de las adolescentes que consultaron por hemorragia uterina excesiva en la Unidad de Ginecología de la Adolescencia del Institut Universitari Dexeus de Barcelona, así como el tratamiento y la evolución de las mismas.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo entre enero del 2005 y diciembre del 2009 en 178 adolescentes.

Resultados: Los episodios de hemorragia uterina excesiva observados, clasificados según los niveles de la hemoglobina, fueron leves (53,4%), moderados (11,2%) y graves (2,2%). Se alcanzó una mejoría de la sintomatología en el 43% de las adolescentes que han recibido ferroterapia, un 48% con antiinflamatorios no esteroideos, un 55% con antifibrinolíticos, un 59% con gestágenos, un 54% con estroprogestágenos y un 56% con anticonceptivos hormonales combinados.

Conclusión: La hemorragia uterina en exceso es una patología frecuente en la consulta de Ginecología de la Adolescencia. Su manejo y las medidas terapéuticas son de fácil aplicación.
© 2012 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Retrospective study of heavy uterine bleeding in adolescence

Abstract

Introduction: The main objective of this study was to review the casuistics of adolescent women who consulted the Unidad de Ginecología de la Adolescencia del Institut Universitari Dexeus in Barcelona, Spain, for heavy uterine bleeding, as well as their treatments and outcomes.

Material and methods: We performed a retrospective study of 178 adolescents treated between January 2005 and December 2009.

Results: The severity of uterine bleeding was classified according to hemoglobin levels as mild (53.4%), moderate (11.2%) and severe (2.2%). Symptoms improved in 43% of the patients treated with iron therapy, 48% of those treated with non-steroidal anti-inflammatory drugs, 55% of

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: clara.colome@uzhospitales.com (C. Colomé).

0304-5013/\$ – see front matter © 2012 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2012.05.012

Oncoguía
Cáncer de Cuello Uterino 2013

SEGO

Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario



Con los auspicios de:



SEOR
Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología



SEOM
Sociedad Española de Oncología Ginecológica



SEAP-IAP
Sociedad Española de Oncología Ginecológica

DOCUMENTO AGRIAFIADO

Gynecologic Oncology Reports 8 (2014) 10–11

Contents lists available at ScienceDirect



Gynecologic Oncology Reports

JOURNAL HOMEPAGE: www.elsevier.com/locate/gygore



Case Report

Malignant transformation of abdominal wall endometriosis with lymph node metastasis^a

Case report and review of literature

Francesc Fargas Fàbregas^a, Maite Cusidó Guimferrer, Francesc Tresserra Casas, Sonia Baulies Caballero, Rafael Fàbregas Xauradó

^aAutònoma Università d'Barcelona, Barcelona, Spain

ARTICLE INFO

Article history:
Received 28 September 2013
Accepted 20 December 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 8–13% 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 (Hirston 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 endometrioid 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.

^a Corresponding author at: Gran Via Gates 10-71-73, 08033 Barcelona, Spain. Fax: +34 93 418 76 32.
E-mail address: fargas@upsona.com (F. Fargas Fàbregas).

1227-3885/\$ – see front matter © 2013 The Authors. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.
http://dx.doi.org/10.1016/j.ygore.2013.12.001



ORIGINAL

Citología de las secreciones mamarias. Valor en el estudio de lesiones papilares*
Carmen Fernandez-Cid, Miriam Castella, María Asunción Domínguez, Gema Fabra, Carolina Ramos y Francisco Tresserra*

Laboratorio de Citología, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, USP-Instituto Universitario Dexeus, Barcelona, España

 Recibido el 19 de noviembre de 2012; aceptado el 19 de febrero de 2013
 Disponible en internet el 11 de abril de 2013

PALABRAS CLAVE

 Papiloma;
 Secreción;
 Citología;
 Mamma

Resumen

Objetivo: Evaluar el estudio citológico de las secreciones en el diagnóstico de las lesiones papilares de la mama.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de 6.127 secreciones mamarias obtenidas desde 1986 hasta 2012. En 137 de ellas se obtuvo correlación histopatológica.

Resultados: El resultado citológico fue no valorable por ausencia de material en 513 casos (8,4%), benigno en 4.975 (81,2%), inflamatorio en 234 (3,8%), papiloma en 321 (5,2%), proceso papilar en 28 (0,5%), carcinoma papilar en 8 (0,1%) y carcinoma en 21 (0,3%). Veintiseis casos (0,4%) fueron diagnosticados de otros procesos. La correlación con el resultado histopatológico fue buena en los papilomas (45 de 81, 56%).

Conclusión: Aunque la correlación entre el diagnóstico citológico de papiloma y la benignidad de la lesión es alta, la citología de las secreciones es una técnica específica para el diagnóstico de malignidad, pero con baja eficacia para establecer el diagnóstico preciso de la lesión.

© 2012 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

 Papilloma;
 Nipple discharge;
 Cytology;
 Breast.

Diagnostic role of cytological study of nipple discharge in papillary lesions

Abstract

Objective: To establish the role of cytologic study of nipple discharge in the diagnosis of papillary lesions of the breast.

Material and methods: Retrospective and descriptive study of 6,127 cytological smears of nipple discharges obtained between 1986 and 2012. Of these, histopathological results were available for comparison in 137.

Results: Cytologic diagnosis was as follows: not feasible due to the absence of material in 513 cases of nipple discharge (8.4%), benign in 4,975 (81.2%), inflammatory in 234 (3.8%), papilloma

* Premio al mejor póster presentado en la VIII Reunión de la Sección de Enfermería y Técnicas en Senología (SEIS) del XXXI Congreso de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM), Barcelona, octubre de 2012.

 * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: fratre@dexeus.com (F. Tresserra).

Calcium and Vitamin D. Health implications

Pascual García Alfaro*, Máximo Izquierdo Sanz, Montserrat Manubens Grau

Department of Obstetrics, Gynecology and Human Reproduction, Institut Universitari Dexeus, Gran Via Còrcoles III, 71-75 08028 Barcelona, España

*Corresponding author: pasgar@dexeus.com

Abstract

Calcium and Vitamin D are essential for bones health maintenance. They are also involved in muscular function, nerves conduction, coagulation, cardiovascular physiology, immunity mechanisms and in different enzymatic processes. Understanding the calcium absorption mechanisms and the vitamin D synthesis is very important in order to understand the reasons of their lack. It is widely known that this lack is involved in osteoporosis, increased incidence of breast cancer, colon cancer, hypertension and other diseases. It is quite important to identify the population at risk in order to assess supplementation and decrease the risk of these pathologies, because in some countries it has become a real public health problem.

Introduction

 Calcium and vitamin D have a very important role in the health of women, especially in the maintenance of good bone mass. Calcium is the main component of bone and vitamin D which is involved in regulating bone metabolism and homeostasis. Without this vitamin is practically impossible intestinal calcium absorption. It's also involved in maintaining multiple biological functions such as muscle function, nerve conduction, coagulation, cardiovascular physiology, immune mechanisms and many other enzymatic processes¹.

Calcium absorption mechanism

Calcium ingested through diet or supplements, once in a soluble and ionized form, clearly absorbed

 20-35% in duodenum and jejunum. Calcium absorption across intestinal epithelia has a dual transport mechanism, one paracellular and other transcellular. The paracellular transport by passive diffusion is performed through the intercellular spaces driven by the electrochemical gradient of calcium. It's a non-saturable mechanism and a less controlled physiological regulation than transcellular pathway. The transcellular transport by active diffusion is performed through the enterocyte joined to a carrier protein called calbindin and subsequently a step is performed towards the extracellular fluid by an ATP dependent pump. Vitamin D is involved in this process by stimulating the synthesis of calbindin and activating the calcium pump. As we can see this transport mechanism is controlled metabolically and every step in the transcellular movement of calcium has an energy expenditure and has a dependent component of vitamin D^{2,3}.

Calcium needs and types of calcium salts

 We have daily calcium losses through the skin, intestine and renal system ranging from 200-300 mg. In the process of intestinal calcium absorption factors intervene such as gastric acidity, the presence of food, the type of calcium salt and age⁴. This absorption decreases as we get older, especially after age 50. Given the daily loss and with age increase the requirements and reduces the absorption, it's necessary to adapt the daily calcium intake.

It's advisable to maintain a daily dose of 1000 mg calcium / day in adults up to age 65. From this



Lifestyle and breast cancer. A review

Máxim Izquierdo, Pascual García, Montserrat Mantibens.

Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction.

Institut Universitari Dexeus. Barcelona, Spain.

Breast cancer, like all neoplasia is caused by genetic mutations in oncogenes and suppressor genes. In clinical practice, the fact that two patients with the same genetic mutation do not develop the neoplasia at the same time even they do not develop the process at all, is explained by Epigenetics. Epigenetic alterations are changes in the DNA without altering its sequence. The genes are activated or deactivated through the methylation of DNA or acetylation of histones. There are genes that do not act in inhibiting cancer because they are methylated. This is the reason why more than 90% of tumors are legacy. (1) Epigenetics explains why gene expression can be affected by lifestyle and explains how lifestyle can act on genes.

The body mass index, exercise and diet affect the incidence and prevalence of breast cancer.

BMI and breast cancer. The Body Mass Index or Quetelet index, devised by the Belgian Adolphe Quetelet between 1830 and 1850 (2), is a measure of association between weight and height, is calculated $BMI = kg/m^2$. The World Health Organization (WHO) (3) established in 1995 the following values: Underweight <18.5, Normal 18.5 - 24.9, Overweight 25 - 29.9, Obesity > 30. WHO changed the classification in 2000, with different subgroups in obesity (4): Underweight <18.5, Normal weight 18.5 - 24.9, Pre obesity 25.0 - 29.9, Obesity class I 30.0 - 34.9, Obesity class II 35.0 - 39.9, Obesity class III > 40.

Premenopausal obese women have a lower risk of breast cancer than women of healthy weight,

but obese postmenopausal women have a 1.5 times greater risk than women of healthy weight. This is because the levels of sex hormone binding globulin in premenopausal women is high and the free estradiol is lower in postmenopausal women and the level of binding globulin is decreased and high free estrogen. (5,6)

Estrógeno levels in postmenopausal women are 50% - 100% higher in obese women. (7)

BMI is a prognostic factor in patients with breast cancer. A higher BMI is associated with disease-free survival (DFS) and overall survival (OS) lower. (8) There are studies in which the relationship of BMI and postmenopausal breast cancer is only present in women who have not used hormone replacement therapy. (5)

Diet and breast cancer. The overall intake of fruits and vegetables is not associated with a lower risk of breast cancer. (9) There is no relationship between high intakes of beta carotene and Vitamin C, to breast cancer in postmenopausal women taking exogenous hormones. (9,10) A meta-analysis of studies published from 1982 to 1997 (11) suggests a moderate protective effect for high consumption of vegetables and micronutrients. The Mediterranean diet protects against breast cancer. (12,13,14) This is characterized by a prominent role for fruit, vegetables and olive oil, with a diet rich in monounsaturated fats and low in saturated fat, making tissues less susceptible to oxidative damage. (15) Alcohol consumption is associated with an increased risk of breast cancer. Additional consumption of 10

Desde pGEICAM

Prevención, lesiones premalignas, diagnóstico precoz y quimioprevención



DESDE pGEICAM

Introducción

Las lesiones premalignas mamarias son un grupo heterogéneo con un riesgo de malignidad diverso. En 1932 Broders⁽¹⁾ definió el término carcinoma in situ como la lesión constituida por células malignas que no atraviesan la membrana basal, pero no fue hasta 1990 en que Tavassoli⁽²⁾ diferenció la hiperplasia ductal atípica del carcinoma ductal in situ, considerando que este último debe tener un diámetro agregado mayor a 2 mm.

Como consecuencia de la generalización de la mamografía de cribado, la prevalencia ha aumentado considerablemente. El lugar donde se originan la mayoría de las lesiones es en la Unidad Terminal Ductal Lobulillar (TDLU), formada por un ducto terminal y varios acinos.

Ordenación de las lesiones premalignas

La clasificación puede variar según la que se utilice. Según Page⁽³⁾ un carcinoma ductal in situ (CDIS) precisa la afectación completa de al menos dos conductos completamente afectados por una proliferación citológica y arquitectónicamente compatible con CDIS, mientras que la definición de Tavassoli y Norris⁽²⁾ requiere la participación de uno o más conductos con un diámetro asociado en más

de 2 mm. Esto induce a controversia porque un conducto afectado en más de 2 mm se consideraría CDIS por los criterios de Tavassoli y Norris, pero hiperplasia epitelial atípica por los criterios de Page.

La hiperplasia epitelial atípica siempre tiene receptores de estrógeno positivos, mientras que la hiperplasia lobulillar siempre es atípica, siendo una proliferación de células monomorfas en una o más unidades lobulillares, afectando más del 50% del lóbulo⁽²⁾.

Para unificar criterios y establecer conductas terapéuticas en las lesiones premalignas y preinvasoras, Tavassoli⁽²⁾ ha realizado la clasificación Neoplasia Mamaria Intraepitelial (MIN), que incluye la clasificación Ductal Intraepitelial Neoplasia (DIN), Lobular Intraepitelial Neoplasia (LIN), y Lesiones Papilares tipo Papilar.

La clasificación DIN del 2003⁽⁴⁾ excluye la hiperplasia intraductal siendo:

- DIN 1a: Hiperplasia intraductal atípica aplanada.
- DIN 1b: Hiperplasia intraductal atípica no aplanada.
- DIN 1c: CDIS Grado 1.
- DIN 2: CDIS Grado 2.
- DIN 3: CDIS Grado 3.

El LIN indica un riesgo de desarrollar un cáncer infiltrante en la mama ipsilateral y contralateral, no es necesario obtener un margen quirúrgico libre, excepto en el LIN 3, CLIS pleomórfico, que se comporta como un CDIS⁽²⁾.

El LIN se clasifica en^(5,6):

- LIN 1: Hiperplasia lobulillar y LCIS, Grado Nuclear 1. Una proliferación que llena parcial o totalmente los acinos sin distenderlos.
- LIN 2: CLIS con o sin necrosis, Grado Nuclear 2. Llena y distiende los acinos pero preserva los contornos.
- LIN 3: CLIS pleomórfico, Grado Nuclear 3, Pleomorfismo nuclear, Grado Nuclear 3.

Los procesos papilares se clasifican en:

- Papiloma intraductal.
- Papiloma atípico.
- Carcinoma papilar intraductal.

Hay un aumento del riesgo de cáncer de mama en el papiloma solitario^(7-9,11). En la papilomatosis múltiple se debe practicar una exéresis amplia, siendo preciso en ocasiones realizar una mastectomía subcutánea⁽¹⁰⁾.

■ "Las pacientes con hiperplasia tienen dos veces más riesgo de desarrollar un cáncer de mama, si la hiperplasia es atípica el riesgo es cuatro veces mayor"

ARTICLE IN PRESS YEXER0322_proof 14 December 2013 1/10

Experimental Eye Research (2013) 110, 1–6

Contents lists available at ScienceDirect

Experimental Eye Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/yexer

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

Ralph Michael^{a,b,c}, Cees Otto^d, Aufried Lenterink^e, Ellen Gelpi^f, Gustavo A. Montenegro^g, Jurja Rosandić^h, Francisco Tresserraⁱ, Rafael I. Barraquer^j, Gijb F.J.M. Vrensen^k

^a Institut Universitari Barraquer, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain
^b University Eye Clinic, Paracelsus Medical University, Salzburg, Austria
^c Medical Cell Bio Physics, University of Twente, Enschede, The Netherlands
^d Neurological Tissue Bank of the Rijnland Hospital Clinic-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Suñer (IRIBAS), Barcelona, Spain
^e Department of Pathology, Institute Universitat de Girona, Girona, Spain
^f Department of Ophthalmology, Leiden University Medical Center, The Netherlands

ARTICLE INFO

Article history:
 Received 17 September 2013
 Accepted in revised form 20 November 2013
 Available online xxx

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 focused on 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 conformation 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).

© 2013 Published by Elsevier Ltd.

1. Introduction

In previous papers Goldstein et al. (2003) and Montenegro et al. (2011) described accumulation of amyloid-β (Aβ) 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 Aβ) 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 Aβ in cortical cataract and advocate its presence as an (early) predictor of AD (Goldstein, 2008; Grafels, 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 Aβ in human cataract lenses. Based on histochemical Congo red and Thioflavin-S staining and immunohistochemical (Aβ antibody clone 6F3D) evidence we came to a conflicting conclusion: full absence of Aβ in cortical cataracts in AD and non-AD donors (Michael et al., 2013). In contrast with the Goldstein et al. (2003) and Montenegro et al. (2011) 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 addressed the question of Aβ 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

temas

Estrategias para mejorar el cumplimiento de los métodos anticonceptivos en la adolescencia

Núria Parera Junyent
 Empecista Doctora en Medicina, Jefe del Área de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia, Departamento de Ginecología, Ginecología y Reproducción, Institut Universitari Dexeus, Barcelona

Sílvia López García
 Patóloga clínica, Especialista en Posparto, EPPA/COP ASSR (Atención a la Salud Sexual y Reproductiva) Creta, Barcelona
 Centro de Referencia de Salud Materna, Institut Català de la Salut

Introducción

Los profesionales sanitarios que trabajamos en salud sexual y reproductiva necesitamos mejorar nuestras habilidades de comunicación con los adolescentes. Debemos potenciar que puedan vivir su sexualidad de manera positiva al sentirse sujetos activos y responsables de la misma. También debemos ayudarles a ser conscientes y prevenir los riesgos con los que pueden encontrarse en relación al embarazo imprevisto y a la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS).

La actividad sexual impulsiva y sin protección puede acarrear consecuencias negativas a largo plazo para su vida. Si los profesionales logramos establecer un buen vínculo de confianza con los jóvenes, estaremos posibilitando un diálogo sobre las relaciones personales y afectivas, la intimidad y la sexualidad, que seguramente favorecerá una buena vivencia de la sexualidad y el uso adecuado de los métodos anticonceptivos.

Cuando los profesionales transmitimos informaciones no respaldadas sobre los diferentes métodos anticonceptivos, y opciones ante problemas que pudieran surgir, respetando el derecho a la elección y a las creencias de cada persona, posibilitamos que se cuiden adecuadamente, resuelven sus conflictos y maduren con los errores. La buena comunicación y empatía con ellos se hace aún más necesaria en situaciones críticas como el embarazo inesperado, la IVF.

Cómo dar información

Cuando damos información sobre métodos anticonceptivos a los adolescentes, es de especial importancia utilizar un lenguaje claro y comprensible, evitando palabras técnicas. No conviene utilizar el lenguaje de la calle, sino términos correctos que no sean peyorativos ni sexistas.

A los adolescentes, en general, les cuesta plantear sus dudas y resulta muy necesario motivarles a expresárselas.

Hemos de ser respetuosos en el hecho de no tener una idea predeterminada del método que han de utilizar, sino explicar los diferentes métodos y remitir a su elección (descartando los contraindicados médicamente). De esta manera se favorece el hecho de que ellos decidan y se mejora la adherencia al método. Cuando ya se ha decidido un método, hay que explicar cómo funciona, su efectividad, efectos beneficiosos y efectos secundarios, y corregir ideas falsas en caso de que las tengan. También hemos de dejar claros los controles posteriores que deben realizar.

“Si los profesionales logramos establecer un buen vínculo de confianza con los jóvenes, estaremos posibilitando un diálogo sobre las relaciones personales y afectivas, la intimidad y la sexualidad, que seguramente favorecerá una buena vivencia de la sexualidad y el uso adecuado de los métodos anticonceptivos.”

“Todos los métodos anticonceptivos pueden ser utilizados por los jóvenes, ya que la edad no es contraindicación para ellos (excepto los definitivos). El proceso de decisión ha de ser voluntario y no condicionado por las preferencias del profesional, factores de presión de la pareja o influencias de padres o grupo de iguales.”

Hemos de asesorar sobre prácticas sexuales de las más seguras a las de más riesgo. Tenemos que enseñar a practicar habilidades para el correcto uso y la negociación del preservativo, e informar sobre la anticoncepción de urgencia en caso de que fuera necesaria.

Durante el proceso de asesoramiento, preguntar de vez en cuando si se ha entendido todo bien. Puede ser de ayuda realizar nuevas entrevistas para reforzar las decisiones.

Señ de gran ayuda el uso de material gráfico, maquetas o audiovisuales, y proporcionar información sobre sitios web.

Si tienen buena relación con su pareja, sugerirles que hablen con ella sobre los temas de anticoncepción. Así mismo, si tienen una relación de confianza con padres o representantes legales, el hecho de hablar con ellos sobre anticoncepción refuerza el cumplimiento de los distintos métodos.

Deliberar y motivar en la toma de decisiones

Todos los métodos anticonceptivos pueden ser utilizados por los jóvenes, ya que la edad no es contraindicación para ellos (excepto los definitivos). El proceso de decisión ha de ser voluntario y no condicionado por las preferencias del profesional, factores de presión de la pareja o influencias de padres o grupo de iguales.

Please cite this article in press as: Michael, R., et al., Absence of amyloid-beta in lenses of Alzheimer patients: A confocal Raman microspectroscopic study, Experimental Eye Research (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.yexer.2013.11.016>

RESEARCH

Open Access

Endometrial stromal tumors: immunohistochemical and molecular analysis of potential targets of tyrosine kinase inhibitors

Ruth Sardinha¹, Teresa Hernández², Susana Fraile³, Francesc Tresserra³, August Vidal⁴, Maria Carmén Gómez⁵, Aurora Astudillo⁶, Nieves Hernández⁷, Javier Saenz de Santamaría⁸, Jaime Ordí⁹, Luis Gonçalves¹⁰, Rafael Ramos¹¹, Carmen Balaña¹² and Enrique de Alava^{13*}

Abstract

Background: The systemic treatment of malignant endometrial stromal tumors (EST) is not well established. A few reports describe objective responses to imatinib, which suggest a novel therapeutic strategy for these tumors. Due to these facts, we aimed to perform a retrospective analysis of possible molecular targets of tyrosine kinase inhibitors (TKI) in EST: KIT, PDGFRA and EGFR.

Methods: 52 endometrial stromal sarcomas and 13 undifferentiated endometrial sarcomas were examined and reviewed. Mutational analysis was performed for exons 9, 11, 13, and 17 of the *KIT* gene; exons 12 and 18 of the *PDGFRA* gene and exons 18, 19, 20 and 21 of the *EGFR* gene. The incidence and distribution of the *KIT*, *PDGFRA*, and *EGFR* expression were examined by immunohistochemistry, and *EGFR* amplification was assessed by fluorescence *in situ* hybridization.

Results: No mutations in *KIT*, *PDGFRA* and *EGFR* genes were detected. Overexpression of *KIT*, *PDGFRA*, *EGFR*, was detected in 2 (3%), 23 (35.4%), 7 (10.8%) cases respectively, whereas amplification of *EGFR* gene was not found.

Conclusions: Absence of significant expressions, amplification and activating mutations on these tyrosine kinase receptors suggest that it is unlikely that EST can benefit from therapies such as TKI on the systemic setting.

Keywords: Endometrial stromal tumors, Tyrosine kinase inhibitors, *KIT*, *PDGFRA*, *EGFR*, Systemic treatment

Background

Endometrial stromal sarcoma, low grade (ESS) and undifferentiated endometrial sarcoma (UES) belong to the rare group of endometrial stromal tumors (EST), which represents 15% of uterine sarcomas [1]. ESS presents a cellular background similar to the cells of normal endometrial stroma in proliferative phase. In contrast, UES lacks specific differentiation and bears no histological resemblance to endometrial stroma. Tumor cells are high-grade spindle to polygonal-shaped, with marked nuclear pleomorphism and high mitotic activity. Necrosis and vascular invasion are commonly seen [2]. While ESS is characterized by

indolent course and late recurrences, with a 5-year overall survival (OS) up 70%, UES is usually diagnosed at advanced stages, and has a high rate of distant metastasis and a 5-year OS ranging from 25-55% [3-6]. FIGO stage [7] is the strongest prognostic factor for these malignancies [5,8]. CD10 is the most sensitive marker for ESS [9,10]. Estrogen and progesterone receptors [11] and aromatase [12] are usually expressed in ESS, and less commonly in UES [13-15]. The rearrangement t(7;17)(p15;q21), which results in *JAZF1/JAZ1* gene fusion, is the cytogenetic hallmark of ESS [16], although other translocations have been reported [17-19]. In contrast, UES is characterized by a complex karyotype [20,21]. Recently, the t(16;17)(q22;p13) that results in *YWHAE-FAM22A/B* gene fusion with oncogenic properties was reported in a subset of UES [22], which is associated to the expression of Cyclin D1 [23,24] and β -catenin [23];

* Correspondence: edelav@unizar.es

¹Equal contributors

²Centro de Investigación del Cáncer (IBACE) IUSAL/CSIC, Salamanca, Spain

Full list of author information is available at the end of the article



Author's personal copy

Ann Surg Oncol
DOI 10.1245/s10434-012-2560-y

Annals of
SURGICAL ONCOLOGY
OFFICIAL JOURNAL OF THE SOCIETY OF SURGICAL ONCOLOGISTS

ORIGINAL ARTICLE – BREAST ONCOLOGY

Complete Axillary Lymph Node Dissection Versus Clinical Follow-up in Breast Cancer Patients with Sentinel Node Micrometastasis: Final Results from the Multicenter Clinical Trial AATRM 048/13/2000

Montserrat Solá, MD¹, José A. Alberro, MD², Manuel Fraile, MD³, Pilar Santesteban, MD², Manuel Ramos, MD⁴, Rafael Fabregas, MD⁴, Antonio Moral, MD⁵, Blas Ballester, MD⁶, and Sergi Vidal, MD⁷

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona, Barcelona, Spain; ²Instituto Oncológico de San Sebastián, San Sebastián, Spain; ³Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, Spain; ⁴Instituto Universitario Dexeus de Barcelona, Barcelona, Spain; ⁵Hospital Sant Pau de Barcelona, Barcelona, Spain; ⁶Hospital de la Ribera de Alzira, Alzira, Spain; ⁷Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Spain

ABSTRACT

Background. It has been suggested that selective sentinel node (SN) biopsy alone can be used to manage early breast cancer, but definite evidence to support this notion is lacking. The aim of this study was to investigate whether refraining from completion axillary lymph node dissection (ALND) suffices to produce the same prognostic information and disease control as proceeding with completion ALND in early breast cancer patients showing micrometastasis at SN biopsy.

Methods. This prospective, randomized clinical trial included patients with newly diagnosed early-stage breast cancer ($T \leq 3.5$ cm, clinical N0, M0) who underwent surgical excision as primary treatment. All had micrometastatic SN. Patients were randomly assigned to one of the two study arms: complete ALND (control arm) or clinical follow-up (experimental arm). Median follow-up was 5 years, recurrence was assessed, and the primary end point was disease-free survival.

Results. From a total sample of 247 patients, 14 withdrew, leaving 112 in the control arm and 121 in the experimental arm. In 15 control subjects (13%), completion ALND was positive, with a low tumor burden. Four patients experienced disease recurrence: 1 (1%) of 108 control subjects and 3 (2.5%) of 119 experimental patients. There were no

differences in disease-free survival ($p = 0.325$) between arms and no cancer-related deaths.

Conclusions. Our results strongly suggest that in early breast cancer patients with SN micrometastasis, selective SN lymphadenectomy suffices to control locoregional and distant disease, with no significant effects on survival.

Over the last decade, the prognostic impact of axillary lymph node micrometastasis in early breast cancer patients has become a relevant issue, in part because of the widespread use of sentinel node (SN) biopsy. Two important findings are related to this interest. First, higher detection rates of micrometastasis in SN as compared with standard axillary lymph node dissection (ALND) do not seem to bear on the prognosis.¹⁻³ Second, a deleterious effect on prognosis has not been found in selected groups of patients with SN micrometastasis who do not undergo ALND.⁴⁻⁶

Some observational studies have been carried out to investigate the idea of performing only SN biopsy in these patients, without complete ALND. In a study including SN-negative patients, Cox et al. reported similar survival rates in patients upstaged to micrometastatic SN based on immunohistochemical techniques and those who were not.⁷ In a population-based study with a retrospective analysis, the authors suggested refraining from complete ALND in micrometastatic SN patients because no survival advantage was documented.⁸ Another retrospective study concluded that ALND may not be appropriate for these patients because of a lack of prognostic impact and low axillary recurrence rates.⁹ In addition, a few prospective cohort

© Society of Surgical Oncology 2012

First Received: 19 September 2011

M. Solá, MD

e-mail: msola.germanstrias@geriatricas.com

Published online: 07 September 2012



ORIGINAL

Respuesta patológica a la quimioterapia neoadyuvante: correlación entre 2 sistemas de gradación histológica^a

Francisco Tresserra^{a,b,*}, María Angeles Martínez^a, María González-Cao^c, Ignacio Rodríguez^{b,d}, Santiago Viteri^c, Sonia Baulies^b y Rafael Fábregas^b

^a Servicio de Anatomía Patológica y Citología, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España

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

^c Servicio de Oncología, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España

^d Unidad de Estadística y Epidemiología, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España

Recibido el 26 de noviembre de 2012; aceptado el 26 de enero de 2013

Disponible en Internet el 19 de abril de 2013

PALABRAS CLAVE

Quimioterapia
neoadyuvante;
Respuesta patológica;
Cáncer de mama

Resumen

Objetivo: Determinar la variabilidad entre 2 sistemas de gradación a la hora de catalogar la respuesta patológica a la quimioterapia neoadyuvante en una misma lesión.

Materiales y métodos: En 8 años se han estudiado 51 pacientes con cáncer infiltrante de la mama sometidas a quimioterapia neoadyuvante de forma consecutiva. Se ha establecido la respuesta patológica de cada caso siguiendo el sistema de Miller y Payne (MyP) y el de la carga tumoral residual (RCB) correlacionando los resultados de ambos sistemas en la misma lesión. **Resultados:** Según el sistema de gradación de MyP las lesiones se clasificaron en grado I (6%), 2 (25%), 3 (27%), 4 (27%) y 5 (14%). La clase RCB fue 0 (13%), I (13%), II (54%) y III (20%). La correlación entre MyP 5 y RCB 0, entre MyP 4 y RCB I, y entre MyP 2 y RCB III fue buena. Se detectaron más discrepancias entre MyP 1, 2, 3 y RCB II.

Conclusión: La correlación en la respuesta completa es buena entre los 2 sistemas de gradación. Hay discrepancias en la clasificación en la ausencia de respuesta entre ambos sistemas. Estas discrepancias pueden ser debidas a la inclusión del estado ganglionar en el sistema RCB.

© 2012 SESPM, Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Pathologic response to neoadjuvant chemotherapy: Correlation between 2 histologic grading systems

Abstract

Objective: To determine the variability between 2 grading systems in the classification of pathologic response to neoadjuvant chemotherapy in the same lesion.

KEYWORDS

Neoadjuvant
chemotherapy;
Pathologic response;
Breast cancer

* Premio al mejor póster presentado en el XXX Congreso de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM), Barcelona, octubre de 2012.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fratre@dexeus.com (F. Tresserra).

Lymphohistiocytoid Mesothelioma of the Pleura: A Case Report With Cytological Findings

Francisco Tresserra, M.D.,^{1,2*} Miriam Castella, CT (ASCP),¹ Gemma Fabra, CT (ASCP),¹ María Angeles Martínez, M.D.,² Marianun Domínguez, CT (ASCP),¹ Carmen Fernández-Cid, CT (ASCP),¹ María Dolors Amalrich, CT (ASCP),¹ and Carolina Ramos, CT (ASCP)^{2,3}

Lymphohistiocytoid malignant mesothelioma is an infrequent variant of sarcomatoid mesothelioma representing approximately 0.5–3.4% of malignant mesothelioma. It has been related to asbestos exposure. The tumor is characterized by a diffuse large histiocyte-like cells proliferation mixed with an inflammatory infiltrate of lymphocytes and plasma cells. Its cytological diagnosis is difficult. We present a case of a 67-year-old female with lymphohistiocytoid mesothelioma involving the left pleura. The cytological, histological, and immunohistochemical features are discussed. Diagn. Cytopathol. 2013;41:546–549. © 2013 Wiley Periodicals, Inc.

Key Words: malignant mesothelioma; lymphohistiocytoid mesothelioma; pleural effusion; asbestos; cytology

Introduction

The origin of the malignant diffuse mesothelioma is in the mesothelial cells lining the serosal membranes surface. These cells can also differentiate toward sarcomatoid cells and depending on the mesothelium neoplastic cell-differentiation, malignant mesotheliomas (MM) can be classified as epithelioid, sarcomatoid, or biphasic when both components are present.¹ Each one of these categories is subclassified, so sarcomatoid mesotheliomas can be: “conventional” (sarcomatoid MM of no special subtype), sarcomatoid with desmoplastic areas, desmoplastic,

osteosarcomatous and/or chondrosarcomatous, and lymphohistiocytoid.²

The lymphohistiocytoid variant of MM (LHMM) is infrequent, representing approximately 0.5–3.3% of MM and 3% of sarcomatoid mesotheliomas.^{2–6} Reported cases are isolated except for one series of 22 cases.⁵ In these cases the histological, immunohistochemical and ultrastructural features are described but the cytological aspects are not mentioned.

Herein is presented a case of LHMM involving the pleura with its cytological, histological and immunohistochemical findings.

Case Reports

A 67-year-old nonsmoker female presented with a 3-month history of progressive dyspnea with left side chest wall pain that increased with deep inspiration, making it difficult to rest in lateral left position. She had a weight loss of 7 kg.

The woman was hypertensive, had type II diabetes mellitus, and had worked in a spinning mill with asbestos fibers for insulating covers from 13- to 20-year-old.

Thoracic computed tomography showed a large left pleural effusion with small nodular lesions measuring approximately 15 mm in the surface of left parietal pleura that were enhanced with contrast. There was another nodular lesion of 11 mm in the diaphragmatic pleura (Fig. 1). No lymphadenopathies were seen.

The patient underwent a thoracentesis and a serous, fibrinoid fluid was obtained that was cytologically examined. The cytologic findings revealed a hemorrhagic background with isolated mesothelial cells or arranged in dense groups. Some of these cells exhibited enlarged nuclei with granular chromatin and prominent nucleoli. The cytoplasm was abundant, sometimes displacing the nucleus to the cell periphery adopting a histiocyte-like morphology.

¹Laboratory of Cytology, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction, USP-Institut Universitari Dexeus, Barcelona, Spain

²Department of Pathology, USP-Institut Universitari Dexeus, Barcelona, Spain

³Correspondence to: Francisco Tresserra, M.D., Laboratory of Cytology, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction, USP-Institut Universitari Dexeus, Gran Via Carlos III, 71-75, 08028 Barcelona, Spain. E-mail: fratre@dexeus.com

Received 7 July 2011; Accepted 29 July 2011

DOI 10.1002/dc.21824

Published online 24 October 2011 in Wiley Online Library.

(wileyonlinelibrary.com)

2.3. Servicio de Medicina de la Reproducción



ARTÍCULO A FRESCA
Reproductive BioMedicine Online (2013) XXX, xxx-xxx

www.sciencedirect.com
www.rbmonline.com

ELSEVIER

ARTICLE

Association between blastocyst morphology and outcome of single-blastocyst transfer

Etienne Van den Abbeel ^a, Basak Balaban ^b, Søren Ziebe ^c, Kersti Lundin ^d, Maria José Gómez Cuesta ^e, Bjarke Mirner Klein ^f, Lisbeth Helmggaard ^g, Joan-Carles Arce ^{h,*}

^a Reproductive Medicine, Gent University Hospital, Gent, Belgium; ^b IVF Center, American Hospital, Istanbul, Turkey; ^c The Fertility Clinic, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark; ^d Reproductive Medicine, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden; ^e Woman's Health Dexeus, USP Institut Universitari Dexeus, Barcelona, Spain; ^f Global Biometrics, Ferring Pharmaceuticals A/S, Copenhagen, Denmark; ^g Reproductive Health, Ferring Pharmaceuticals A/S, Copenhagen, Denmark; ^h Corresponding author. E-mail address: jcarce@ferring.com (J.-C. Arce).

Etienne Van den Abbeel has a MSc in chemical engineering and a PhD in medical sciences. After spending more than 25 years at the University Hospital of the Dutch-speaking Brussels CRM as a senior clinical embryologist, he is now IVF Laboratory Director at the Centre of Reproductive Medicine of the University Hospital of Ghent, Belgium and professor in clinical embryology at the University of Ghent. He has authored or co-authored over 50 peer-reviewed papers and book chapters. His main research interests are cryobiology and cryopreservation, culture and selection of mammalian gametes and embryos.

Abstract The aim of this study was to assess the ability of three individual blastocyst morphology parameters – expansion and hatching (EH) stage, inner cell mass (ICM) grade and trophoctoderm grade – to predict outcome of a cycle with single-blastocyst transfer. The study was a secondary analysis of data prospectively collected in a large multicentre trial. A total of 618 intracytoplasmic sperm injection patients undergoing ovarian stimulation in a gonadotrophin-releasing hormone antagonist cycle with compulsory single-blastocyst transfer on day 5 were included. In the simple logistic regression analysis, all three blastocyst morphology parameters were statistically significantly ($P < 0.005$ for each) associated with positive human chorionic gonadotrophin, clinical and ongoing pregnancy rates and live birth rates, while only the ICM grade was significantly ($P = 0.033$) associated with early pregnancy loss rate. Blastocyst EH stage was the only significant predictor of live birth ($P = 0.002$) in the multiple logistic regression. In conclusion, although all three blastocyst morphology parameters were related to treatment outcome of fresh single-blastocyst cycles, selection of high-quality blastocysts for transfer should consider first the EH stage. Transfer of a blastocyst with ICM grade A may reduce the risk of early pregnancy loss.

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

KEYWORDS: blastocyst morphology, early pregnancy loss, live birth, prediction, single-embryo transfer

1472-6463/\$ - see front matter © 2013, Reproductive Healthcare Ltd. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.
http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.07.006

Please cite this article as: Van den Abbeel E et al. Association between blastocyst morphology and outcome of single-blastocyst transfer. Reproductive BioMedicine Online (2013), http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.07.006

Does culture medium influence offspring birth weight?

Beatriz Carrasco, M.Sc.^a, Montserrat Boada, Ph.D.^a, Ignacio Rodriguez, B.Sc.^a, Buenaventura Coroleu, M.D., Ph.D.^a, Pedro N. Barri, M.D., Ph.D.^a, and Anna Veiga, Ph.D.^{a,b}

^a Reproductive Medicine Service, Department of Obstetrics, Gynecology, and Reproduction, Hospital Universitari Quirón Dexeus, and ^b Stem-Cell Bank, Center for Regenerative Medicine, Barcelona, Spain

Objective: To determine whether the type of medium used to culture human embryos in vitro influences neonatal birth weight after IVF/intracytoplasmic sperm injection (ICSI).

Design: A prospective study and a retrospective study.

Setting: Private assisted reproduction center.

Patients(s): The prospective study included 449 IVF/ICSI cycles from August to December 2008. The retrospective analysis was performed for 2,510 IVF/ICSI cycles from October 2006 to December 2010.

Intervention(s): In the prospective study, patients were randomized for embryo culture in Cook or Vitrolife medium. The retrospective study was performed with three different culture media (MediCult, Cook, and Vitrolife).

Main Outcome Measure(s): Mean birth weight, adjusted for gestational age and gender (z score) of newborns.

Results: In the prospective study, the average z score was -0.19 ± 0.85 in Cook and 0.08 ± 1.40 in Vitrolife. In the retrospective study, the z scores obtained in each group were as follows: Cook, -0.14 ± 0.96 ; MediCult, 0.06 ± 1.13 ; and Vitrolife, 0.03 ± 1.05 . No significant differences were observed regarding the birth weight of children born in the different groups in both studies.

Conclusions: The results do not show any relationship between the medium used for in vitro culture and mean birth weight adjusted for gestational age and gender of singletons born after IVF/ICSI. [Fertil Steril® 2013;100:1283-8. ©2013 by American Society for Reproductive Medicine.]

Key Words: IVF/ICSI, embryo culture medium, birth weight, perinatal outcome

Discuss: You can discuss this article with its authors and with other ASRM members at <http://fertilityforum.com/carrasco-embryo-culture-medium-birthweight/>

Use your smartphone to scan this QR code and connect to the discussion forum for this article: <http://fertilityforum.com/carrasco-embryo-culture-medium-birthweight/>

Downloaded from www.asrm.org by user on 08/11/13

Assisted reproductive technologies (ART) are associated with certain obstetric and perinatal risks. Singleton gestations after ART are related to higher rates of complications, such as pre-eclampsia, prematurity, low birth weight, fetal malformations, and a higher rate of cesarean sections in comparison with the normal population [1-5].

Recent studies reported that there has been a decrease in the prevalence of birth defects over time in ART children. However, the prevalence of major birth defects in ART singletons remains increased compared with non-ART singletons [6].

Some studies reported that ART children have increased rates of congenital malformations [7], generalized vascular dysfunction [8], and marginally increased risk of cancer and imprinting disorders (Beckwith-Wiedemann syndrome and Angelman syndrome) [9].

Epigenetic reprogramming, erasing gametic modifications and establishing embryonic epigenetic modifications, occurs during preimplantation development. These modifications are susceptible to disruption by ART, including the possible effects caused by the culture media used for in vitro embryo development [10].

Adequate composition of the media for human embryo in vitro culture is key for appropriate development. Suboptimal conditions might immediately affect cleavage stages, but the impact might not be evident until later stages of embryo development or even in the fetus phase. None of the available culture media fully mimics in vivo conditions; therefore, in vitro-cultured embryos are always stressed to a greater or lesser degree. Some currently published studies show a relationship between the culture medium used during embryonic in vitro development and the birth weight after ART [11, 12], whereas others have not found this association [13, 14].

Besides embryo culture media, the higher incidence of adverse pregnancy outcomes after IVF or intracytoplasmic sperm injection (ICSI) cycles has been mainly related to the patient's

Received May 11, 2013; revised July 1, 2013; accepted July 4, 2013; published online August 2, 2013.
B. Carrasco has nothing to disclose; M.B., I.R., Boada, M.S., Veiga, and Coroleu have nothing to disclose; P.N.B. has nothing to disclose; A.V. has nothing to disclose.
Reprint requests: Beatriz Carrasco, M.Sc., Hospital Universitari Quirón Dexeus, Servicio de Medicina de Reproducción, Gran Vía Carlos III 71-75, 08022 Barcelona, Spain (E-mail: beacarr@dexeus.com).

Fertility and Sterility® Vol. 100, No. 5, November 2013 0015-0282/\$36.00
Copyright ©2013 American Society for Reproductive Medicine. Published by Elsevier Inc.
http://dx.doi.org/10.1016/j.fertster.2013.07.006

VOL. 100 | NO. 5 | NOVEMBER 2013 | 1283



Edición actual: Ene - Feb - Mar 2013 - Volumen 30 - Nº 1

REVISTA IBEROAMERICANA DE **FERTILIDAD** Y REPRODUCCION HUMANA

REVISTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Órganos Dirigidos de la Sociedad Española de G

Número actual | Números anteriores | Editorial | Buscador | Autores | Cartas al editor | Inscripción SEF | Comité editor

Si ud es socio de la SEF y aun no dispone de su clave de acceso pulse aquí para obtenerla



Editorial

Bienvenidos Correo y Más Demás.

Servicio de Medicina de la Reproducción
Dpto. Obstetricia, Ginecología y Reproducción
Instituto Universitario Dexeus, Barcelona

Reflexión sobre el "Consensus de Biología" ¿Nos referimos a lo mismo cuando hablamos de baja reserva ovárica y baja respuesta ovárica?

La baja respuesta al tratamiento de estimulación ovárica es uno de los principales retos de la Medicina de la Reproducción, no sólo porque se aplica a una base de evidencia y datos basados en evidencia, sino también porque es heterogénea, que clínicamente se ha descrito entre un 9-24% (1), está aumentando en los últimos años debido al retraso de la maternidad (2) e incremento de las aspiraciones profesionales de la mujer, las barreras económicas actuales y, especialmente, al no disponer de pareja adecuada con tiempo a que en España la edad media a la que se tiene el primer hijo sea de 31 años.

De ahí surge la pregunta cuando está se insuficiente tras un tratamiento de hiperestimulación ovárica controlada para la cuantía de que, hasta hace muy poco, no se utilizaba una definición uniforme. Entre los criterios más utilizados para definir la baja respuesta encontramos tanto parámetros relativos a la respuesta ovárica (número de ovocitos recuperados, área vital de los ovocitos, número de ovocitos recuperados, ciclo previo con baja respuesta) como aquellos relacionados con la reserva ovárica (antagonistas y hormonales). La heterogeneidad en la caracterización de la paciente baja respondedora ha supuesto una dificultad a la hora de interpretar los diferentes resultados comparando las diversas estrategias de tratamiento. En este sentido, la definición aportada por la ESHRE tras el Consensus Meeting de Biología (3) va a permitir, en futuros, homogeneizar poblaciones de estudio y por tanto se podrán establecer comparaciones válidas entre los distintos estudios. Según los criterios de Biología, podemos hablar de baja respuesta siempre que se cumplan al menos 2 de los siguientes criterios: edad > 39 años o cualquier otro factor de riesgo de baja respuesta, ciclo previo con menos de 4 ovocitos recuperados, alteración de nivel de reserva ovárica (recuento de folículos antrales menor de 5-7, AMH menor de 0.5 - 1 ng/ml). Diseñado de todo el beneficio que aporta disponer de una definición, la que se propone tras estos criterios, ¿Podemos llamar a baja respuesta a la baja respuesta?

La reserva ovárica hace referencia al número de folículos antrales, lo que se relaciona con el número de ovocitos y a la calidad de los ovocitos que hay en el ovario en un momento determinado. Alteraciones en los receptores de FSH o una expresión subóptima a gonadotropinas pueden resultar en una baja respuesta a la estimulación con una reserva ovárica normal.

Por otra parte, ¿podemos considerar a baja respondedora a la paciente que en su ciclo ha realizado un ciclo de estimulación ovárica? ¿O es más bien una baja respuesta cuando se le que se trata? Y la segunda pregunta que abordamos es: ¿podemos poner juntas a todas las pacientes con la edad cuando se conoce que la edad es un factor pronóstico más importante de reserva y respuesta ovárica? ¿Podemos considerar por igual a la paciente de 32 años con 4 folículos antrales que a la de 47? La de 42, que cumple los criterios de baja respuesta, principalmente presenta una reserva ovárica acorde con su edad, y probablemente, responde por debajo de los 4 ovocitos, pero de nuevo, será la misma para su edad. Vigemos al caso extremo, la paciente de 32 años con 3 ovocitos recuperados no entrará en la definición de baja respuesta propuesta; sin embargo, este valor está por debajo de la media para su edad. Aunque si la propia baja respondedora siempre tendrá mayor pronóstico que la de mayor edad, un comparación con las normorespondedoras de su misma edad será reducida su probabilidad de embarazo (4). Quéda, aunque sea un tema controvertido, el impacto no sólo sea cuantitativo si no también cualitativo.

Es fácil considerar que los puntos de corte de reserva y respuesta ovárica deberían de depender de la edad, si la definición propuesta consideramos estadísticas de forma fija, la cuestión que se plantea es si es adecuado, bajo un margen relativamente amplio de variabilidad, sobre todo en lo que a valores de AMH se refiere.

No hemos de olvidar una situación como la baja respuesta inaparece. En estos casos un solo ciclo no suficiente a la paciente como baja respondedora ya que se ha visto que en futuros ciclos responden mejor incrementándose así, la tasa de embarazo.

Probablemente el ejemplo más claro de baja respuesta sea la paciente con más de un ciclo de baja respuesta o con un ciclo de baja respuesta y otro ciclo de rango adecuado que impliquen que se ha hecho de un resultado satisfactorio. Historia y respuesta se relacionan pero no siempre se refieren a la misma población de pacientes y establecer las diferencias es importante de cara a prever el pronóstico de la paciente.

Bibliografía

1. Klay SD, Livanidaki NH, Jenkins JM. Assisted conception following poor ovarian response to gonadotropin stimulation. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104:521-527.

2. Femenías AP, La Manca A, Piquer BC, Tarlatzis B, Nargund G, Gianfranceschi L. ESHRE consensus on the definition of "poor response" to ovarian stimulation for in vitro fertilization: The Bologna criteria. *Hum Reprod* 2011; 26: 1616-24.

3. Davies M, Rodriguez J, Cozzio B, Tur P, Gonzalez C, and Barré P. Age related response to the number of retrieved oocytes in an infertile population: base of a new definition of low response? *Hum Reprod* 2011; 26 (suppl 1): i300-i301.

Enviar carta al editor

Hum. Reprod. Advance Access published April 11, 2013

doi:10.1093/humrep/det109

human reproduction ORIGINAL ARTICLE ESHRE pages

ESHRE Task Force on ethics and Law 20: sex selection for non-medical reasons[†]

W. Dondorp^{1,*}, G. De Wert¹, G. Pennings², F. Shenfield³, P. Devroey⁴, B. Tarlatzis⁵, P. Barri⁶, and K. Diedrich⁷

¹Department of Health, Ethics & Society, Research Institutes CAPRI and GROU, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands; ²Department of Philosophy, University of Ghent, Blandijnberg 2, Gent 9000, Belgium; ³Reproductive Medicine Unit, Occione Hospital, 2nd Floor, University College Hospital, Hurler Street, London WC1A 0AU, UK; ⁴Centre for Reproductive Medicine, UZ Brussel, Brussels, Belgium; ⁵Fertility and IVF Centre, Geniki Khalsi 2 Grassia Street 7th Floor, Thessaloniki 546 45, Greece; ⁶Servei de Medicina de la Reproducció, Departament d'Obstetrícia, Institut Universitari Dexeus, Ginecologia i Reproducció, Barcelona, Spain; ⁷Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Lübeck, Ratzeburger Allee 160, D-23539 Lübeck, Germany

*Correspondence address. E-mail: w.dondorp@maastrichtuniversity.nl

Submitted on March 4, 2013; resubmitted on March 17, 2013; accepted on March 18, 2013

ABSTRACT: This Task Force document revisits the debate about the ethics of sex selection for non-medical reasons in the light of relevant new technological developments. First, as a result of improvement of the Microarray flow cytometry method, there is now a proven technique for preconception sex selection that can be combined both with IVF and IUI. Secondly, the scenario where new approaches that are currently being developed for preimplantation genetic screening (PGS) may lead to such screening becoming a routine part of all IVF treatment. In that scenario professionals will more often be confronted with parental requests for transfer of an embryo of a specific sex. Thirdly, the recent development of non-invasive prenatal testing based on cell-free fetal DNA in maternal plasma allows for easy and safe sex determination in the early stages of pregnancy. While stressing the new urgency that these developments give to the debate, the Task Force did not come to a unanimous position with regard to the acceptability of sex selection for non-medical reasons in the context of assisted reproduction. Whereas some think maintaining the current ban is the best approach, others are in favour of allowing sex selection for non-medical reasons under conditions that take account of societal concerns about the possible impact of the practice. By presenting these positions, the document reflects the different views about this issue that also exist in the field. Specific recommendations include the need for a wider delineation of accepted 'medical reasons' than in terms of avoiding a serious sex-linked disorder, and for a clarification of the legal position with regard to answering parental requests for "additional sex selection" in the context of medically indicated preimplantation genetic diagnosis, or routine PGS.

Key words: sex selection / ethics / sperm sorting / embryo selection / social sexism

Introduction

Sex selection can be performed at three stages: preconception (selective fertilization with enriched fractions of X- or Y-bearing sperm), pre-implantation (selective transfer of male or female embryos) and prenatal (sex-selective abortion). Sex selection for medical reasons (to avoid the transmission of disease to a next generation) is widely regarded as acceptable. However, sex selection for non-medical reasons (because of a sex preference that the prospective parents would want to see fulfilled) has been the subject of recurrent ethical and public policy debate in many countries. The Task Force has briefly discussed this issue in its earlier document on preimplantation genetic diagnosis (PGD) (Shenfield et al., 2003). This new document revisits the debate about allowing or not allowing sex selection for non-medical reasons in the light of recent technological developments.

Background and Facts

Sex-selective insemination

The only proven technology for conception sex selection is the Microarray flow cytometry method. This method involves staining the sperm with a fluorescent dye and then loading them past a laser beam where the difference in DNA content between X- and

Downloaded from http://humrep.oxfordjournals.org/ at Maastricht University on April 11, 2013

J Assist Reprod Genet (2013) 30:1118–1123
DOI 10.1007/s10815-013-0063-5

GENETICS

Sequential FISH allows the determination of the segregation outcome and the presence of numerical anomalies in spermatozoa from a t(1;8;2)(q42;p21;p15) carrier

Anna Gudo · Joan Blanco · Francesca Vidal · Mónica Parriego · Montserrat Boda · Ester Anton

Received: 23 March 2013 / Accepted: 17 July 2013 / Published online: 23 August 2013
© Springer Science+Business Media New York 2013

Abstract

Purpose: To find out the meiotic segregation behavior of the t(1;8;2)(q42;p21;p15), to evaluate the occurrence of inter-chromosomal effects, and to determine whether there is an accumulation of unbalanced products in aneuploid/diploid gametes.

Methods: A sequential FISH protocol based on two successive hybridization rounds over the same spermatozoa was performed to determine the segregation outcome of the rearranged chromosomes. The presence of numerical abnormalities for 13, 18, 21, X and Y was also evaluated by sperm FISH. Those aneuploid/diploid gametes were subsequently reclassified and analyzed for their segregation content through additional hybridization rounds.

Results: The segregation pattern observed reported a very low production of normal balanced gametes (11.7 %). Significant increased frequencies of diploids and disomics for chromosomes X/Y and 18 were detected ($p < 0.001$). Aneuploid and diploid spermatozoa displayed significant increases of 5:1, 6:0 and other unexpected disjunction modes ($p < 0.001$).

Conclusions: The strategy developed in this study is a reliable new approach to establish the full segregation pattern of complex chromosome rearrangements (CCR). Results corroborate the low number of normal balanced spermatozoa produced by CCR carriers and support previous findings regarding an altered segregation pattern in gametes with numerical abnormalities. Altogether this confirms the importance of PGD as a tool to prevent the transmission of chromosomal abnormalities to the offspring in CCR patients.

Keywords: Complex chromosome rearrangement · Fluorescent in situ hybridization · Interchromosomal effect · Meiotic segregation · Spermatozoa

Introduction

Structural chromosomal rearrangements involving three or more breakpoints are called complex chromosome rearrangements (CCR). The intrinsic complex nature of these rearrangements involves a wide range of categories. They can be classified according to the total number of breaks, the location/distribution of breakpoints or the chromosomal structure of the reorganization (reviewed by Pelletier et al [15]). Based on this last classification criterion, CCR can be divided into three-way rearrangements (when three chromosomes suffer one break each and interchange the distal segments), exceptional CCR (when more than one breakpoint per chromosome is present), and double two-way translocations (involving two or three independent translocations in the same carrier). Despite the lack of surveys referring to a concrete incidence in the general population, the frequency among infertile individuals has been estimated around 0.1 % [14].

Most of the three-way exchange-based rearrangements are balanced, and carriers are phenotypically normal, although

Citation: The study reveals a low production of normal balanced gametes in a t(1;8;2)(q42;p21;p15) carrier and supports previous findings related to the presence of an altered segregation pattern in gametes with numerical abnormalities.

A. Gudo · J. Blanco · F. Vidal · E. Anton (✉)
Unitat de Biologia Cel·lular i Fisiologia de Biotecnologia, Universitat Autònoma de Barcelona, 08193 Bellaterra, Spain
e-mail: ester.anton@uab.cat

M. Parriego · M. Boda
Reproductive Medicine Service, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, Spain



Actualització i noves indicacions per a la preservació de la fertilitat mèdica i social

Clara González Ullastrosa
Montserrat Boda Pala
Servei de Medicina de la Reproducció,
Departament d'Obstetrícia,
Ginecologia i Reproducció, Hospital
Universitari Clínic Dexeus, Barcelona



La preservació de la fertilitat és una disciplina emergent a la medicina reproductiva que permet conservar la fertilitat i la capacitat reproductiva d'un individu amb qualsevol patiment que pugui afectar la fertilitat, ja sigui per tractaments oncològics o per causa de les alteracions de l'edat que acompanyen a l'infertilitat i el fet de tenir descendents.

En la preservació de la fertilitat per indicació mèdica, encara que la majoria de pacients que reben aquestes tècniques de preservació són agents oncològics i oncològics i que resulten oncològics, existeix un grup de pacients afectats per altres malalties que requereixen tractaments oncològics, radiològics, etc. i que també poden incloure a aquesta categoria.

En aquests pacients cal establir prèviament la fertilitat i la capacitat reproductiva de l'individu. Capítol clau de la conservació de la fertilitat és l'opció de gametes que no hauria de ser el producte d'un CCR, ja que la seva segregació és més complexa i pot donar lloc a gametes no equilibrats.

En la preservació de la fertilitat per indicació mèdica, aquestes tècniques que són prèviament a l'acte oncològic i que impliquen un risc de transmissió de malalties genètiques, cal establir prèviament la fertilitat i la capacitat reproductiva de l'individu, ja que la seva segregació és més complexa i pot donar lloc a gametes no equilibrats.

En la preservació de la fertilitat per indicació mèdica, aquestes tècniques que són prèviament a l'acte oncològic i que impliquen un risc de transmissió de malalties genètiques, cal establir prèviament la fertilitat i la capacitat reproductiva de l'individu, ja que la seva segregació és més complexa i pot donar lloc a gametes no equilibrats.

Elecció dels tractaments oncològics sobre la fertilitat

En pacients que reben tractaments oncològics amb intenció de curació o control de la malaltia, és important que els pacients i els seus familiars tinguin en compte, com a conseqüència d'aquests tractaments, el risc de perdre la fertilitat i la capacitat reproductiva.

En pacients que reben tractaments oncològics amb intenció de curació o control de la malaltia, és important que els pacients i els seus familiars tinguin en compte, com a conseqüència d'aquests tractaments, el risc de perdre la fertilitat i la capacitat reproductiva.

En pacients que reben tractaments oncològics amb intenció de curació o control de la malaltia, és important que els pacients i els seus familiars tinguin en compte, com a conseqüència d'aquests tractaments, el risc de perdre la fertilitat i la capacitat reproductiva.

però també, tenir en compte la capacitat reproductiva de l'individu i la capacitat reproductiva de l'individu.

En pacients que reben tractaments oncològics amb intenció de curació o control de la malaltia, és important que els pacients i els seus familiars tinguin en compte, com a conseqüència d'aquests tractaments, el risc de perdre la fertilitat i la capacitat reproductiva.

Conservació de la fertilitat

La conservació de la fertilitat és una tècnica que permet conservar la fertilitat i la capacitat reproductiva d'un individu amb qualsevol patiment que pugui afectar la fertilitat, ja sigui per tractaments oncològics o per causa de les alteracions de l'edat que acompanyen a l'infertilitat i el fet de tenir descendents.

En pacients que reben tractaments oncològics amb intenció de curació o control de la malaltia, és important que els pacients i els seus familiars tinguin en compte, com a conseqüència d'aquests tractaments, el risc de perdre la fertilitat i la capacitat reproductiva.

En pacients que reben tractaments oncològics amb intenció de curació o control de la malaltia, és important que els pacients i els seus familiars tinguin en compte, com a conseqüència d'aquests tractaments, el risc de perdre la fertilitat i la capacitat reproductiva.

però també, tenir en compte la capacitat reproductiva de l'individu i la capacitat reproductiva de l'individu.

En pacients que reben tractaments oncològics amb intenció de curació o control de la malaltia, és important que els pacients i els seus familiars tinguin en compte, com a conseqüència d'aquests tractaments, el risc de perdre la fertilitat i la capacitat reproductiva.

Conservació de la fertilitat

La conservació de la fertilitat és una tècnica que permet conservar la fertilitat i la capacitat reproductiva d'un individu amb qualsevol patiment que pugui afectar la fertilitat, ja sigui per tractaments oncològics o per causa de les alteracions de l'edat que acompanyen a l'infertilitat i el fet de tenir descendents.

En pacients que reben tractaments oncològics amb intenció de curació o control de la malaltia, és important que els pacients i els seus familiars tinguin en compte, com a conseqüència d'aquests tractaments, el risc de perdre la fertilitat i la capacitat reproductiva.

En pacients que reben tractaments oncològics amb intenció de curació o control de la malaltia, és important que els pacients i els seus familiars tinguin en compte, com a conseqüència d'aquests tractaments, el risc de perdre la fertilitat i la capacitat reproductiva.

Aspectes ètics i jurídics relacionats amb la donació de gàmetesClara González,¹ Elisabet Clua,¹ Montse Boada.^{1,2,3}

1. Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona
2. Comissió Assessoradora sobre Tècniques de Reproducció Humana Assistida
3. Comitè de Bioètica de Catalunya

Les tècniques de reproducció assistida (TRA) i especialment els programes de donació de gàmetes han possibilitat que dones en edat fèrtil que tinguin problemes per produir oòcits regularment puguin tenir fills mitjançant oòcits de donant. D'altra banda, dones sense parella masculina o amb parella afectada d'un **factor d'infertilitat masculina greu** an pogut també reproduir-se gràcies a la disponibilitat de bancs d'esperma de donants.

La utilització de gàmetes de donant es du a terme al nostre país en condicions de gratuïtat i anonimat: des de 1980¹ en el cas del semen i des de 1988² en el cas dels oòcits. En general, les TRA són molt ben acceptades en la societat occidental on la maternitat cada cop s'endarrerix més (l'edat mitjana del primer fill l'any 2011 va ser de 31,3 anys³) i la incidència d'infertilitat és força freqüent (entre el 10 i el 20% de les dones en edat fèrtil⁴). En el nostre país, el marc jurídic actual i la possibilitat de poder accedir a gàmetes de donant han permès la reproducció de dones sense parella o amb parella del mateix sexe la qual cosa ha propiciat l'aparició de nous models de família.

És evident que totes aquestes opcions necessiten un cert control i seguiment per tal de garantir-ne la bona praxi. Tot i la finalitat terapèutica que hi ha sempre darrere de l'aplicació de les TRA, la clínica diària ens posa de manifest situacions que no estan lliures de controvèrsia. És per aquest motiu que caldria revisar alguns aspectes dels protocols d'actuació dels centres de TRA com, per exemple, l'anamnesi dels donants de gàmetes i el seguiment dels infants nascuts fruit d'aquestes tècniques. Caldria fer un esforç d'adequació a la Directiva europea 2004/23⁵ sobre donació, traslladada al nostre ordenament jurídic mitjançant el Reial decret 1301/2006⁶ pel qual s'estableixen les normes de qualitat i seguretat per a la donació, l'obtenció, l'avaluació, el processament, la preservació, l'emmagatzematge i la distribució de cèl·lules i teixits humans i s'aproven les normes de coordinació i funcionament per a l'ús en éssers humans, però que malauradament no està tenint un seguiment ampli en el camp de la reproducció assistida. El registre de donants o un sistema de biovigilància són alguns dels punts cabdals que, malgrat que estan regulats, no s'han implementat.⁷

Les facilitats per a la pràctica de donacions de gàmetes i embrions que estableix la llei espanyola sobre TRA (Llei 14/2006 sobre tècniques de reproducció humana assistida⁸) propicia desplaçaments de pacients provinents d'altres països en els quals la llei no les permet o posa importants limitacions com, per exemple, Itàlia, on està prohibida la donació d'oòcits, o França, on les parelles homosexuals i les dones solteres no tenen accés a les TRA.⁹ S'hauria de treballar per tal que els pacients escullin els centres de reproducció assistida per raons mèdiques i no únicament per

REVIEW ARTICLE

Cancer and fertility preservation: Barcelona consensus meeting*Francisca Martínez¹, Marta Devesa¹, Buenaventura Coroleu¹, Rosa Tur¹, Clara González¹, Montserrat Boada¹, Miquel Solé¹, Anna Velga^{1,2}, and Pedro N. Barri³

¹Departament de Obstetrícia, Ginecologia i Medicina de la Reproducció, Institut Universitari Dexeus, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain and ²Centre of Regenerative Medicine in Barcelona (CRM RB), Barcelona, Spain.

Abstract

Improvements in early diagnosis and treatment strategies in cancer patients have enabled younger women with cancer to survive. In addition to the stressful event of the diagnosis, patients with malignant diseases face the potential loss of the opportunity to have children. Preservation of fertility has become a challenging issue and it is still surrounded by controversy. On the basis of available evidence, a group of experts reached a consensus regarding the options for trying to preserve fertility in women with cancer among established methods, its postpubertal women, oocyte cryopreservation is the preferred option, whereas ovarian tissue cryopreservation is the only possibility for prepubertal girls. Combining several strategies on an individual basis may improve the chances of success. Realistic information should be provided before any intervention is initiated. Counseling should offer support for patients and provide better care by understanding emotional needs, psychological predictors of distress and methods of coping. Early referral to the fertility specialist is essential as fertility preservation (FP) may improve quality of life in these patients. The information summarized here is intended to help specialists involved in the treatment of cancer and reproductive medicine to improve their understanding of procedures available for FP in young cancer patients.

Keywords

Cancer, consensus, fertility preservation, oocyte vitrification, ovarian tissue cryopreservation

History

Received 26 September 2012
Accepted 20 October 2012
Published online 24 January 2013

Introduction

Advances in the diagnosis and treatment of cancer have resulted in increased life expectancy of oncological patients. Long-term cancer survivors, however, are faced with different effects of treatment, including the risk of infertility. In a recent survey, it was found that 61% of women who received treatment that potentially could affect fertility were counseled by the oncology team [1]. One of the reasons given by doctors is lack of knowledge about reproductive options.

Methods

This updated review addresses controversial issues related to the best approach and treatment options for cancer in female patients

*Participants (in alphabetical order): C.Y. Andersen (Copenhagen, Denmark); G. Arroyo (Barcelona, Spain); P.N. Barri (Barcelona, Spain); M. Boada (Barcelona, Spain); J.A. Castilla (Granada, Spain); D. Cruz (Barcelona, Spain); M. Devesa (Barcelona, Spain); J. Donnez (Brussels, Belgium); Y. Englert (Brussels, Belgium); J.A. Garcia Velasco (Madrid, Spain); D. Guerra (Barcelona, Spain); B. Martinez (Madrid, Spain); F. Martinez (Barcelona, Spain); D. Meirone (Tel Hashomer, Israel); C. Orma (Brussels, Belgium); G. Pennings (Ghent, Belgium); H. Picton (Leeds, UK); L. Renni (Rome, Italy); F. Shestakoff (London, UK); R. Vanessa (Barcelona, Spain); A. Velga (Barcelona, Spain); and H. Wallace (Edinburgh, UK).

†Francisca Martínez and Marta Devesa have contributed equally to this study and shared first authorship credit.

Address for correspondence: Francisca Martínez, MD, PhD, Departamento de Obstetrícia, Ginecologia y Medicina de la Reproducció, Institut Universitari Dexeus, Gran Via Còrles III 17-75, E-08008 Barcelona, Spain. Tel: +34 93 224747; Fax: +34 93 4187832; E-mail: p.n.barri@dexeus.com

who are concerned of preserving and managing their fertility (Table 1). Conclusions reached by a group of experts on the panel of the "Fertility Preservation Update: Consensus Meeting", which was held in Barcelona, Spain, in June 6-7, 2011, and organized by Dexeus Foundation, Women's Health and BROCAT International Centre for Scientific Debate are here reported, with the literature updating during the preparation of this manuscript.

Results**Epidemiology of cancer in childhood and young adults**

Cancer in childhood is uncommon (only accounts for 1% of all diagnosed malignancies) but is the second cause of mortality in this stage of life, only surpassed by unintended injuries. Each year between 12 000 and 15 000 children and adolescents younger than 20 years are diagnosed with cancer in the US [2]. Owing to improvements in diagnosis and treatment, survival has improved dramatically, with current survival rates nearing 75% for children and adolescents. Estimates suggest that by 2010, one in 715 people in the UK survived cancer during childhood [3].

Prevention in childhood cancer is not useful and there is a high risk of sequelae in the developing tissues secondary to the intensity and modalities of cancer therapy. The younger the patient, the more susceptible is to the effect of treatment. Also, the more aggressive the treatment, the most increase is in survival. Increasing survival trends over time have been consistently demonstrated in children and adolescents/young adults over the past 40 years (4.5), with five-year survival rates now approaching 80% [4].

With this increase in rates of survivorship has come the recognition that survivors are at risk for adverse health and

RIGHTS LINK



REVISTA IBEROAMERICANA DE
FERTILIDAD

Estudio comparativo de dos tratamientos de androgenización en mujeres con baja respuesta en FIV <40 años: Parche de testosterona en protocolo largo versus Letrozole en protocolo con antagonistas

Comparative study of two androgenizing treatments in poor-responder IVF patients ≤ 40 years: transdermal testosterone in long protocol versus letrozole in protocol with antagonists

Francisca Martínez^{1,2}, Rosa Tar¹, Ignacio Rodríguez¹, Marta Devesa¹, Buenaventura Coroleu¹

¹Salud de la mujer Dexeus, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Institut Universitari Dexeus, Barcelona.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es comparar dos protocolos de tratamiento de las mujeres con antecedente de Baja Respuesta en FIV: estimulación de la ovulación con gonadotropinas en protocolo largo y parche de testosterona versus gonadotropinas en protocolo corto con antagonista y letrozole.

Materiales y métodos: estudio piloto comparativo en el que se incluyeron de manera prospectiva 26 pacientes ≤ 40 años y FSH basal ≤11U/L, 13 en cada grupo de tratamiento. Resultados: no se observaron diferencias entre ambos grupos respecto a los niveles de Estradiol el día de hCG, número de ovocitos recuperados o número y calidad de los embriones transferidos. Antes de iniciar la estimulación, los niveles de Testosterona plasmática fueron significativamente más elevados en el Grupo-Parche, mientras que los niveles de LH fueron significativamente más elevados en el Grupo-Letrozole, en el día 1 y 5 de estimulación. La tasa de embarazo fue significativamente superior en el Grupo-Parche (p=0,045 (46,2% vs 7,7% por paciente y 50% vs 9,1% por transfer, respectivamente). No hubo diferencias en la tasa de implantación (11,1% vs 30,4%) (p=0,25). Estos resultados preliminares en esta pequeña muestra de pacientes con Baja Respuesta animan a continuar investigando la eficacia del parche de testosterona en el manejo de estas pacientes.

(Ginecología, Fertil. Rep. Hum. 2013; 36: xxx-xxx) © Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana

Palabras Clave: Baja respuesta, FIV, Testosterona, Letrozole, Protocolo largo, protocolo corto.

Aceptado definitivamente: 23/11/12
Francisca Martínez, Salud de la mujer Dexeus, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Institut Universitari Dexeus, Barcelona; pcamar@dexeus.com
SOLICITUD REIMPRESIÓN: Email: contacto@revistafert.com

Letter to the Editor

Eur J Contracept Reprod Health Care Downloaded from informahealthcare.com by Universidad Pompeu Fabra on 08/27/14 For personal use only.

Can a meta-analysis that included articles with high heterogeneity appropriately evaluate the risk of venous thromboembolism in users of combined hormonal contraceptives containing drospirenone or desogestrel? A reply to Rosa *et al.*

Sir: We appreciate Professor Rosa's and her co-authors' interest in our systematic review^{1,2}. They claim that some of our meta-analyses were compromised by the high heterogeneity which affected two studies, one pertaining to drospirenone, and the other one to desogestrel. We agree that measures of heterogeneity are essential in meta-analyses of clinical trials. How-



IN VITRO FERTILIZATION

Is AMH useful to reduce low ovarian response to GnRH antagonist protocol in oocyte donors?

Francisca Martínez, Elisabet Clua, Olga Carreras, Rosa Tur, Ignacio Rodriguez, and Pere N. Barri

Department of Obstetrics, Gynaecology and Reproduction, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, Spain

Abstract

We aimed to establish the reference values of Anti-Müllerian hormone (AMH) in our oocyte donor population and correlate them with the ovarian response to an antagonist stimulation protocol and to study the predictive capacity of AMH for poor response (PR). Normal AMH curves were obtained for 172 candidates. AMH levels decreased with age although they showed great heterogeneity and spread in absolute values at any age range. AMH levels showed a positive correlation, statistically significant, with the Antral Follicle Count ($r = 0.205$), and number of oocytes retrieved ($r = 0.356$). In receiver operating characteristic curve analysis a threshold value of AMH = 2.31 ng/ml predicted for retrieval ≤ 6 MII (area under the curve (AUC) 0.675) was identified. This cut-off predicted PR with a sensitivity of 70.4% and a specificity of 61.8% (PPV = 38.6%; NPV = 85.5%; $p = 0.004$). When performing a multiple logistic regression analysis including age, AFC and FSH, an AUC = 0.668 for PR was obtained whereas if AMH was added to the model it resulted in an AUC = 0.713. In oocyte donors aged 18 to 35 with an AFC ≥ 10 and basal FSH ≤ 10 mIU/ml, measuring AMH levels involved just slightly the prediction for PR.

Keywords

AMH, GnRH antagonist, oocyte donor, ovarian response, poor ovarian response

History

Received 6 January 2013
Revised 25 January 2013
Accepted 29 April 2013
Published online 12 June 2013

Introduction

Poor response (PR) to controlled ovarian hyperstimulation (COH) is a limiting factor for the success of Assisted Reproductive Techniques. In IVF patients, PR is attributed, in general terms, to a low ovarian reserve (OR). Therefore, an abnormal OR test is one of the criteria recently agreed on to define PR [1].

It has been shown that in women consulting for infertility, the Anti-Müllerian hormone (AMH) correlates with the ovarian response to stimulation and is considered an excellent OR marker comparable with antral follicle count (AFC) [2]. Its levels do not vary throughout the menstrual cycle [3] and it has been suggested as a risk marker of PR and hyperstimulation [4].

Oocyte donors (OD) are healthy young women who undergo ovarian stimulation to achieve at least six mature oocytes (MI) [5].

Donor candidates are routinely submitted to an OR assessment in their early follicular phase. Despite this screening, up to 15% of OD may still show a PR [6,7], which adds extra expenses to the procedure. It would be helpful to have a marker that allows a finer selection of donors and a reduction of the PR rate.

Most of the information available about the predictive capacity of AMH as an OR marker refers to the stimulation treatment with long protocol in a population of women consulting for infertility [3,8,9]. However, stimulation with GnRH antagonists is becoming more frequent in OD because it allows to trigger ovulation with a

GnRH agonist, avoiding the risk of hyperstimulation [10]. Accordingly, it seems necessary to prove the utility of AMH as a marker of good response with this specific protocol in an OD cohort.

We aimed to establish the reference values of AMH in our OD population and correlate them with the ovarian response to stimulation with a GnRH antagonist protocol. The secondary objective was to study the predictive capacity of PR compared with the current standard strategy based on AFC and basal FSH.

Materials and methods

Subjects and study design

The study was carried out at the Institut Universitari Dexeus between January 2010 and October 2011. Women between 18 and 35 years of age wishing to undergo oocyte donation, who fulfilled all the clinical and legal requirements described previously [6], were included in the study. Moreover, the following inclusion criteria had to be met: first stimulation cycle, body mass index (BMI) between 18 and 28 kg/m², regular periods (25–35 days), presence of both ovaries and no diagnosis of suspicion of polycystic ovarian syndrome (PCOS) or endometriosis.

All candidates to OD fulfilling the inclusion criteria underwent a physical examination, full blood test, electrocardiogram (ECG), ultrasound scan and FSH and Estradiol measurements between days 3 and 5 of their cycle. To obtain the normal curves, all women performing the hormonal measurements were considered. For the analysis of the predictive value of AMH to the ovarian response only OD completing the screening were included. Subjects with an AFC < 10 and FSH level > 10 mIU/ml were excluded.

Address for correspondence: Francisca Martínez, Department of Obstetrics, Gynaecology and Reproduction, Salut de la Dona Dexeus, Institut Universitari Dexeus, Ctra Via Carles III, 71-75, 08028 Barcelona, Spain. E-mail: pbarri@dexeus.com

RIGHTS LINK

ARTICLE IN PRESS

LETTER TO THE EDITOR

Have antimüllerian hormone and antral follicle count been given the same opportunities?

TO THE EDITOR: We read with great interest the paper "Antimüllerian hormone in gonadotropin-releasing hormone antagonist cycles: prediction of ovarian response and cumulative treatment outcome in good-prognosis patients" by Arce et al. [1]. In that paper, the authors make a secondary analysis of the MEGASET study, concluding that antimüllerian hormone (AMH) can predict oocyte yield, categories of ovarian response, and live birth from IVF, and that AMH was associated with these outcomes, regardless of the type of gonadotropin used. Moreover, as Nelson pointed out in the same issue of the journal [2], in Arce et al.'s analysis it was observed that the antral follicle count (AFC) was not associated with any of these outcomes.

There are two aspects that we would like to comment on. First, as already mentioned by Nelson, earlier studies observed that AMH and AFC were essentially equivalent in ovarian response prediction. We recently analyzed our population of oocyte donors [3] that presented similar inclusion criteria to that of the study by Arce et al., i.e. normal ovarian reserve (OR) by AFC and basal FSH. In this population treated with antagonists, AMH levels (analyzed by the Gen 2 ELISA) correlated significantly with the number of metaphase II oocytes (MI) retrieved. The AMH cutoff to predict a retrieval of < 6 MI was 2.31 ng/mL. AMH showed a mild capacity to discriminate poor response (area under the receiver operating characteristic curve [AUC] 0.675). We carried out a multiple regression analysis including age, AFC, and FSH to obtain a poor ovarian response prediction model, and the AUC was 0.668 (95% confidence interval [CI] 0.540–0.796); if AMH was added to the model, the AUC was 0.713 (95% CI 0.596–0.830), only slightly improving the prediction capacity. According to our results, measuring AMH is not an advantage for those reproductive medicine centers with easy access to AFC and FSH. In Arce et al.'s paper, blood samples were analyzed at a central laboratory, whereas the AFC was performed at each investigational site by different

observers, and a sonographer-dependent variability has been suggested.

It is not infrequent to see patients coming from other reproductive centers with hormone analysis results that were performed in another laboratory. Repeating the same analysis would lead to unnecessary costs, especially if one has easy access to high-quality ultrasound. This availability is a prerequisite in any reproductive center, whereas not all clinics may have an approved laboratory to determine AMH.

On the other hand, we find it remarkable the fact that the cutoff of AMH to predict hyperresponse is lower for highly purified (hp) hMG (28 pmol/L) than for FSH (31 pmol/L); if we take into account that with FSH the number of retrieved oocytes was significantly higher than with hp-hMG, we would expect the opposite finding.

Finally, we would like to state that Arce et al.'s analysis is very interesting and provides a useful tool to individualize treatments; nevertheless, we think that those reproductive centers that do not have easy access to AMH testing but do have skill in AFC measurement can still rely on AFC as a marker of ovarian response.

Francisca Martínez, Ph.D.
Marta Devesa, M.D.
Pedro Nolasc Barri, Ph.D.
Institut Universitari Dexeus, Barcelona, Spain

May 14, 2013

<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.05.049>

REFERENCES

1. Arce JA, La Marca A, Klein BK, Anderson AN, Fleming B. Antimüllerian hormone in gonadotropin-releasing-hormone antagonist cycles: predictors of ovarian response and cumulative treatment outcome in good-prognosis patients. *Fertil Steril* 2013;99:1644–52.
2. Nelson SM. Antimüllerian hormone is the winning on the wall for antral follicle count? *Fertil Steril* 2013;99:1563–4.
3. Martínez F, Clua E, Carreras O, Tur R, Rodríguez I, Barri PN. Is AMH useful to reduce low ovarian response to GnRH antagonist protocol in oocyte donors? *Gynecol Endocrinol* 2013. In press. doi: 10.1080/09513596.2013.801443.

ORIGINAL ARTICLE

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

Francisca Martínez, Fuhia Mancini, Miquel Solé, Maria José Gomez, Dalia Beatriz Rodríguez, Rosario Buxaderas, Ignacio Rodríguez, and Pedro Nolasc Barri

Obstetric, 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 73% 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.

Introduction

Ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS) is an iatrogenic complication of stimulation 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 Parrizón [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 centres from all over the world, 89.1% of the 151 000 cycles/year were performed with agonist, compared in 12.0% of cycles in which an antagonist was used [8].

Address for correspondence: Francisca Martínez, Obstetric, Gynecology and Reproduction Department, Reproductive Medicine Service, Hospital Universitario Quirón Dexeus Gran Via, Cádiz III, 73-75, Barcelona 08028, Spain. Tel: +34 932234700. Fax: +34 93 2274727. E-mail: parriz@dexesus.com

Even though the dose of gonadotropin 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 crowding, 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 3 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 6-8 days of gonadotropin

Keywords

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

History

Received 20 October 2012
Accepted 24 October 2012
Published online 22 November 2013

In vitro development and chromosome constitution of embryos derived from monopronucleated zygotes after intracytoplasmic sperm injection

Sílvia Mates, M.Sc.,¹ Mònica Parviego, M.Sc.,² Montserrat Boidà, Ph.D.,³ Francesca Vidal, Ph.D.,² Buenaventura Carollas, M.D.,² and Anna Velga, Ph.D.^{2,4}¹ Reproductive Medicine Service, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction, Institut Universitari Dexeus; ² Cell Biology Unit, Faculty of Biosciences, Universitat Autònoma de Barcelona; and ³ Stem Cell Bank, Center for Regenerative Medicine, Barcelona, Spain.

Objective: To study the chromosome constitution and *in vitro* development of embryos derived from monopronucleated (1PN) zygotes after intracytoplasmic sperm injection (ICSI).

Design: Prospective study.

Setting: Private assisted reproduction center.

Patients: Fifty-four 1PN-2PB zygotes obtained from 48 ICSI cycles.

Intervention(s): Pronuclear diameter measured 18 ± 2 hours after ICSI and embryonic *in vitro* development assessed until the blastocyst stage or arrest; embryos disaggregated and all cells analyzed for chromosomes 13, 18, 21, X, and Y by fluorescent *in situ* hybridization (FISH).

Main Outcome Measure(s): Pronuclear size, *in vitro* embryo development, and cytogenetic characteristics.

Result(s): All the embryos were chromosomally abnormal (7.4% diploid mosaic, 16.7% haploid mosaics, 5.5% aneuploid mosaic, and 70.4% chaotic mosaic), and 35.2% showed a Y chromosome. No difference in the pronuclear size was observed according to the type of abnormality. Only 7.4% of the embryos resulted in blastocysts with good morphologic features.

Conclusion(s): Despite showing only one pronucleus, most of the zygotes resulted from fertilization. Embryos derived from 1PN ICSI zygotes are chromosomally abnormal. Neither the pronuclear size nor the *in vitro* developmental ability of these embryos can be predictive of their chromosomal constitution. According to our results, embryos that develop from 1PN ICSI zygotes should be discarded for any reproductive purpose. (Fertil Steril 2013;99: 897-902. ©2013 by American Society for Reproductive Medicine.)

Key Words: Chromosome constitution, FISH, intracytoplasmic sperm injection, *in vitro* development, monopronucleated zygotes

Discuss: You can discuss this article with its authors and with other ASRM members at <http://fertstertforum.com/mates-in-vitro-development-chromosome-constitution/>



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

*Download a free QR code scanner app from the App Store or Google Play.

Zygotes showing a single pronucleus are sometimes considered acceptable for clinical use when no two pronuclei (2PN) and two polar bodies (2PB) zygotes are available. It

has been reported that monopronucleated (1PN) zygotes obtained from conventional *in vitro* fertilization (IVF) are mainly diploid [1, 2] and could be used for reproductive purposes;

however, 1PN zygotes resulting from intracytoplasmic sperm injection (ICSI) are usually discarded because they have been associated with chromosomal abnormalities. Several studies have addressed the chromosomal status of embryos derived from 1PN ICSI zygotes, but no concordant results have been reported [3-5]. Discrepancies between these studies can be related to their methodologies, the number of cells analyzed, or the developmental stage when the analyses were

Received February 16, 2012; revised and accepted November 1, 2012. ©2013 American Society for Reproductive Medicine. All rights reserved. ISSN: 0014-725X. This journal is indexed/abstracted in MEDLINE, EMBASE, SCOPUS, and other databases. For more information, please contact: Elsevier Health Sciences, 360 Park Avenue South, New York, NY 10010-1710, USA. Tel: +1 212 633 3830. Fax: +1 212 633 2600. Email: journal@elsevier.com

Fertility and Sterility® Vol. 99, No. 3, March 1, 2013 0015-0282/13/99/03/897-06
Copyright ©2013 American Society for Reproductive Medicine. Published by Elsevier Inc.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertstert.2012.11.014>

VOLUME 99 NUMBER 3 / MARCH 1, 2013

897

ARTICLE IN PRESS

ORIGINAL ARTICLE: REPRODUCTIVE ENDOCRINOLOGY

Neuroendocrine recovery initiated by cognitive behavioral therapy in women with functional hypothalamic amenorrhea: a randomized, controlled trial

Vasiliki Michopoulos, Ph.D.,¹ Fulvia Manoni, M.D.,² Tammy L. Louck, M.P.H., D.P.H.,³ and Sarah L. Berga, M.D.⁴

¹ Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, School of Medicine, Emory University, Atlanta, Georgia; ² Service of Reproductive Medicine, Department of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Medicine, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, Spain; ³ Department of Gynecology and Obstetrics, School of Medicine, Emory University, Atlanta, Georgia; and ⁴ Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Wake Forest University, Winston-Salem, North Carolina

Objective: To determine whether cognitive-behavior therapy (CBT), which we had shown in a previous study to restore ovarian function in women with functional hypothalamic amenorrhea (FHA) could also attenuate hypercortolemia and improve other neuroendocrine and metabolic consequences of FHA.

Design: Randomized controlled trial.

Setting: Clinical research center at an academic medical university.

Patients(s): Seventeen women with FHA were randomized either to CBT or observation.

Intervention(s): CBT versus observation.

Main Outcome Measure(s): Circulatory concentrations of cortisol, leptin, thyroid-stimulating hormone (TSH), total and free thyroxine (T₄), and total and free thyroxine (T₄) before and immediately after completion of CBT or observation. (Each woman served as her own control.)

Results(s): Cognitive behavior therapy but not observation reduced cortisol levels in women with FHA. There were no changes in cortisol, leptin, TSH, T₄, or T₄ levels in women randomized to observation. Women treated with CBT showed increased levels of leptin and TSH, but their levels of T₄ and T₄ remained unchanged.

Conclusion(s): In women with FHA, CBT ameliorated hypercortolemia and improved the neuroendocrine and metabolic consequences of FHA while observation did not. We conclude that a cognitive, nonpharmacologic approach aimed at alleviating problematic attitudes not only can restore ovarian activity but also improve reproductive and metabolic function in women with FHA.

Clinical Trial Registration Number: NCT01674426, (trialid) Serrit 2013. ■ ■ ■ © 2013 by American Society for Reproductive Medicine.

Key Words: Cognitive behavior therapy, cortisol, functional hypothalamic amenorrhea, reproduction, stress

Discuss: You can discuss this article with its authors and with other ASRM members at <http://forum.fertstert.org/michopoulos-cognitive-behavioral-therapy-functional-hypothalamic-amenorrhea/>



Received November 24, 2012; revised February 18, 2013; accepted February 25, 2013.
 V.M. has nothing to disclose. F.M. has nothing to disclose. T.L.L. has nothing to disclose. S.L.B. is a member of the University of Virginia Medical Alumni Association Board of Directors; has been on the Agile Therapeutics Medical Advisory Board, is a consultant for the A.H. Madaia, LLC annual business meeting, is a member of the Novartis Pharmaceutical Medical Advisory Board, the Watson Pharmaceutical Women's Health Strategic Advisory Board, the Teva Pharmaceutical Industries, Ltd., Expert Advisory Board, the Pfizer International Menopause Society 2013 Conference Symposium, the Gynographic Medical Advisory Board, and has provided expert testimony for KayDy, Vusi & Mayer, LLC, Regge-Baker Daniels, LLC, and Goodwin LLP; receives royalties from the UpToDate Peer Review Board; has received payment of travel expenses from Agile Therapeutics, A.H. Madaia, LLC, Novartis Pharmaceuticals, Watson Pharmaceutical, Teva Pharmaceutical Industries, Ltd., Pfizer, and Shionogi, Inc.; was on the ACCO Editorial Committee, Guidelines for Women's Health Care, the American Journal of Obstetrics and Gynecology advisory board for suboptimal neuroendocrinology and reproductive neuroendocrinology, the Endocrine Society Endocrine Self-Assessment Program Committee and the Clinical Practice Guidelines Task Force on Hypothalamic Amenorrhea, the nominating committee and the editorial board for Endocrinology, the Menopause editorial board, the CVD Network Member of the Society for Women's Health Research, and is a past president of the Society for Gynecologic Investigation.
 Supported by National Institutes of Health grants R01MH087648 (to S.L.B.), R01HD066470 (to the University of Pittsburgh), and T32 HD00910 (to V.A.), and in part by Public Health Service grant HL118925 (to S.L.B.) from the Atlanta Clinical and Translational Science Award program, National Institutes of Health National Center for Research Resources, and the Department of Gynecology and Obstetrics at Emory University.
 Reprint requests: Sarah L. Berga, M.D., Professor and Chairman, Department of Obstetrics and Gynecology, Associate Dean of Women's Health Research, Wake Forest School of Medicine, 1 Medical Center Boulevard, Winston-Salem, North Carolina 27157 (E-mail: sberga@wakehealth.edu).

Fertility and Sterility® Vol. ■, No. ■, 2013 0015-0267/\$36.00
 Copyright ©2013 American Society for Reproductive Medicine, Published by Elsevier Inc.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertster.2013.02.036>

VOL ■ NO ■ 2013

1

In vitro veritas 2013; 14:18-24



ISSN: 1697-5421

Història

Les ciències de laboratori clínic, fa trenta anys i a l'actualitat

Joan Nicolau Costa

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

Introducció

En aquest article es fa una revisió de les actes de les diverses jornades organitzades pel Comitè Europeu de Normes per al Laboratori Clínic (data endavem, ECCLS) que van tenir lloc entre 1981 i 1982 (1).

El contingut d'aquests documents permet albirar, més enllà dels avenços tecnològics, l'èxter de les ciències de laboratori clínic fa tres dècades i comparar-lo amb el present.

La meua mirada al llibre d'actes és inevitablement parcial i estibada, però trobarem propòsits i preocupacions encara vigents.

El Comitè Europeu de Normes per al laboratori clínic

Creat a imatge del Comitè Nacional de Normes per al Laboratori Clínic dels Estats Units d'Amèrica,

© Associació Catalana de Ciències de Laboratori Clínic

l'ECCLS es va constituir legalment el 1979 (2). El seu objectiu era aplegar les organitzacions professionals relacionades amb el laboratori clínic, l'administració sanitària i la indústria del diagnòstic *in vitro*.

Els estats reflecteixen la importància concedida a aquests col·lectius (3, 4). En efecte, els membres de ple dret podien ser:

- "Qualsevol organització pública o privada, acadèmica, científica o professional relacionada amb les ciències de laboratori clínic...
- Qualsevol organització governamental, o intergovernamental o agència relacionada amb la salut.
- Qualsevol corporació, companyia o organització relacionada amb el subministrament de material pel·l laboratori clínic."

<http://www.acclc.cat/continguts/iv147.pdf> 18

In vitro veritas 2013; 14:38-41



ISSN: 1697-5421

Història

El centenari del Primer Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana

Joan Nicolau Costa

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

Introducció

El 1903 se celebra el Primer Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. El fet que les ponències estiguin dedicades al valor semiològic de l'examen de la sang, o, d'acord amb la paraula de l'època, la «Valua semiològica del examen de la sang», pot ser d'interès pels professionals de les ciències de laboratori clínic.

Des d'aquesta perspectiva, i no des de la perspectiva de l'historiador, en aquest article comentare diversos aspectes del congrés.

El Context

A principis del segle vint, s'inicia a Catalunya el període conegut com el Noucentisme, el qual abasta tots els àmbits de la vida pública durant el primer terç del segle. És un moviment polític i cultural que

es manifesta en molts camps: el polític, el social, l'artístic, l'urbanístic i també el sociosanitari (1).

Així, al llarg d'aquest període, es creen nous hospitals, per exemple: l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, la Quina de Salut "La Alianza", l'Hospital Clínic i Provincial, la Casa Provincial de Maternitat, l'Hospital Creu Roja i l'Hospital de l'Esperança (2).

La medicina també inicia un període de transformacions i avenços que es conegut per alguns estudiosos amb el nom de la *medicina universitària*. El col·lectiu mèdic té un ideal de progrés i modernització i utilitza la llengua catalana per a la comunicació científica, tant en les publicacions com en els congressos.

Publicacions, congressos i normalització lingüística

De les diverses publicacions mèdiques d'aquest període, destaquen els *Anual de Medicina*, *Butlletí de*

© Associació Catalana de Ciències de Laboratori Clínic

<http://www.acclc.cat/continguts/ivv150.pdf> 38

Rev Int Androl. 2013;11(2):48-53



Revista Internacional de
Andrología

www.elsevier.es/andrologia



ORIGINAL

Evolución del método de fecundación *in vitro* en España: 1993-2010

Inmaculada Orozco^a, Ana Segura^{b,c}, Fernando Prados^d, Rosario Buxaderas^e, Juana Hernández^f, Javier Marqueta^g, Yolanda Cabello^h, María J. de los Santosⁱ, Esther Vidal^j, Julio Herrero^b, Sandra Zamora^l, Montserrat de Andrés^m y José A. Castilla^{n,l,n,*}

^a Unidad de Reproducción, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Unidad de Andrología, Servicio de Urología, Hospital General Universitario, Alicante, España

^c Unidad de Reproducción, Clínica Viztahermoso, Alicante, España

^d Unidad de Reproducción, Hospital de Madrid-Montepríncipe, Boadilla del Monte, Madrid, España

^e Servicio de Medicina de la Reproducción, Departamento de Obstetrícia, Ginecologia y Reproducción, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España

^f Servicio de Ginecología y Obstetrícia, Hospital San Pedro, Logroño, España

^g Instituto Balear de Infertilidad, Palma de Mallorca, España

^h Laboratorio de Reproducción, Clínica Ruber, Madrid, España

ⁱ Laboratorio FIV, IVI, Valencia, España

^j Unidad de Reproducción Asistida, Hospital Clínic i Provincial, Barcelona, España

^k Centro de Reproducción Asistida, Hospital Universitario Vell d'Hebrón, Barcelona, España

^l Más Vida Reproducción, Sevilla, España

^m Unidad de Reproducción, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

ⁿ Banco de semen Celler, Granada, España

Recibido el 21 de noviembre de 2012; aceptado el 14 de diciembre de 2012
Disponible en Internet el 11 de abril de 2013.

PALABRAS CLAVE

Fecundación *in vitro*;
inyección
espermiática
intracitoplasmática;
esterilidad;
Reproducción asistida

Resumen

Introducción: El objetivo del presente estudio fue comparar los cambios en el uso de la intracitoplasmática sperm injection (ICSI) en España, así como discutir las posibles causas.

Método: Se analizaron los datos del Registro de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) en el uso de fecundación *in vitro* (FIV) (ICSI) entre los años 1993-2010 con ovocitos propios y donados. Además se analizaron las causas que indicaron la FIV/ICSI y el porcentaje de ciclos realizados con ovocitos propios a mujeres mayores de 40 años.

Resultados: El uso de ICSI aumentó del 4% en 1993 al 89% en 2010 en ciclos de técnicas en reproducción asistida con ovocitos propios y del 59% en 1999 al 93% en 2008 en ciclos con ovocitos donados. En el periodo 1993-2001 se observa una disminución de indicaciones de FIV/ICSI por factor femenino y un aumento por factor masculino y esterilidad de origen desconocido (EOD).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josea.castilla.sopa@juntaoandaluca.es (J.A. Castilla).

1698-0114/\$ - see front matter © 2013 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva, Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.androl.2012.12.002>

ARTICLE IN PRESS

ORIGINAL ARTICLE: GENETICS

Does the S phase have an impact on the accuracy of comparative genomic hybridization profiles in single fibroblasts and human blastomeres?

Lalá Ramos, M.Sc.,¹ Javier del Rey, Ph.D.,¹ Gemma Gaisa, Ph.D.,² Olga Martínez-Passarell, Ph.D.,³ Mariona Rius, Ph.D.,⁴ Dolores Tuñón, M.Sc.,⁵ Mercedes Campillo, Ph.D.,⁶ Jordi Benet, Ph.D.,⁷ and Joaquina Navarro, Ph.D.⁸

¹ Unitat de Biologia Cel·lular i Genètica Mèdica, Facultat de Medicina, Departament de Biologia Cel·lular, Fisiologia i Immunologia, Universitat Autònoma de Barcelona; ² Fundació Puigvert, Hospital de Sant Pau i de la Santa Creu; ³ Clínica Sagrada Família; ⁴ Institut Universitari Dexeus; and ⁵ Área 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 GM03184 (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 10 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(s): 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® 2013; ■:■-■. ©2013 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/ramos/cg-h-cell-cycle-aneuploidy/>



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

Download a free QR reader for scanning the QR code. ©2013 American Society for Reproductive Medicine.

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 (2–8).

Analysis of the whole chromosomal complement of embryonic single cells

J Assist Reprod Genet (2013) 30:897–905
DOI 10.1007/s10815-013-0023-6

ASSISTED REPRODUCTION TECHNOLOGIES

Impact of assisted reproduction treatments on Spanish newborns: report of 14,119 pregnancies

E. Ricciarelli · J. Bruna · V. Verdú · M. J. Torrelló · R. Herrero · J. M. Gris · G. Arroyo · F. Pérez-Millán · E. Del Río · M. Fernández-Sánchez · V. Cabello · M. Arday · S. Fernández-Shaw

Received: 2 March 2013 / Accepted: 24 May 2013 / Published online: 19 June 2013
© Springer Science+Business Media New York 2013

Abstract

Purpose: To investigate neonatal malformation, prematurity, and stillbirth in singleton and multiple pregnancies derived from different Assisted Reproductive Techniques (ART).

Methods: In this prospective cohort study data were collected, from private and public Spanish IVF units, during the years 2008 and 2009. During this period, 8,682 pregnancies were analysed from the initial 14,119 pregnancies reported. Pregnancies included in the study derived from IUI ($n=1,065$), IVF ($n=838$), ICSI ($n=5,080$), FET ($n=1,404$) and PGD ($n=295$). This first analysis focuses primarily on neonatal malformation, prematurity, and stillbirth both in singleton and multiple pregnancies derived from different ART. Malformations were classified according to the WHO ICD 10 code.

Results: Malformations were found in 0.83 % of our newborns. No differences in malformations were observed between

singletons or multiples independently of the ART used. There was a significant difference in prematurity rate among singletons depending on treatment but this association was not observed in multiple pregnancies. Stillbirth was significantly lower in singleton (0.72 %) than in multiple pregnancies (1.82 %).

Conclusions: The percentage of malformations observed in ART newborns was similar to the rate observed in the normally-conceived Spanish population. Multiplicity seems to be the most important factor associated with an increased incidence of newborn complications such as prematurity or stillbirth.

Keywords: ART · Pregnancy outcome · Perinatal outcome · Malformations · Prematurity · Stillbirth

Caption: This report examines the impact of Assisted Reproductive Techniques (ART) on malformation in Spain. Malformations were found in 0.83 % of newborns, similar to levels in the general Spanish birth population.

E. Ricciarelli (✉)
IVI-Madrid, Madrid, Spain
e-mail: ericc@ivi.es

J. Bruna
Hospital Universitario Madrid-Moniprinceps, Madrid, Spain

V. Verdú
GINIVI, Madrid, Spain

M. J. Torrelló
Hospital Quirón, Barcelona, Spain

R. Herrero
IVI-Madrid, Madrid, Spain

J. M. Gris
Hospital Universitario Váll d'Hibron, Barcelona, Spain

G. Arroyo
Instituto Universitario Dexeus, Barcelona, Spain

F. Pérez-Millán · M. Arday
Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain

E. Del Río
Clínica Crechán, Barcelona, Spain

M. Fernández-Sánchez
IVI-Sevilla, Sevilla, Spain

V. Cabello
Clínica Ruber, Madrid, Spain

S. Fernández-Shaw
IRIB-García del Real, Madrid, Spain

Springer

Received August 1, 2013; revised October 18, 2013; accepted October 22, 2013.
J.B. has nothing to disclose; J.M.G. has nothing to disclose; G.A. has nothing to disclose; M.A. has nothing to disclose; D.T. has nothing to disclose; F.P.M. has nothing to disclose; V.C. has nothing to disclose; J.R. has nothing to disclose; S.F.S. has nothing to disclose.
Supported by the Fondo de Investigación Científica y Tecnológica (PI1000012) and Grupo de Biología de la Reproducción y el Desarrollo de la Universidad de Zaragoza (2009081107). The first author had a pre-doctoral grant from the Universitat Autònoma de Barcelona.

Reprint requests: Joaquina 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: joaquina.navarro@uab.cat).

Copyright © 2013 American Society for Reproductive Medicine. Published by Elsevier Inc.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertster.2013.10.037>

VOL ■ NO ■ ■ 2013

1

ORIGINAL ARTICLE

Endometriosis and IVF: are agonists really better? Analysis of 1180 cycles with the propensity score matching

Jorge Rodríguez-Purata, Buenaventura Coroleu, Rosa Tur, Beatriz Carrasco, Ignacio Rodríguez, and Pedro Nolasco Barri

Department of Gynecology, Obstetrics and Reproductive Medicine, Institut Universitari Dexeus, Gran Via de Carles III, Barcelona, Spain

Abstract

Objective: To compare the outcomes of patients with confirmed endometriosis undergoing an vitro fertilization (IVF)-embryo transfer (ET) treated with either gonadotropin-releasing hormone agonist (GnRH-a) or gonadotropin-releasing hormone antagonist (GnRHant) using the propensity score (PS) matching.

Design: Observational, retrospective analysis from January 2000 to December 2010.

Setting: Private tertiary fertility clinic.

Patients: Patients with endometriosis confirmed by ultrasound or surgery (American Fertility Society, AS grades I-IV) that underwent an IVF-ET, stimulated with standard controlled ovarian hyperstimulation (COH) and GnRH-a or GnRHant.

Intervention: A PS was assigned to all patients, which calculates the conditional probability of receiving a certain treatment; a higher PS (1) meant a higher probability of receiving treatment with GnRH-a, and a lower PS (0) meant a higher probability of receiving GnRHant. The PS was calculated with a logistic regression model adjusted specifically for age, follicle stimulating hormone, antral follicle count and previous IVF cycles. All patients were divided into three groups according to their PS.

Main outcome measures: pregnancy rate (PR) per cycle.

Results: 1180 patients were analyzed. Raw PR per cycle was 41.8% and 23.4%, and PR per ET was 44.3 and 27%, respectively. PR per cycle: 41.9 versus 30% in group A; in group B, 39.7% versus 36.4% and in group C, 15.4% versus 18.9%. The overall odds ratio for PR adjusted by PS was 1.10 (0.58–2.19).

Conclusions: After matching patients by PS, PR after COH with either GnRH-a or GnRHant may be equally effective.

Keywords

Endometriosis, GnRH agonist, GnRH antagonist, IVF-ET, propensity score

History

Received 11 February 2013
 Revised 29 April 2013
 Accepted 1 May 2013
 Published online 22 July 2013

Introduction

Endometriosis is a disease characterized by the presence of endometrial tissue outside the uterus; the possible mechanisms by which this ectopic endometrium reaches the pelvic cavity, the ovaries or the uterus is still a controversy. It affects approximately 10% of reproductive-age women and almost 40% among patients with symptoms such as dysmenorrhea or intermenstrual bleeding [1]. Fecundity in normal couples is in range of 0.15–0.20 per month and decreases with age, but in unpaired women with endometriosis and infertility, monthly fecundity is 0.02–0.10 [2]. The pathophysiology of endometriosis is not completely understood, and its etiology remains an enigma. Many possible mechanisms may explain the association between endometriosis and infertility: a distorted pelvic anatomy due to adhesions with the consequent impaired oocyte release, an altered peritoneal function because an increased concentration of macrophages and prostaglandins, which could adversely affect the oocyte, the sperm, the embryo or the fallopian tubes function; altered

hormonal and cell-mediated function; endocrine and ovulatory abnormalities and impaired implantation. These links are not clear even though the association is clinically recognized [3].

The appropriate treatment in case of endometriosis-related infertility is also controversial and not well established. Many controlled ovarian hyperstimulation strategies have been offered in patients undergoing *in vitro* fertilization (IVF)-embryo transfer (ET). Nevertheless, no compelling advantage for one stimulation protocol over another has been established, and the optimal stimulation protocol is still under debate. Different groups support either pretreatment with contraceptive pills or with gonadotropin-releasing hormone agonist (GnRH-a) therapy, with and/or without surgery, as an adjunct to the gonadotropin-releasing hormone (GnRH) analogue in the stimulation protocol, which are used to prevent possible deleterious effects of premature luteinizing hormone (LH) surges in assisted reproductive technologies (ART) [4–8].

To date, most published data [9–11] suggests that patients with confirmed endometriosis are treated with long GnRH-a protocol, with or without previous suppression therapy, mainly because of their alleged disease suppression. But in daily practice, in most patients with endometriosis-related infertility, treatment is decided by the physician preference based on his own experience. Even so, up to now, none of the reported trials are randomized because they are ethically or operationally unthinkable or simply

Address for correspondence: Jorge Rodríguez-Purata, MD, Department of Gynecology, Obstetrics and Reproductive Medicine, Institut Universitari Dexeus, Gran Via Carles III, 71-75, Barcelona, 08028 Spain. E-mail: jorgepurata@gmail.com

How does vitrification affect oocyte viability in oocyte donation cycles? A prospective study to compare outcomes achieved with fresh versus vitrified sibling oocytes

M. Solé^{1,2*}, J. Santaló², M. Boada¹, E. Clua¹, I. Rodríguez², F. Martínez¹, B. Coroleu¹, P.N. Barri¹, and A. Veiga^{1,4}

¹Reproductive Medicine Service, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction, Institut Universitari Dexeus, Gran Via Carles III, Barcelona 08028, Spain; ²Unit of Cellular Biology, Faculty of Sciences, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain; ³Unit of Biostatistics, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, Spain; ⁴Barcelona Sperm Cell Bank, Center of Reproductive Medicine, Barcelona, Spain

*Correspondence address. E-mail: msol@dexeus.com

Submitted on March 9, 2013; resubmitted on April 9, 2013; accepted on April 15, 2013

STUDY QUESTION: How does vitrification affect oocyte viability?

SUMMARY ANSWER: Vitrification does not affect oocyte viability in oocyte donation cycles.

WHAT IS KNOWN ALREADY: Oocyte vitrification is performed routinely and successfully in IVF and oocyte donation programs.

STUDY DESIGN, SIZE, DURATION: This is a prospective study performed between June 2009 and February 2012 to compare ongoing pregnancy rates and other indices of viability between fresh and vitrified oocytes. A total of 99 donations with more than 16 oocytes (#0) in which oocytes were allocated both to a synchronous recipient (fresh oocytes) and to an asynchronous recipient (vitrified oocytes) were included.

PARTICIPANTS/MATERIALS, SETTING, METHODS: The participants were consenting couples (donors and recipients) from the oocyte donation program. On the day of retrieval, the oocytes allocated to the synchronous recipient were inseminated and those allocated for banking were denuded of cumulus and vitrified. Vitrified oocytes were microinjected with spermatozoa 2 h after warming. Embryo transfer was performed on Day 2 of development in both groups, and the remaining embryos were cryopreserved on Day 3. Clinical pregnancy was defined by a positive fetal heartbeat at 6 weeks.

MAIN RESULTS AND ROLE OF CHANCE: A total of 989 oocytes were warmed and 85.6% survived. No significant differences were observed between fresh and vitrified oocytes: fertilization rate (80.7 versus 78.2%), ongoing embryo rate (71.0 versus 68.2%) or good-quality embryo rate (54.1 versus 49.8%). The mean number of embryos transferred was similar in both groups (1.82 ± 0.44 versus 1.90 ± 0.34). The implantation rate (33.3 versus 34.0%) and the multiple pregnancy rate (27.7 versus 20.8%) were also similar between both groups ($P > 0.05$). The live birth rate per cycle was 38.4% in the recipients of fresh oocytes and 43.4% in the recipients of vitrified oocytes ($P > 0.05$). Eighty-five frozen embryo transfers were also evaluated. Comparing embryos from fresh and vitrified oocytes there were no significant differences in the embryo survival rate (70.1 versus 65.8%), clinical pregnancy rate (40.8 versus 33.3%) or implantation rate (21.8 versus 26.8%).

LIMITATIONS, REASONS FOR CAUTION: The oocytes were donated by healthy, young women (≤ 35 years) and these results cannot be extrapolated to other populations.

WIDER IMPLICATIONS OF THE FINDINGS: Outcomes obtained with vitrified oocytes are as good as with fresh oocytes and the use of vitrification can be extended to new applications, e.g. accumulation of oocytes from successive stimulations for preimplantation genetic diagnosis, for patients at risk of ovarian hyperstimulation syndrome or in patients needing to preserve their fertility.

Prog Obstet Ginecol. 2012;54(Supl. 1):2-19



PROGRESOS de
OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pag



Acetato de ulipristal 5 mg en el manejo de los miomas uterinos

Francisco Vázquez^{a,*}, Francesc Baró^b, Santiago Palacios^c, Juan José Parrilla^d,
Francisco Carmona^e, Pedro N. Barri^f, Antonio Pellicer^g, Francisco Machado^h,
Juan Gilabertⁱ, Francisca Martínez^j, Alberto Vázquez^k, Jesús Jiménez^l,
Javier Monleón^m, Gregorio Lópezⁿ, María Jesús Cancelo^o y Joaquín Calaf^p

^aCentro de Estudios de Obstetricia y Ginecología, Asociado-CEGGA, Lugo, España
^bServicio de Ginecología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España
^cInstituto Palacios, Salud de la Mujer, Madrid, España
^dServicio de Ginecología, Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia, España
^eServicio de Ginecología, Hospital Clinic, Barcelona, España
^fInstitut Universitari Dexeus, Barcelona, España
^gServicio de Ginecología, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España
^hServicio de Ginecología, Hospital General Universitario, Valencia, España
ⁱServicio de Ginecología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España
^jServicio de Ginecología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España
^kServicio de Ginecología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

Introducción

Hace 30 años que se publicó en *Fertility and Sterility* la excelente y ya clásica revisión sobre los miomas uterinos de Bottram y Reiter¹. En aquel momento, las opciones de tratamiento se limitaban a la histerectomía y, con menor frecuencia, la miomectomía abdominal. En la actualidad, la oferta terapéutica se ha incrementado y disponemos, además, con mayor o menor eficacia, de tratamientos médicos, miomectomía histeroscópica, miomectomía laparoscópica, embolización de la arteria uterina o tratamiento con ultrasonidos de alta frecuencia dirigidos por resonancia magnética (RM).

Los miomas uterinos, fibromas uterinos o leiomiomas son tumores benignos del músculo liso del útero, monoclonales y dependientes de hormonas. Son los tumores más comunes de la mujer en la premenopausa. Después de los 40 años, 1 de cada 2 mujeres tiene miomas uterinos que, cuando son sintomáticos, causan anemia, debido al sangrado excesivo, dolor pélvico, presión pélvica, dolor menstrual, aumento de la frecuencia urinaria y, en ocasiones, infertilidad. Los miomas uterinos son también causa frecuente de un importante deterioro de la calidad de vida².

A pesar de la elevada prevalencia, la investigación acerca de los miomas es escasa comparada con otras enfermedades no malignas. Lo mismo sucede con la innovación médica, tal vez porque son tumores benignos, muchos asintomáticos y la mortalidad es muy baja³. Sin embargo, los cuestionarios de calidad de vida en pacientes con histerectomía por mioma tienen una puntuación peor que en pacientes con hipertensión, artritis, enfermedad pulmonar crónica o enfermedad cardíaca⁴.

El tratamiento más habitual para los miomas sintomáticos continúa siendo la cirugía, y la indicación más frecuente de histerectomía es el mioma uterino sintomático⁵. Otros procedimientos menos invasivos son la miomectomía, la embolización de la arteria uterina y los ultrasonidos.

Teniendo en cuenta que los miomas son dependientes de hormonas, se utilizan los análogos de la GnRH (hormona liberadora de gonadotropina, gonadotropin releasing hormone) como tratamiento preoperatorio de los miomas uterinos sintomáticos, por la supresión de estrógenos circulantes que ocasionan. Los análogos de la GnRH durante 3-4 meses, como tratamiento preoperatorio, han demostrado, en una revisión Cochrane⁶, ser eficaces para reducir el volumen uterino, el tamaño de los miomas y mejorar el nivel preope-

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: fvazquez@cegga.es (F. Vázquez).

ISSN 0013-75 - see front matter © 2012 SEGOG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

2.4. Servicio de Diagnóstico Ginecológico por Imagen



International Journal of Gynecology and Obstetrics 2013; 122: 467–471
Published online 2 September 2013 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/ijgo.12465

IOTA simple rules for discriminating between benign and malignant adnexal masses: prospective external validation

J. L. ALCÁZAR^a, M. À. PASCUAL^b, B. OLARTECOECHEA^a, B. GRAUPER^a, M. AUBÀ^a, S. AJOSSA^c, L. HERETER^d, R. JULVE^e, B. GASTÓN^a, C. PEDDES^f, F. SEDDA^f, A. PIRASI^f, L. SABAŞ^g and S. GUERRIERO^h

^aDepartment of Obstetrics and Gynecology, Clínica Universitat de Navarra, University of Navarra, Pamplona, Spain; ^bDepartment of Obstetrics and Gynecology, Institut Dexeus, University of Barcelona, Barcelona, Spain; ^cDepartment of Obstetrics and Gynecology, Ospedale San Giovanni di Dio, University of Cagliari, Cagliari, Italy; ^dDepartment of Radiology, Azienda Ospedaliera Università di Cagliari, Pilo di Monserrato, Cagliari, Italy

KEYWORDS: adnexal mass; diagnosis; sensitivity; specificity; ultrasound

ABSTRACT

Objective To determine the diagnostic performance of International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) 'simple' rules for discriminating between benign and malignant adnexal masses.

Methods A prospective study was performed between January 2011 and June 2012. Eligible patients were women diagnosed with a persistent adnexal mass who presented to the participating centers. Four trainees evaluated the adnexal mass by transvaginal ultrasound under the supervision of an expert examiner. The trainees analyzed the mass according to IOTA simple rules and provided a diagnosis of benign, malignant or inconclusive. All women included in the study underwent surgery and tumor removal in the center of recruitment. Diagnostic performance was assessed by calculating sensitivity, specificity and positive (LR+) and negative (LR-) likelihood ratios.

Results A total of 340 women were included (mean patient age, 42.3 [range, 13–79] years). Of the tumors, 55 (16.2%) were malignant and 285 (83.8%) were benign. The IOTA simple rules could be applied in 270 (79.4%) cases. In these cases, sensitivity was 87.9% (95% CI, 72.4–95.2), specificity 97.5% (95% CI, 94.6–98.8), LR+ 34.7 (95% CI, 15.6–77.3) and LR- 0.12 (95% CI, 0.05–0.31).

Conclusions Application of the IOTA simple rules yielded acceptable results in terms of specificity in the hands of non-expert examiners. However, with non-expert examiners there was a 12% false-negative rate,

which is relatively high. Copyright © 2013 ISUOG. Published by John Wiley & Sons Ltd.

INTRODUCTION

Accurate diagnosis of adnexal masses is essential for adequate clinical decision-making. Ultrasound examination has been used largely for predicting malignancy in adnexal masses. Traditionally, ultrasound diagnosis is based on the examiner's subjective impression^{1,2} and significant variations in diagnostic performance have been observed according to the examiner's level of experience^{3,4}. Scoring systems or logistic regression models have been developed in an attempt to make ultrasound examination more objective^{5–7} and to improve diagnostic performance^{8–10}. However, to date, none of these models or scoring systems has been demonstrated to yield results superior to those obtained by an expert examiner^{11,12}.

In 2008, the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) group proposed simple ultrasound-based rules for the diagnosis of ovarian malignancy¹³. These rules are based on the simple identification of certain findings on ultrasound examination, some of which are characteristic of malignant lesions (malignant or M-features) and others of benign lesions (benign or B-features). A prospective internal validation from the IOTA group showed that these rules can be applied to 77% of adnexal masses and that, when applied, the diagnostic performance is high¹⁴.

The aim of this study was to perform an external validation of these simple rules for diagnosing malignancy in a series of adnexal masses for which ultrasound scanning was performed by non-expert examiners.

Three-Dimensional Sonography for Diagnosis of Rectovaginal Septum Endometriosis

Interobserver Agreement

Maria Angela Pascual, MD, PhD, Stefano Guerriero, MD, Lourdes Hereter, MD, Pedro Barri-Soldevila, MD, Silvia Ajossa, MD, Bellem Grauper, MD, Ignacio Rodríguez, BSc

ORIGINAL RESEARCH

Objectives—The aim of this study was to evaluate the interobserver agreement for diagnosis of deep endometriosis of the rectovaginal septum using intrital 3-dimensional (3D) sonography.

Methods—Two experienced observers (observers A and B) performed a retrospective review of stored 3D sonographic volumes from a sample of 84 consecutive patients with a clinical suspicion of endometriosis. Each observer, independently and blinded to each other, evaluated the presence or absence of involvement of the rectovaginal septum. When no lesion was seen, the observers were asked to judge whether the acquisition of the volume was suboptimal for interpretation or whether no lesion on the rectovaginal septum was detectable. One inadequate acquisition case was discarded; a total of 83 cases were evaluated. To calculate the performance of intrital 3D sonography, 7 discordant cases were reviewed by a third observer. Interobserver agreement was assessed by calculating the κ index, and the sensitivity, specificity, positive predictive value, and negative predictive value for the 3 observers were also determined.

Results—Interobserver agreement was 0.816 (95% confidence interval, 0.69–0.93), representing very good agreement. Sensitivity was 74.1%, specificity, 85.7%; positive predictive value, 71.4%; and negative predictive value, 87.3%.

Conclusions—Our results show that intrital 3D sonography for diagnosis of deep endometriosis of the rectovaginal septum is reproducible, with very good interobserver agreement.

Key Words—deep endometriosis; interobserver agreement; rectovaginal septum; 3-dimensional sonography.

Received June 25, 2012, from the Department of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive (M.A.P., L.H., P.R.-S., B.G.) and Biostatistics Unit (J.R.) Institut Universitari Dexeus, Barcelona, Spain; and Department of Obstetrics and Gynecology, University of Cagliari, Cagliari, Italy (S.G., S.A.). Revision requested August 3, 2012. Revised manuscript accepted for publication November 5, 2012.

This work was conducted under the auspices of the Càtedra d'Investigació en Obstetrícia i Ginecologia de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Address correspondence to Maria Angela Pascual, MD, PhD, Department of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive, Institut Universitari Dexeus, 71-75 Gran Via Capità III, 08028 Barcelona, Spain.

E-mail: mapasc@dexeu.com

Abbreviations
3D, 3-dimensional

doi:10.7863/ultra.32.6.931

©2013 by the American Institute of Ultrasound in Medicine. J Ultrasound Med 2013; 32:931–936 0278-4297 www.aium.org

Correspondence to: Dr J. L. Alcázar, Department of Obstetrics and Gynecology, Clínica Universitat de Navarra, Avenida Pío XII, 36, 31009 Pamplona, Spain (e-mail: jalcazar@unav.es)

Accepted: 24 March 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 OBSTETRICIA

ASTURGO A. Episiorrafía. Técnica y complicaciones. Primer Curso Online sobre Lesiones obstétricas. Formación Continuada. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (Es) 22-01-2013.

FERNANDEZ R. Sutura de los desgarros cervicales. Primer Curso Online sobre Lesiones obstétricas. Formación Continuada. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (Es) 22-01-2013.

MELER E. Manejo de los desgarros vaginales. Primer Curso Online sobre Lesiones obstétricas. Formación Continuada. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (Es) 22-01-2013.

RODRIGUEZ MELCON A. Abordaje quirúrgico de los hematomas vaginales y vulvares. Primer Curso Online sobre Lesiones obstétricas. Formación Continuada. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (Es) 22-01-2013.

SERRA B. Cesárea. Técnicas y complicaciones. Primer Curso Online sobre Lesiones obstétricas. Formación Continuada. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (Es) 22-01-2013.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

CUSIDO MT. Tractament de l'embaràs ectòpic (29.01.13). VIII Máster en Endoscopia Ginecológica 2012-2013. Hospital Valle Hebrón. Barcelona. (Es) 2013.

CUSIDO MT. Tractament de les tumoracions annexials accidentades (29.01.13). VIII Máster en Endoscopia Ginecológica 2012-2013. Hospital Valle Hebrón. Barcelona. (Es) 2013.

N. PARERA. Curso sobre "Zoely, un avance en anticoncepción hormonal natural y monofásica. Laboratorio TEVA. Clínica CIMA, Institut Marqués. Barcelona, 24-01-13.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ALVAREZ M. Atenció Farmaceutica en infertilitat i patologies croniques. Máster en Farmacia Asistencial y Atención Farmacéutica. Facultad de Farmacia de Barcelona. (Es) enero-2013.

TUR R. Consideraciones especiales sobre el fallo ovárico precoz. Curso online: Fisiopatología y clínica de la menopausia. Asociación Española para el Estudio de Menopausia. (Es) 2013.

VEIGA A. Germline development from human pluripotent stem cells-personalized gametes in-vitro. Extreme Infertility Symposium. American Hospital Conference Center. Estambul. (Turquía) 19-1-2013.

VEIGA A. Human stem cell research-how far have we come? Extreme Infertility Symposium. American Hospital Conference Center. Estambul. (Turquía) 19-1-2013.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

GRAUPERA B. Valoración ovárica normal y patológica. 18º Curso de Medicina Fetal. Ecografía Obstétrico-Ginecológica. Hospital Valle Hebrón. Barcelona. (Es) 25-1-2013.

HERETER L. Valoración uterina normal y patológica. 18º Curso de Medicina Fetal. Ecografía Obstétrico-Ginecológica. Hospital Valle Hebrón. Barcelona. (Es) 25-1-2013.

PASCUAL MA. Avances en ecografía ginecológica. 18º Curso de Medicina Fetal. Ecografía Obstétrico-Ginecológica. Hospital Valle Hebrón. Barcelona. (Es) 25-1-2013.

FEBRERO

SERVICIO DE OBSTETRICIA

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. (Es) 18-2-2013.

FOURNIER S. Ecografía de 1er 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. (Es) 18-2-2013.

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. (Es) 18-2-2013.

MUÑOZ A. Bloque práctico: presentación de casos prácticos de Obstetricia. Curso Teórico-Práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 18-2-2013.

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. (Es) 18-2-2013.

SERRA B. Short cervix: Embaràs múltiple i prematuritat. Curs d'Actualització de la Prevenció del Part Preterme. Hospital Juan XXIII. Tarragona. (Es) 8-2-2013.

SERRA B. Consideraciones legales en la práctica del diagnóstico prenatal. Curso Teórico-Práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 18-2-2013.

SERRA B. Actual role of cervical cerclage in the prevention of pregnancy losses. II African Congress of Perinatal Medicine. Asociación Africana de Medicina Perinatal. Khartoum. (Sudán) 22-2-2013.

SERRA B. Prevention and treatment of postpartum haemorrhage. II African Congress of Perinatal Medicine. Asociación Africana de Medicina Perinatal. Khartoum. (Sudán) 22-2-2013.

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. (Es) 18-2-2013.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

IZQUIERDO M. Resum dels avenços en cancer de mama. San Antonio Breast Cancer Symposium (SABCS 2013) Clínica Corachán. (UPAMI). Barcelona. (Es) 19-2-2013.

IZQUIERDO M. Influencia del Estilo de Vida en el cáncer de mama. 28 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Estética. Barcelona. (Es) 21-2-2013.

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. (Es) 18-2-2013.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

BUXADERAS R. Protocolos de estimulación en TRA. Simposio Trombosis y Fertilidad. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. (Es) 20-2-2013.

BUXADERAS R. Trombofilias y Abortos de repetición. VI Simposium Fertilidad, Ferring. Córdoba. (Es) 15-2-2013.

CARRERAS O. Papel de la ecografía en reproducción. Curso Teórico-Práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 18-2-2013.

COROLEU B, TUR R, CLUA E, BUXADERAS R, BARRI PN. Prevención de Embarazo Múltiple: SET. VI Simposium Fertilidad, Ferring. Córdoba. (Es) 15-2-2013.

VEIGA A. Investigación en células madre pluripotentes. Seminarios Científicos de la Fundación Sistemas Genómicos. Parque Tecnológico de Valencia. (Es) 8-2-2013.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

CASAS L. 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. (Es) 18-2-2013.

ESCARTIN A. 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. (Es) 18-2-2013.

FDEZ-CID M. Diagnóstico y actitud frente 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. (Es) 18-2-2013.

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. (Es) 18-2-2013.

GRAUPERA B. Protocolo IETA. Curso Teórico-Práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 18-2-2013.

GRAUPERA B. Diagnóstico por 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. (Es) 18-2-2013.

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. (Es) 18-2-2013.

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. (Es) 18-2-2013.

HERETER L. **Diagnóstico ecográfico de la patología anexial: Hidrosalpinx, abscesos, anexitis.** Curso Teórico-Práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 18-2-2013.

NAVARRO B. **Diagnóstico ecográfico de 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. (Es) 18-2-2013.

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. (Es) 18-2-2013.

PASCUAL MA. **Endometrioma y endometriosis profunda. Diagnóstico ecográfico.** Curso Teórico-Práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 18-2-2013.

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. (Es) 18-2-2013.

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. (Es) 18-2-2013.

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. (Es) 18-2-2013.

UBEDA B. **Ecografía 3D en el diagnóstico de la patología mamaria.** Curso Teórico-Práctico de Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia. Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 18-2-2013.

MARZO

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

BARRI SOLDEVILA P. **Métodos de la preservación de la fertilidad en la mujer. criopreservación de tejido ovárico.** Preservación de la fertilidad. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 5-3-2013.

CUSIDO MT. **Otros métodos de preservación de la fertilidad (cirugía conservadora, transposición ovárica, tto. con análogos de GnRH.** Preservación de la fertilidad. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 5-3-2013.

MANUBENS M. **THS-nuevos beneficios, nuevos posicionamientos, viejos problemas.** 9º Curso DIATROS. Las nuevas herramientas están cambiando el cuidado de la salud de la mujer. Barcelona. (Es) 6-3-2013.

PEREZ A. **Colposcopia anormal.** Colposcopia y patología cervical. Segundo Curso Online. Hospital

Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (Es) 19 de marzo a 17 de mayo de 2013.

PEREZ A. **Prevención primaria. Nuevas indicaciones de las vacunas del VPH.** Colposcopia y patología cervical. Segundo Curso Online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (Es) 19 de marzo a 17 de mayo de 2013.

REDON S. **Organización de una consulta de patología del tracto genital inferior.** Colposcopia y patología cervical. Segundo Curso Online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (Es) 19 de marzo a 17 de mayo de 2013.

REDON S. **Técnica colposcópica. Colposcopia normal.** Colposcopia y patología cervical. Segundo Curso Online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (Es) 19 de marzo a 17 de mayo de 2013.

SALAS O. **Terminología colposcópica. Nueva clasificación de Río de Janeiro 2011.** Colposcopia y patología cervical. Segundo Curso Online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (Es) 19 de marzo a 17 de mayo de 2013.

SALAS O. **Tratamiento de las displasias intraepiteliales.** Colposcopia y patología cervical. Segundo Curso Online. Hospital Universitario Quirón

Dexeus. Barcelona (Es) 19 de marzo a 17 de mayo de 2013.

SIMON M. Historia natural del HPV. Colposcopia y patología cervical. Segundo Curso Online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (Es) 19 de marzo a 17 de mayo de 2013.

SIMON M. Seguimiento postratamiento. Colposcopia y patología cervical. Segundo Curso Online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (Es) 19 de marzo a 17 de mayo de 2013.

UBEDA A. Técnicas de tratamiento. Colposcopia y patología cervical. Segundo Curso Online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (Es) 19 de marzo a 17 de mayo de 2013.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ARROYO G. Métodos de preservación de la fertilidad en el varón. Preservación de la fertilidad. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 5-3-2013.

BARRI PN, COROLEU B, DEVESA M. The present and the future of fertility preservation. 9º Curso DIATROS. Las nuevas herramientas están cambiando el cuidado de la salud de la mujer. Barcelona. (Es) 6-3-2013.

BARRI PN, COROLEU B, DEVESA M. The present and the future of fertility preservation. 15th World Congress on Human Reproduction. International Academy of Human Reproduction. Venecia. (Italia) 13-3-2013.

BARRI PN. Evidencia clínica de la utilidad de los SPRM en el tratamiento del mioma. XIII Curso Internacional de Cirugía de Bellvitge. Hospital de Bellvitge. Barcelona. (Es) 13-3-2013.

BARRI PN. Reproductive options of patients with primary or premature ovarian insufficiency. 15th World Congress on Human Reproduction. International Academy of Human Reproduction. Venecia. (Italia) 13-3-2013.

BOADA M. Aspectes Controvertits de les Tècniques de Reproducció Assistida. V Curs Avenços en Reproducció Humana. Colegio Oficial de Biólogos de Cataluña. Barcelona. (Es). 4-3-2013.

COROLEU B. Preservación de la fertilidad por motivos médicos no oncológicos. Preservación de la fertilidad. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 5-3-2013.

COROLEU B, DEVESA, M, BOADA M, MARTÍNEZ F, BARRI PN. ¿Existen nuevas estrategias en el tratamiento de la baja respuesta? Reunión "Updates in

Fertility". Laboratorios Ferring. Lisboa. (Portugal) 9-3-2013.

COROLEU B, DEVESA M, MARTINEZ F, GONZALEZ C, SOLE M, BARRI PN. Preservación de la Fertilidad: de la indicación médica a la indicación social. XV Edición. Temas actuales en Reproducción Asistida. GineFIV. Madrid. (Es) 14-3-2013.

DEVESA M. Preservación de la fertilidad por motivos no médicos. Preservación de la fertilidad. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 5-3-2013.

GONZALEZ C. Métodos de preservación de la fertilidad en la mujer: maduración ovocitaria in vitro. Preservación de la fertilidad. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 5-3-2013.

SOLE M. Aspectos biológicos de la criopreservación de gametos, embriones y tejido ovárico. Preservación de la fertilidad. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 5-3-2013.

TUR R. Métodos de preservación de fertilidad en la mujer: protocolos de estimulación para la criopreservación ovocitos/embriones. Preservación de la fertilidad. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 5-3-2013.

VAZQUEZ A. How to avoid complication in hysterectomy? Advanced Techniques in Operative Gynecological Endoscopy. IRCAD. Estrasburgo. (Francia) 18-3-2013.

VEIGA A. Gametes from Stem Cells. The Best of ASRM and ESHRE Bahamas. E.S.H.R.E. (United States) 8-3-2013.

VEIGA A. Pluripotent Stem Cells and Regenerative Medicine. 15th World Congress on Human Reproduction. International Academy of Human Reproduction. Venecia. (Italia) 13-3-2013.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

UBEDA B. Semiología. Classificació BI-RADS. Mamografia, Ecografía, RM. Curs de Formació Continuada en Radiodiagnòstic ACRAM. Barcelona. (Es) 20-3-2013.

ABRIL

SERVICIO DE OBSTETRICIA

COMAS C. Estudio Cardíaco Fetal. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

COMAS C. Estudio cardíaco fetal: Objetivos, sistemática, metodología, cómo mejorar el rendimiento, limitaciones. Curso Taller de Medicina

Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

COMAS C, FOURNIER S. Pitfalls en Ecografía Obstétrica: Trucos y Errores Comunes. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

ECHEVARRIA M. Ecografía morfológica: Patología fetal básica. Sistema nervioso central. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

ECHEVARRIA M. Ecografía morfológica del SNC: Neurosonografía. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

FOURNIER S. Ecografía morfológica: Objetivos, sistemática, metodología, cómo mejorar el rendimiento, limitaciones. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

LORENTE B. Patología de anexos (LA, placenta, cordón). Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

MELER E. Patología del crecimiento fetal y aportación del Doppler en obstetricia. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

MUÑOZ A. Ecografía morfológica. Patología fetal básica: Pared abdominal, torax y abdomen. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

MUÑOZ A. Aportación de Doppler en el control obstétrico gestacional. Bloque práctico (Biometrias y Doppler) Demo en directo. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

PRATS P. Diagnóstico prenatal y asesoramiento de las cardiopatías congénitas. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

RICART M. Interrupción del embarazo: técnicas, marco legal, controversias actuales. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

RODRIGUEZ A. Ecografía obstétrica en sala de partos y urgencias. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

RODRIGUEZ MA. Demo en directo de Ecografía de 11-14 semanas. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

RODRIGUEZ MA. Ecografía obstétrica patológica de 11-14 semanas. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

RODRIGUEZ MA. Ecografía de 11-14 semanas: Objetivos, sistemática, metodología en la medición de marcadores de cromosopatía, estudio. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

ROMBAUT S. Ecografía Obstétrica incipiente: Charla y casos prácticos. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

SCAZZOCCHIO E. Ecografía de tercer trimestre: Objetivos, sistemática, limitaciones. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

SCAZZOCCHIO E. Ecografía de la gestación múltiple. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

SERRA B. Trombofilia relacionada con complicaciones vasculares gestacionales. 3er Curso Actualización en Trombofilia: Abordaje multidisciplinar de la trombofilia en patología humana. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 18-4-2013.

SERRA B. Consideraciones legales en la práctica del diagnóstico prenatal. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

SERRANO A. Ecografía obstétrica incipiente: Objetivos, sistemática, metodología y posibilidades diagnósticas. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

TORRENTS M. Ecografía morfológica: Patología fetal básica. Sistema

nefrourológico y genitales. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

TORRENTS M. Técnicas invasivas de diagnóstico prenatal. Curso Taller de Medicina Fetal. Curso de Nivel I y II de la SESEGO. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 15-4-2013.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

BARRI SOLDEVILA P. Estratègies terapèutiques de la endometriosis profunda. Curs de Formació Continuada: Endometriosis Profunda. Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia. Barcelona. (Es) 16-4-2013.

BARRI SOLDEVILA P. Energía en Cirugía Laparoscópica. Primer Curso SEGO de Laparoscopia Básica para Residentes. Igualada-Barcelona. (Es) 16-4-2013.

GARCIA P. Moduladores selectivos de receptores estrogénicos. Menopausia. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 23-4-2013.

GARCIA P. Importancia del calcio y la vitamina D en la salud de la mujer. Menopausia. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 23-4-2013.

GARCIA P. Telómeros. Biomarcadores del grado de envejecimiento. Menopausia. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 23-4-2013.

MANUBENS M. Fitoterapia: Mecanismos de acción. Fitoterapia combinada. Menopausia. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 23-4-2013.

MANUBENS M. Fitoterapia: Indicaciones. Menopausia. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 23-4-2013.

MANUBENS M. Tratamiento hormonal sistémico y local. Dosis, riesgos y beneficios. Menopausia. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 23-4-2013.

RUIZ J. Menopausia y trastornos genitourinarios. Menopausia. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 23-4-2013.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

BUXADERAS R. Trombofilia y Reproducción. 3er Curso Actualización en Trombofilia: Abordaje multidisciplinar de la trombofilia en patología humana. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 18-4-2013.

COROLEU B, DEVESA M, GONZALEZ C, SOLE M, BARRI PN. Criopreservació ovocitària per raons socials. I Jornada sobre Edat Reproductiva Avançada i Preservació de la Fertilitat. Clínica Girexx. Girona. (Es) 17-4-2013.

MANCINI F, COROLEU B, TUR R, BARRI PN. La PMA a 40 anni. Workshop: "Save Fertility 2013". Ospedale Maria Vittoria - Torino -Turin. (Italia) 19-4-2013.

MARTINEZ F. Principios activos, Farmacocinética y Farmacodinamia en anticoncepción hormonal. Curso de Actualización en Anticoncepción Hormonal. Sociedad Española de Contracepción. El Escorial (Madrid). (Es) 12-4-2013.

MARTINEZ F. Anticoncepción en la transición menopáusica. Menopausia. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 23-4-2013.

VAZQUEZ A. Operative room and ergonomics laparoscopy. Gynecological Laparoscopic Surgery. Braga. (Portugal) 18-4-2013.

VAZQUEZ A. The art of laparoscopic sacrocolpopexy: Steps on difficulties. Gynecological Laparoscopic Surgery. Braga. (Portugal) 18-4-2013.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

NAVARRO B. La mama portadora de prótesis. Mamografía, ecografía y RM. Programa Teórico de Formación de Residentes de Radiodiagnóstico; Associació Catalana de Radiologia Mèdica (ACRAM) - Societat Catalana de Radiologia i Diagnòstic per Imatge. Barcelona. (Es) 17-4-2013.

MAYO

SERVICIO DE OBSTETRICIA

LASHERAS G, SERRA B. Sistemas de detección de depresión postparto y alteraciones del vínculo. Resultados preliminares. II Jornada de Trabajo de Salud Mental Perinatal. Sociedad Marcé Española. Barcelona. (Es) 10-5-2013.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

BARRI S PN. La pacient, el centre i el sol pèlvic. SCOG (Xerrada a l'Acadèmia dins la secció de Sòl Pèlvic) 21/05/2103.

CUSIDO MT. Cáncer de endometrio. Vías de aproximación. XXXI Congreso Nacional de la SEGO. Tenerife. (Es) 22-5-2013.

CUSIDO MT. Existeix risc de cancer amb algun tipus de contracepció? XXIII Simposi de la Societat Catalana de

Contracepció. Barcelona (Es)
18-05-2013.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

BARRI PN. *Prise en charge des mauvaises répondeuses en FIV.* XI Annual Congress of the Mediterranean Society for Reproductive Medicine (MSRM). Marrakech. (Marruecos) 2-5-2013.

BARRI PN. *Evaluation of ovarian reserve.* XI Annual Congress of the Mediterranean Society for Reproductive Medicine (MSRM). Marrakech. (Marruecos) 2-5-2013.

BARRI PN, COROLEU B, DEVESA M. *The present and the future of Fertility Preservation.* XI Annual Congress of the Mediterranean Society for Reproductive Medicine (MSRM). Marrakech. (Marruecos) 2-5-2013.

BARRI PN, COROLEU B, MARTINEZ F. *Is there a role for gonadotropin releasing hormone (GnRH)-Agonists as a luteal supplement in GnRH-Agonist and Antagonist?* BCGIP-COGI The World Congress on Building Consensus out of Controversias in Gynecology, Infertility and Perinatology. Istanbul. (Turquía) 30-5-2013.

BARRI PN, COROLEU B, MARTÍNEZ F. *Why do we need additional progesterone when endogenous levels are so high?.* BCGIP-COGI The World Congress on Building Consensus out of Controversias in Gynecology, Infertility and Perinatology. Istanbul. (Turquía) 30-5-2013.

BOADA M. *Embryo evaluation: Time-lapse systems.* BCGIP-COGI The World Congress on Building Consensus out of Controversias in Gynecology, Infertility and Perinatology. Istanbul. (Turquía) 30-5-2013.

BUXADERAS R. *Reproducción asistida en pacientes con trombofilia.* XXXI Congreso Nacional de la SEGO. Tenerife. (Es) 22-5-2013.

CARRERAS O. *Funcionalismo del ovario y su patología.* Ecografía de la patología ovárica y las masas anexiales. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 8-5-2013.

COROLEU B, MARTÍNEZ F, TUR R, DEVESA M, BARRI PN. *Participación en Mesa Redonda "¿Qué se hace en la baja respuesta?.* MSD Simposio - Fertilidad Hoy. MSD Salud de la Mujer. Málaga. (Es) 10-5-2013.

VAZQUEZ A. *Rules in Laparoscopic surgery. Techniques of exposure.* Laparoscopic and Hysteroscopic Surgery

are you good enough? Hospital CUF - Porto. Oporto. (Portugal) 23-5-2013.

VAZQUEZ A. *Prevention of difficulties and complications of TLH and myomectomy.* Laparoscopic and Hysteroscopic Surgery are you good enough?. Hospital CUF - Porto. Oporto. (Portugal) 23-5-2013.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

FDEZ-CID M. *Quistes uniloculares en la menopausia.* Ecografía de la patología ovárica y las masas anexiales. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 8-5-2013.

GRAUPERA B. *Ovario poliquistico. Punto de vista del diagnóstico ecográfico.* Ecografía de la patología ovárica y las masas anexiales. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 8-5-2013.

GRAUPERA B. *Quistes orgánicos benignos del ovario no endometriósicos.* Ecografía de la patología ovárica y las masas anexiales. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 8-5-2013.

HERETER L. *Patología anexial. Masas anexiales no ginecológicas.* Ecografía de la patología ovárica y las masas anexiales.

Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 8-5-2013.

PASCUAL MA. *Endometriomas y endometriosis profunda.* Ecografía de la patología ovárica y las masas anexiales. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 8-5-2013.

PASCUAL MA. *Diagnóstico ecográfico del cáncer de ovario.* Ecografía de la patología ovárica y las masas anexiales. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 8-5-2013.

PASCUAL MA. *Aportación de la ecografía en la identificación de la torsión ovárica.* Ecografía de la patología ovárica y las masas anexiales. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 8-5-2013.

PEDRERO C. *Anatomía y vascularización del ovario y su entorno. Tipos de tumores ováricos.* Ecografía de la patología ovárica y las masas anexiales. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 8-5-2013.

UBEDA A. *Conferencia Inaugural de la Reunión "Formulación Magistral en Ginecología".* VI Reunión de la Asociación Profesional de Formuladores Farmaceuticos. APROFARM. Barcelona. (Es) 24-5-2013.

JUNIO

SERVICIO DE OBSTETRICIA

RUIZ A, FERRER Q, PRATS P. Corrected transposition of great arteries. 12th World Congress of Fetal Medicine. The Fetal Medicine Foundation. Marbella. (Es) 23-6-2013.

SERRA B. Preterm delivery in twin gestations (Curso precongreso). 11th World Congress of Perinatal Medicine. World Association of Perinatal Medicine. Moscú. (Rusia) 19-6-2013.

SERRA B. Management of postpartum hemorrhage. 11th World Congress of Perinatal Medicine. World Association of Perinatal Medicine. Moscú. (Rusia) 19-6-2013.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

FÁBREGAS R. Estat actual del carcinoma in situ. Jornada de la Secció de Ginecologia Oncològica i Mastologia de la SCOG. Tarragona. 07-06-2013.

FÁBREGAS R. Bases hormonals del càncer de mama. XX Curs de Sinologia. Vic. 12/13-06-2013.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

BUXADERAS R, COROLEU B. Experiencia en Normorespuesta con Pergoveris en

Instituto Dexeus. 2º Workshop Catalán de Infertilidad. MERCK SERONO. Sant Fruitós de Bages-BCN. (Es) 13-6-2013.

MARTINEZ F. Resumen de las actividades del Grupo de Interés en Endocrinología Reproductiva (GIER). 4ª Reunión Nacional de los Grupos de Interés de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Torremolinos-Málaga. (Es) 6-6-2013.

PARRIEGO M. Biopsia de Blastocisto. IV Curso Avances y Utilidad en DGP. Instituto Valenciano de Infertilidad. Madrid. (Es) 4-6-2013.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

UBEDA B. Diagnòstic per la imatge i tècniques de biopsia del càncer de mama. XII Congrès Català de Sinologia i Patologia Mamaria. Consorci Hospitalari de Vic-Barcelona (Es) 12-6-2013.

JULIO

SERVICIO DE OBSTETRICIA

COMAS C. Control de calidad en el cribado de aneuploidias y técnicas invasivas de diagnóstico prenatal. V Simposio Multidisciplinario de la Sociedad Argentina de Ultrasonografía en Medicina y Biología. Buenos Aires. (Argentina) 10-7-2013.

COMAS C. Estudio ecográfico morfológico del corazón fetal. V Simposio Multidisciplinario de la Sociedad Argentina de Ultrasonografía en Medicina y Biología. Buenos Aires. (Argentina) 10-7-2013.

COMAS C. Estudio ecográfico funcional del corazón fetal. V Simposio Multidisciplinario de la Sociedad Argentina de Ultrasonografía en Medicina y Biología. Buenos Aires. (Argentina) 10-7-2013.

COMAS C. Diagnóstico prenatal de aneuploidias en sangre materna. V Simposio Multidisciplinario de la Sociedad Argentina de Ultrasonografía en Medicina y Biología. Buenos Aires. (Argentina) 10-7-2013.

SERRA B. Papel de la heparina de bajo peso molecular en la prevención del CIR. Jornada Internacional de Obstetricia y Ginecología organizada por la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Arequipa. (Perú) 27-7-2013.

SERRA B. Papel de la medición cervical en la prevención del parto prematuro. Jornada Internacional de Obstetricia y Ginecología organizado por la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Arequipa. (Perú) 27-7-2013.

SERRA B. Tratamiento actual de la preeclampsia grave. Jornada Internacional de Obstetricia y Ginecología organizado por la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Arequipa (Perú) 27-7-2013.

SERRA B. Manejo del embarazo gemelar. Jornada Internacional de Obstetricia y Ginecología organizado por la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Arequipa. (Perú) 27-7-2013.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

COROLEU B, MARTINEZ F, TUR R, DEVESA M, BARRI PN. Corifolitropina alfa: Un salto hacia el futuro en la estimulación ovárica. 50 Congreso Mexicano de Medicina de la Reproducción. Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción. Cancún, Quintana Roo. (México). 24-7-2013.

VEIGA A. Las células madre embrionarias humanas: legislación y obtención. International Summer School. Universidad de Barcelona. (Es) 1-7-2013.

VEIGA A. Registry Content and Validation. EU-Pluripotent Stem Cell Registry First Annual Meeting. Berlín. (Alemania) 23-7-2013.

SEPTIEMBRE

SERVICIO DE OBSTETRICIA

MELER E. Third trimester prediction on adverse perinatal outcome. 10th Congress of the Mediterranean Association for Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. Bari. (Italia) 27-9-2013.

SERRA B. Rol de la medición cervical en la prevención del parto prematuro. IV Congreso Internacional de Gineco-Obstetricia y Neonatología y III Jornadas de Investigación. Hospital de Guayaquil. (Ecuador) 9-9-2013.

SERRA B. Embarazo en la adolescencia; Perspetiva española. IV Congreso Internacional de Gineco-Obstetricia y Neonatología y III Jornadas de Investigación. Hospital de Guayaquil. (Ecuador) 9-9-2013.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

BARRI S PN. Reconstrucción de Mutilación genital femenina. Ponencia en un acto de la fundación Mujeres para el diálogo y la educación. Madrid 18-09-2013.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

BARRI PN, COROLEU B, DEVESA M. How to identify and manage the poor responder patients. 17th World

Congress on In Vitro Fertilization. ISIVF. International Society for In Vitro Fertilization. (Túnez) 4-9-2013.

BARRI PN. New technologies, how to improve the take home baby rate. 17th World Congress on In Vitro Fertilization. ISIVF. International Society for In Vitro Fertilization. (Túnez) 4-9-2013.

BOADA M, BARRI PN. Clinical benefits of embryo Time Lapse imaging. Session: Frontiers in human reproduction. 10th Congress of the European Society of Gynecology. Bruselas. (Bélgica) 19-9-2013.

BOADA M, BARRI PN. Cross Border reproductive care. Session Ethics and medically assisted procreation. 10th Congress of the European Society of Gynecology. Bruselas. (Bélgica) 19-9-2013.

COROLEU B, MARTÍNEZ F, TUR R, DEVESA M, BARRI PN. Inducción de la ovulación en pacientes bajas responentoras. XVI Convivencia en Fertilidad- "Fertilización en el siglo XXI". Instituto de Ginecología y Fertilidad (IFER). Buenos Aires. (Argentina) 26-9-2013.

COROLEU B, DEVESA M, MARTINEZ F, GONZALEZ C, SOLE M, BARRI PN. Preservación de la fertilidad: Médica y no médica (social). XVI Convivencia en Fertilidad- "Fertilización en el siglo XXI".

Instituto de Ginecología y Fertilidad (IFER). Buenos Aires. (Argentina) 26-9-2013.

COROLEU B, TUR R, MARTINEZ F, MANCINI F, DEVESA M, BARRI PN. Resultado del programa de fecundación in vitro del Instituto Dexeus. Aspectos evolutivos. XVI Convivencia en Fertilidad- "Fertilización en el siglo XXI". Instituto de Ginecología y Fertilidad (IFER). Buenos Aires. (Argentina) 26-9-2013.

COROLEU B, BOADA M, GOMEZ MJ, GIL Y, BARRI PN. Embryoscope; Nuestra experiencia clínica. XVI Convivencia en Fertilidad- "Fertilización en el siglo XXI". Instituto de Ginecología y Fertilidad (IFER). Buenos Aires. (Argentina) 26-9-2013.

COROLEU B, SOLE M, MANCINI F, PARRIEGO M, BOADA M, BARRI PN. Indicaciones y resultados de la vitrificación de ovocitos. XVI Convivencia en Fertilidad- "Fertilización en el siglo XXI". Instituto de Ginecología y Fertilidad (IFER). Buenos Aires. (Argentina) 26-9-2013.

VEIGA A. Imaging of human embryos. The best embryo for transfer. MSRM International Meeting. Agios Nikolaos, Creta. (Grecia) 20-9-2013.

VEIGA A. Gametes from Stem Cells. MSRM International Meeting. Agios Nikolaos, Creta. (Grecia) 20-9-2013.

VEIGA A. Female fertility preservation. 17th World Congress on In Vitro Fertilization. ISIVF. International Society for In Vitro Fertilization. (Túnez) 4-9-2013.

VEIGA A. Gametes from stem cells. IV Congress of the Society of Reproductive Medicine. Belek-Antalya. (Turquía) 28-9-2013.

VEIGA A. Pluripotent stem cells: research and clinical application. IV Congress of the Society of Reproductive Medicine. Belek-Antalya. (Turquía) 28-9-2013.

OCTUBRE

SERVICIO DE OBSTETRICIA

FOURNIER S. Malformaciones fetales. "Terapia Fetal Intrauterina". Obstetricia de alto riesgo. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 29-10-2013.

FOURNIER S. Obesidad. Obstetricia de alto riesgo. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 29-10-2013.

FOURNIER S. Embarazo múltiple. "Reducción fetal selectiva". Obstetricia



de alto riesgo. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 29-10-2013.

LORENTE B. Muerte fetal anteparto. Obstetricia de alto riesgo. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 29-10-2013.

LORENTE B. Prematuridad: Cribado. Obstetricia de alto riesgo. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 29-10-2013.

MELER E. Preeclampsia y CIR: Manejo de preeclampsia grave. Obstetricia de alto riesgo. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 29-10-2013.

MELER E. Preeclampsia y CIR: Seguimiento y finalización del feto con CIR. Obstetricia de alto riesgo. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 29-10-2013.

MUÑOZ A. Malformaciones Fetales -Qué malformaciones justifican una técnica invasiva. Obstetricia de alto riesgo. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 29-10-2013.

RICART M. Malformaciones Fetales: Infecciones intrauterinas. Obstetricia de alto riesgo. Primer curso online. Hospital

Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 29-10-2013.

RODRIGUEZ A. Prematuridad: Prevención. Obstetricia de alto riesgo. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 29-10-2013.

ROMBAUT S. Embarazo múltiple: Crecimiento discordante. Obstetricia de alto riesgo. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 29-10-2013.

ROMBAUT S. Prematuridad: APP. Obstetricia de alto riesgo. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 29-10-2013.

SCAZZOCCHIO E. Preeclampsia y CIR: Cribado. Obstetricia de alto riesgo. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 29-10-2013.

SCAZZOCCHIO E. Preeclampsia y CIR: Diagnóstico de CIR. Obstetricia de alto riesgo. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 29-10-2013.

SERRANO A. Embarazo Múltiple: El parto. Obstetricia de alto riesgo. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 29-10-2013.

SERRANO A. Embarazo múltiple: Plan de control. Obstetricia de alto riesgo. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 29-10-2013.

SERRA B. Patología autoinmune/ trombofilias. Obstetricia de alto riesgo. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 29-10-2013.

SERRA B. Concept and evolution of international cooperation in maternal and infant health. 1st FIGO Regional Conference of Gynecology and Obstetrics. Addis Abeba. (Etiopía) 2-10-2013.

SERRA B. International School of Perinatal Medicine for Africa. 1st FIGO Regional Conference of Gynecology and Obstetrics. Addis Abeba. (Etiopía) 2-10-2013.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

ARA C. Consenso de Fertilidad y Cáncer de mama. Primer Congreso Mama. XXXII Congreso de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Madrid (SESPM). (Es) 17-10-2013.

BARRI SOLDEVILA P, CUSIDO MT. Com. Oral elevada a Ponencia: Negative impact of endoscopic approach on the prognosis of misdiagnosed uterine sarcomas. 22th Annual Congress de la European Society of Gynecological

Endoscopy (ESGE). Berlin. (Alemania) 16-10-2013.

BARRI SOLDEVILA P. Myoma in women who desire a child. How to manage. 22th Annual Congress de la European Society of Gynecological Endoscopy (ESGE). Berlin. (Alemania) 16-10-2013.

BARRI SOLDEVILA P. ¿Qué espera el cirujano del diagnóstico ecográfico de las lesiones y patologías del suelo pélvico? Ecografía del suelo pélvico. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 1-10-2013.

CUSIDO MT. Treatment of recurrent ovarian cancer. New chemotherapeutic schemes. 18th International Meeting in European Society of Gynaecological Oncology (ESGO). Liverpool. (Reino Unido) 19-10-2013.

FÁBREGAS R. Ponente de la mesa de Consenso en fertilidad en cáncer de mama. Primer Congreso Mama. XXXII Congreso de la SESPM. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, 17/19-10-2013. Madrid.

GARCIA P. Los tratamientos médicos en el manejo de la HUA. Hemorragia uterina anormal. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 22-10-2013.

MANUBENS M. Manejo de la HUA en la perimenopausia y postmenopausia. Hemorragia uterina anormal. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 22-10-2013.

PARERA N. Manejo de la HUA en la pubertad y la adolescencia. Hemorragia uterina anormal. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 22-10-2013.

PEREZ A. El manejo de la hemorragia uterina anormal aguda en la urgencia ginecológica. Hemorragia uterina anormal. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 22-10-2013.

SIMON M. Patología intrauterina y papel de los tratamientos quirúrgicos en el manejo conservador de la hemorragia uterina anormal. Hemorragia uterina anormal. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 22-10-2013.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

BARRI PN. Medicina de la Reproducción al Siglo XXI. Curs Acadèmic 2013-2014 dels Estudis de Medicina, Ciències Biomèdiques i Nutrició Humana i

Dietètica. Facultat de Medicina. Universitat de Lleida. (Es) 25-10-2013.

BUXADERAS R. Fisiología del ciclo ovárico. Regulación neuroendocrina del eje reproductor. Primer Curso Online de Endocrinología ginecológica. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (Es) 22-10-2013.

COROLEU B, MARTINEZ F, BUXADERAS R, BOADA M, BARRI PN. Baja respuesta. Desafío pendiente. VIII Jornadas sobre Reproducción Humana. Organizado por Unidad de Reproducción del Centro Gutenberg. Malaga. (Es) 3-10-2013.

PARRIEGO M. Settings microarray analysis. Local Organising Committee of the ESHRE Campus Symposium: Introducing new techniques into de lab. Barcelona. (Es) 4-10-2013.

TUR R. Evaluación de la paciente endocrina: anamnesis, diagnóstico. Primer Curso Online de Endocrinología ginecológica. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (Es) 22-10-2013.

TUR R. Evaluación de la paciente endocrina. XVI Master de Biología de la Reproducción y TRHA. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (Es) Curso 2013-2014.

TUR R. Estudio de las amenorreas. XVI Master de Biología de la Reproducción y TRHA. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (Es) Curso 2013-2014.

VAZQUEZ A. Papel de los tratamientos quirúrgicos en el manejo radical de la HUA. Hemorragia uterina anormal. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 22-10-2013.

VAZQUEZ A. Embarazo más allá de los 40. Obstetricia de alto riesgo. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 29-10-2013.

VAZQUEZ A. Laparoscopic Hysterectomy: How to avoid ureteric complications? 22th Annual Congress de la European Society of Gynecological Endoscopy (ESGE). Berlin. (Alemania) 16-10-2013.

VAZQUEZ A. Complications in TLH: Incidence and prevention. 22th Annual Congress de la European Society of Gynecological Endoscopy (ESGE). Berlin. (Alemania) 16-10-2013.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

GRAUPERA B. Anatomía y estructuras del suelo pélvico que se pueden estudiar mediante ecografía. Compartimentos abdominales. Ecografía del suelo pélvico. Tercer curso

online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 1-10-2013.

GRAUPERA B. Ecografía 3D: Adquisición volumétrica y tratamiento off-line del material obtenido. Ecografía del suelo pélvico. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 1-10-2013.

HERETER L. Prolapso de los compartimentos anterior medio y posterior. Ecografía del suelo pélvico. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 1-10-2013.

HERETER L. Incontinencia urinaria. Diagnóstico ecográfico. Tipos de mallas y su valoración y funcionalismo mediante ecografía 3D/4D. Ecografía del suelo pélvico. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 1-10-2013.

PASCUAL MA. Aportación de la ecografía 3D al diagnóstico de la endometriosis profunda. Ecografía del suelo pélvico. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 1-10-2013.

PASCUAL MA. Papel de las exploraciones complementarias en el manejo de la HUA. Hemorragia uterina anormal. Primer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 22-10-2013.

PEDRERO C. Ecografía 3D del canal anal. Ecografía del suelo pélvico. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 1-10-2013.

PEDRERO C. Utillaje y vías de estudio para una correcta valoración del suelo pélvico. Contenido del informe. Ecografía del suelo pélvico. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 1-10-2013.

UBEDA B. Resonancia Magnética en el diagnóstico de la endometriosis profunda. Ecografía del suelo pélvico. Tercer curso online. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 1-10-2013.

NOVIEMBRE

SERVICIO DE OBSTETRICIA

COMAS C. Ecocardiografía fetal. Exploración morfológica y funcional del corazón fetal. VII Curso de Ecocardiografía Fetal. Hospital Doce de Octubre. Madrid. (Es) 28-11-2013.

COMAS C. Non-Invasive prenatal testing for fetal aneuploidy. 2nd Global Congress of Ian Donald School. Ian Donald Inter University School Med. Ultrasound. Dubrovnik. (Croacia) 1-11-2013.

FOURNIER S. Implicacions de la obesitat en la finalització de l'embaràs. Sessió "Gestació i Obesitat". Curs de Formació Mèdica Continuada 2013-2014. Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia. Barcelona. (Es) 26-11-2013.

RODRIGUEZ MELCON A. Hemorragia postparto. Taller Hemorragia post parto. Formación continuada. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (Es) Noviembre 2013.

ROMBAUT S. Estadística en sala de partos. Taller Hemorragia post parto. Formación continuada. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona (Es) Noviembre 2013.

SERRA B. Cómo manejo, cómo trato el aborto recurrente. Curso online EXPERIENCE. Patología del embarazo. Un abordaje multidisciplinar. Formación Continuada. Hospital Valle Hebrón. Barcelona. (Es) 18-11-2013.

SERRA B. Cómo conseguir donaciones de más calidad. Jornada anual del Programa Concordia. Banc de Sang i Teixits. Generalitat de Catalunya. Barcelona. (Es) 22-11-2013.

SERRA B. Papel de la medición cervical en la prevención del parto prematuro. III Global Congress of Maternal & Infant Health. Buenos Aires. (Argentina) 16-11-2013.

SERRA B. Tratamiento actual de la preeclampsia grave. III Global Congress of Maternal & Infant Health. Buenos Aires. (Argentina) 16-11-2013.

SERRA B. International School of Perinatal Medicine. III Global Congress of Maternal & Infant Health. Buenos Aires. (Argentina) 16-11-2013.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

BARRI SOLDEVILA P. Estrategia quirúrgica de la Miomectomía Laparoscópica. III Curso Internacional de Cirugía Laparoscópica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. (Es) 6-11-2013.

BARRI SOLDEVILA P. Complicaciones en Cirugía Laparoscópica. III Curso Internacional de Cirugía Laparoscópica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. (Es) 6-11-2013.

BAULIES S. Marcadores de respuesta a la QNA (Marcadores moleculares, técnicas de imagen). 40 Symposium Internacional "Descodificando el cáncer". Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 28-11-2013.

CUSIDO MT. Oncología (SEGO) del cáncer in situ. Curso de Habilidades y Simulación en Patología Mamaria. Fundación Tejerina-SEGO. Madrid. (Es) 15-11-2013.

CUSIDO MT. Estado actual del ganglio centinela. Curso de Habilidades y Simulación en Patología Mamaria. Fundación Tejerina-SEGO. Madrid. (Es) 15-11-2013.

CUSIDO MT. Cirugía radical estandar en cáncer de cervix. XI Jornadas de Actualización en Ginecología Oncológica. XV Aniversario "Unidad Ginecología Oncológica". Granada. (Es) 22-11-2013.

CUSIDO MT. Preservación de la fertilidad en el cáncer de ovario. 40 Symposium Internacional "Descodificando el cáncer". Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 28-11-2013.

CUSIDO MT. Controversia en Ganglio Centinela Ginecológico. 40 Symposium Internacional "Descodificando el cáncer". Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 28-11-2013.

FABREGAS R. Preservación de la fertilidad en el cáncer de mama. 40 Symposium Internacional "Descodificando el cáncer". Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 28-11-2013.

FÁBREGAS R. Márgenes de resección en cáncer de mama. XI Jornadas de Actualización en ginecología oncológica. XV Aniversario de la Unidad de

Ginecología oncológica. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. 22/23-11-2013.

MANUBENS M. Efectos de la falta de hormonas sexuales. ¿Se puede mejorar? 9a. Jornada de Enfermería: "Ginecología oncológica". Barcelona. (Es) 29-11-2013.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

BARRI PN, CUSIDÓ MT, COROLEU B, DEVESA M, FABREGAS R. Endometrial Cancer. 3rd World Congress of the International Society for Fertility Preservation (ISPF). Valencia. (Es) 7-11-2013.

BARRI PN. Dose Management. Sexual Maturation. Reunión "Global TSC Advisory Board. Novartis". Barcelona. (Es) 15-11-2013.

DEVESA M. La preservación de la fertilidad. ¿A quién? ¿Cómo? y ¿Cuándo? 9a. Jornada de Enfermería: "Ginecología oncológica". Barcelona. (Es) 29-11-2013.

LASHERAS G, CLUA E. Perfil psicológico y psicopatología en una muestra de mujeres receptoras de ovocitos. III Workshop Recerca en Salut Mental del Grup de Treball i Recerca en Salut Mental i Dona. Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental. Barcelona. (Es) 21-11-2013.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

BROWNE J. Biopsia guiada por RM. 40 Symposium Internacional "Descodificando el cáncer". Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 28-11-2013.

NAVARRO B. Avances en ecografía mamaria. ABVS. 40 Symposium Internacional "Descodificando el cáncer". Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 28-11-2013.

PASCUAL MA. Diagnóstico temprano del cáncer de ovario: Nuestra experiencia. 40 Symposium Internacional "Descodificando el cáncer". Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona. (Es) 28-11-2013.

UBEDA A. "Septoplastia". Máster en Endoscopia Ginecológica 2013-2014. Barcelona. (Es)

DICIEMBRE

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

BARRI PN. Study Protocol Review: Protocol Keys and Critical Points". Reunión "Investigators' Meeting IBSA" Protocol n. 13EU/FSH01. Barcelona. (Es) 4-12-2013.

BARRI PN, COROLEU B, DEVESA M.

Present and Future of Female Fertility Preservation. 18th Annual International Conference "New Trends and Developments in Women's Reproductive Health". The Egyptian Fertility & Sterility Society. El Cairo. (Egipto) 12-12-2013.

BARRI PN. Predictive Factors of Ovarian Reponse. 18th Annual International Conference "New Trends and Developments in Women's Reproductive Health". The Egyptian Fertility & Sterility Society. El Cairo. (Egipto) 12-12-2013.

VEIGA A. Oocyte vitrification. 18th Annual International Conference "New Trends and Developments in Women's Reproductive Health". The Egyptian Fertility & Sterility Society. El Cairo. (Egipto) 12-12-2013.





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

BARBED C, MUÑOZ MI, COMAS C, MELER E, MUÑOZ A. *Comunicación*. Cas Clinic. XXI Jornada Catalana de Diagnòstic Prenatal Ecogràfic. St.Cugat del Vallés-Barcelona (ES), 5-4-2013.

COMAS C, RODRIGUEZ MA, ECHEVARRIA M, RODRIGUEZ I, SERRA B. *Comunicación*. Impact of increased utilization of aneuploidy screening on genetic invasive test: 13 year experience in a southern euro. 11th World Congress of Perinatal Medicine. Moscú (RUS), 19-6-2013.

COMAS C, ECHEVARRIA M, RODRIGUEZ I, SERRA B. *Póster*. Efficiency of genetic invasive testing according to indication of referral: a single center experience. 11th World Congress of Perinatal Medicine. Moscú (RUS), 19-6-2013.

COMAS C, ECHEVARRIA M, RODRIGUEZ MA, RODRIGUEZ I, SERRA B. *Póster*. Residual risk of chromosomal anomalies in low risk pregnancies: should we change our prenatal screening strategy? 11th World Congress of Perinatal Medicine. Moscú (RUS), 19-6-2013.

ECHEVARRIA M, RODRIGUEZ MA, FOURNIER S, COMAS C, RODRIGUEZ I, SERRA B. *Póster*. Prediction of IU-growth restriction by combination of 1st/2nd trim. biochemistry markers used in prenatal screening of Down syndrome. 12th World Congress in Fetal Medicine. Marbella (ES), 23-6-2013.

FERNANDEZ-SANGUINO A, LORENTE B, MELER E, SERRANO A, RODRIGUEZ MELCON A, SERRA B. *Póster*. Resultados perinatales em inducción em embarazo

gemelar. XXXI Congreso Nacional de la SEGO. Tenerife (ES), 22-5-2013.

FERRER Q, GONZALEZ M, GRAN F, PARIS N, AREVALO, PRATS P, COMAS C, CASALDALIGA C, CARRERAS E. *Póster*. Agenesis of Ductus Venosus: What is the Real Clinical Relevance? 47th Annual Meeting of the Association for European Paediatric and Congenital Cardiology. Londres (RU), 22-5-2013.

FOURNIER S, TORRENTS M, BARBED C, ECHEVARRIA M, COMAS C. *Comunicación*. Selective embryo-fetal reduction. Our experience over the last 20 years. Factors affecting outcome. 12th World Congress in Fetal Medicine. Marbella (ES), 23-6-2013.

LORENTE B, FDEZ-SANGUINO A, MELER E, RODRIGUEZ A, SERRA B. *Póster*. Induction of Labour in Twins. 1st European Congress of Intrapartum Care. European Association of Perinatal Medicine. Amsterdam (HO), 23-5-2013.

MALINGER G, LERMAN-SAGIE T, ECHEVARRIA M, VIÑALS F, BERMEJO C, BEN-SIRA L. *Comunicación*. Pericallosal lipomas may escape visualization during the second trimester scan. 23rd World Congress in US in Obstet and Gynecol. (ISUOG). Sidney (AU), 5-10-2013.

MELER E, SCAZZOCCHIO E, MURILLO E, RODRIGUEZ I, SERRA B. *Póster*. Third trimester prediction of late Preeclampsia. ISSHP European Congress of International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy. Tromso (NO), 12-06-2013.

MOLINA V, LORENTE B, PALACIN E, RIBA M, CAPDEVILA E. *Póster*. Nou protocol d'assistència a la mastitis durant la lactància. Reunión Anual de la Societat Catalana de Pediatria. Vilafranca Penedes-Barcelona (ES), 11-5-2013.

PRATS P, RODRIGUEZ MA, RODRIGUEZ I, COMAS C. *Póster*. Trisomy 21 screening in twin pregnancies: Does the addition of new correction factors make any improvement? 17th International Conference Prenatal Diagnosis and Therapy. Lisboa (PO), 2-6-2013.

RICART M, MUÑOZ MI, BARBED C, RODRIGUEZ I, COMAS C, SERRA B. *Póster*. Mid-pregnancy ultrasound and adverse perinatal outcome. 11th World Congress of Perinatal Medicine. Moscú (RUS), 19-6-2013.

ROMBAUT S, PLANA A, RODRIGUEZ I, MELER E, SERRA B. *Póster*. Experiencia propia en La utilización Del pesario en pacientes asintomáticas con cuello corto. XXXI Congreso Nacional de la SEGO. Tenerife (ES), 22-5-2013.

ROMBAUT, RODRIGUEZ MELCON A, PLANA A, RODRIGUEZ I, MELER E, SERRA B. *Comunicación*. Revisión de estrategias para la prevención de la prematuridad en gestaciones únicas. XXXI Congreso Nacional de la SEGO. Tenerife (ES), 22-5-2013.

RODRIGUEZ MA, MUÑOZ A, PRATS P, RODRIGUEZ I, COMAS C. *Póster*. Prenatal sonographic evaluation of the fetal conus medullaris. 17th International Conference Prenatal Diagnosis and Therapy. Lisboa (PO), 2-6-2013.

SERRANO A, FERNANDEZ-SANGUINO A, RODRIGUEZ I, MELER E, SERRA B. *Póster*. Resultados perinatales en gestaciones gemelares según método de concepción. XXXI Congreso Nacional de la SEGO. Tenerife (ES), 22-5-2013.

TORRENTS M, BARBED C, FOURNIER S, COMAS C. *Póster*. Reducción fetal selectiva. Nuestra experiencia en Instituto Dexeus. XXXI Congreso Nacional de la SEGO. Tenerife (ES), 22-5-2013.

TORRENTS M, RODRIGUEZ MA, COMAS C. *Comunicación*. Impacto del sexo fetal en el cribado de aneuploidias de primer trimestre. XXXI Congreso Nacional de la SEGO. Tenerife (ES), 22-5-2013.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

BARBED C, FERNANDEZ E, BARRI SODEVILA P, CUSIDO M. *Póster*. Estudi comparatiu de les diferents vies d'abordatge a la histerectomia. Congrés de la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia. Barcelona (ES), 2013.

CAMBRA MJ, CUSIDO MT. *Comunicación*. Comparative management of breast ductal carcinoma in situ. XVII Congreso Nacional de la SEOR. Vigo (ES), 18-6-2013.

CASTELLA M, FDEZ.-CID C, FABRA G, DOMINGUEZ MA, RAMOS C, TRESSERRA F. *Póster*. Estado actual del estudio citológico de la glándula mamaria en España. VIII Congrés Català de Citopatologia. S'Agaró-Gerona (ES), 10-5-2013.

CUSIDO MT, GONZALEZ CAO M, AMSELEM D, UBEDA B, SIMON M, TRESSERRA F, RODRIGUEZ I, ARA C, FABREGAS R. *Póster*. Evaluación de la respuesta a la quimioterapia neoadyuvante en paciente con cáncer de mama mediante diferentes técnicas de imagen. XXXI Congreso Nacional de la SEGO. Tenerife (ES), 22-5-2013.

FABRA G, FDEZ.-CID C, CASTELLA M, DOMINGUEZ MA, JULVE R, TRESSERRA F. *Comunicación*. Metastasis cavitaria de

melanoma. VIII Congrés Català de Citopatologia. S'Agaró-Gerona (ES), 10-5-2013.

FARGAS FR, CUSIDO MT, BARBED C, AMSELEM D, BAULIES S, RODRIGUEZ I, TRESSERRA F, PASCUAL MA, FABREGAS R. *Póster*. Value of preoperative diagnosis in early endometrial cancer. 18th International Meeting in European Society of Gynaecological Oncology (ESGO). Liverpool (RU), 19-10-2013.

FARGAS FR, CUSIDO MT, PLANA A, BAULIES S, RODRIGUEZ I, TRESSERRA F, PASCUAL MA, FABREGAS R. *Póster*. Impact of surgery on the evolution in uterine sarcomas. 18th International Meeting in European Society of Gynaecological Oncology (ESGO). Liverpool (RU), 19-10-2013.

FDEZ.-CID C, FABRA G, CASTELLA M, DOMINGUEZ MA, TRESSERRA F. *Póster*. Citopatología del ganglio axilar: Actitud terapéutica ante el diagnóstico. VIII Congrés Català de Citopatologia. S'Agaró-Gerona (ES), 10-5-2013.

FERNANDEZ RB GARCIA GALL M, CUSIDO MT, FERNANDEZ IBIZA J, ARA C. *Póster*. Braquiterapia con mammosite e irradiación parcial de mama. XXXII Congreso Nacional de la SEGO. Tenerife (ES), 22-5-2013.

FERNANDEZ RB, RUIZ J, BARRI SOLDEVILA P, CUSIDO MT, RODRIGUEZ I. *Comunicación*. Evaluation of experience with retropubic and transobturador slings for stress incontinence. 43rd Annual Meeting of the International Continence Society (ICS). Barcelona (ES), 26-8-2013.

GARCIA GALL, ARA C, CUSIDO MT, RODRIGUEZ I, TRESSERRA F, FABREGAS R. *Póster*. Carcinoma in situ de mama. Análisis de los casos y evaluación de las recidivas en nuestro centro 1999-2012. Primer Congreso Español de la Mama. XXXII Congreso de la SESPM. Madrid (ES), 17-10-2013.

GARCIA P, IZQUIERDO M, RODRIGUEZ I, MANUBENS M. *Póster*. Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes con hipovitaminosis D. XVIII Congreso SEIOMM. Tarragona (ES), 13-11-2013.

GONZALEZ CAO M, COSTA C, MOLINA-VILA MA, CUSIDO MT, VITERI S, BAULIES S, MARTINEZ-BUENO A, FABREGAS R, TRESSERRA F, SANSANO I, ARA C, AMSELEM D, UBEDA B, SIMO-PERDIGO M, GASCO A, RODRIGUEZ I, ROSELL R. *Comunicación*. Molecular analysis in breast cancer subtypes and correlation with pathologic complete response (pCR) to neoadjuvant chem. 2012 ASCO Annual Meeting. Chicago (US), junio 2013.

GONZALEZ CAO M, SIMO M, UBEDA B, TRESSERRA F, ARA C, BROWNE J, FABREGAS R, BAULIES S, CUSIDO MT.

Póster. Tumor response evaluation to neoadjuvant chemotherapy by functional imaging techniques. 13th St. Gallen International Breast Cancer Conference. St. Gallen (SU), 13-3-2013.

JULVE R, BARRI SOLDEVILA P, HINOJOSA L. *Póster. Programa de reconstrucción de clítoris post ablació.* Congrés Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia. Barcelona (ES), 2013.

MARTINEZ E, PORTA O, AMAT LI, FONT A, LLEBERIA J, ELIAS N, MORA I, MONTERO A, CASTILLO M, FERNANDEZ RB. *Póster multicéntrico. Is there any factor for symptoms persistence at 6 months of delivery in patients with obstetric anal sphincter injuries?* 43rd Annual Meeting of the International Continence Society (ICS). Barcelona (ES), 26-8-2013.

PEREZ A, SALAS O, REDON S, CUSIDO MT, UBEDA A. *Póster. Vulvitis del Zoon.* XXV Congreso de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC). A Coruña (ES), 21-11-2013.

PEREZ A, SALAS O, REDON S, CUSIDO MT, UBEDA A. *Póster. Prurito genital de larga evolución. Vaginitis descamativa inflamatoria.* XXV Congreso de la

Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC). A Coruña (ES), 21-11-2013.

SALAS O, PEREZ A, REDON S, CUSIDO MT, UBEDA A. *Póster. Manejo del CIN 2/3 en menores de 25 años.* XXV Congreso de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC). A Coruña (ES), 21-11-2013.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

BALLESTER M, BOADA M, VENDRELL JM, COROLEU B, VEIGA A. *Comunicación. Eliminació d'espermatozoides apoptòtics en mostres seminals utilitzades en inseminació artificial.* XII Jornada de Biologia de la Reproducció de la Societat Catalana de Biologia. Barcelona (ES), 18-6-2013.

BALLESTER M, BOADA M, VENDRELL JM, RODRIGUEZ I, COROLEU B, VEIGA A. *Póster. Influencia de la eliminación de espermatozoides apoptóticos en los ciclos de inseminación artificial conyugal.* VII Congreso ASEBIR. Sevilla (ES), 20-11-2013.

BUXADERAS R. *Comunicación. Glosario. V Workshop Comité de Registro "Novedades Registro 2012; Registro 2011 y Registro ASEBIR DGP".* Madrid (ES), 17-10-2013.

CARRASCO B, BOADA M, RODRIGUEZ I, COROLEU B, BARRI PN, VEIGA A. *Póster. ¿Influyen los medios de cultivo embrionario en los resultados perinatales?* XII Jornada de Biologia de la Reproducció de la Societat Catalana de Biologia. Barcelona (ES), 18-6-2013.

CARRASCO B, BOADA M, RODRIGUEZ I, COROLEU B, BARRI PN, VEIGA A. *Comunicación. Does embryo culture medium influence birthweight of the newborn - a randomised control trial.* 29th Annual Meeting European Society of Human Reproduction and Embryology. Londres (RU), 7-7-2013.

CASTILLA JA, OROZCO I, DE ANDRES M, BUXADERAS R, MARQUETA J, HERRERO J, SEGURA A, DE LOS SANTOS MJ. *Póster. ¿Sobreutilización de la ICSI? Datos del Registro SEF 1993-2010.* 16º Congreso Nacional de Andrología. Pamplona (ES), 25-4-2013.

CLUA E, RODRIGUEZ D, LATRE L, VAZQUEZ A, BARRI PN, COROLEU B, TUR R. *Póster. Obstetric and perinatal follow-up in an oocyte donation program: why should we transfer only one embryo.* 29th Annual Meeting European Society of Human Reproduction and Embryology. Londres (RU), 7-7-2013.

COLL LI, PARRIEGO M, BOADA M, VENDRELL JM, COROLEU B, VEIGA A.

Comunicación. Screening genètic preimplantacional per factor masculí. Comparació de dues tècniques: FISH versus array-CGH. XII Jornada de Biologia de la Reproducció de la Societat Catalana de Biologia. Barcelona (ES), 18-6-2013.

DEVESA M, COROLEU B, FABREGAS R, BAULIES S, GONZALEZ C, RODRIGUEZ I, VEIGA A, BARRI PN. *Comunicación. Ovarian stimulation in breast cancer patients does not perform worse nor delay the start of oncologic treatment.* 3rd World Congress of the ISPF (International Society for Fertility Preservation). Valencia (ES), 7-11-2013.

GODO A, BLANCO J, VIDAL F, PARRIEGO M, BOADA M. *Comunicación. Estudi del comportament meiótic d'una reorganització t(1;8;2)(q42;p21;p15).* XII Jornada de Biologia de la Reproducció de la Societat Catalana de Biologia. Barcelona (ES), 18-6-2013.

GODO A, BLANCO J, VIDAL F, PARRIEGO M, BOADA M, ANTON E. *Póster. Analisis del riesgo reproductivo en portadores de reorganizaciones cromosómicas complejas.* VII Congreso ASEBIR. A Coruña (ES), 20-11-2013.

MATEO S, BOLLER C, VIDAL F, BARRI PN, VEIGA A, BOADA M. *Póster. Tecnología*



Time-Lapse aplicada al desarrollo de los cigotos monopronucleares de ICSI. VII Congreso ASEBIR. Sevilla (ES), 20-11-2013.

MOYANO M, FERNANDEZ M, DEL PINO C, TUÑÓN D, LATRE L, PARRIEGO M, BOADA M. *Comunicación*. FISH en espermatozoides. Curso pre-Congreso nº 2. ASEBIR. Sevilla (ES), 20-11-2013.

PARRIEGO M, SOLE M, BOADA M, COROLEU B, VEIGA A. *Póster*. Oocyte accumulation strategy for preimplantation genetic diagnosis/screening in cases of low response. 29th Annual Meeting European Society of Human Reproduction and Embryology. Londres (RU), 7-7-2013.

PARRIEGO M, NADAL S, BOADA M, TUÑÓN D, MATEO S, COROLEU B, VEIGA A. *Comunicación*. Evolución y análisis cromosómico de embriones multinucleados. VII Congreso ASEBIR. Sevilla (ES), 20-11-2013.

SOLE M, BOADA M, SANTALO J, COROLEU B, BARRI PN, VEIGA A. *Póster*. Vitrification versus slow freezing in embryos: Retrospective analysis. 3rd International Congress on Controversies in Cryopreservation of Stem cells, Reproductive cells, tissue & organs /Cryo. Berlin (AL), 21-3-2013.

TUÑÓN D, PARRIEGO M, BOADA M, COROLEU B, VEIGA A. *Póster*. Influencia de la edad en las aneuploidias. DGP mediante aCGH. VII Congreso ASEBIR. Sevilla (ES), 20-11-2013.

VENDRELL JM, PARRIEGO M, BOADA M, MARTINEZ F, VEIGA A, COROLEU B, BARRI PN. *Comunicación*. PGS de aneuploidias en pacientes oligozoodpérmicos con anomalías meióticas sinápticas. Estudio comparativo: FISH vs CGH. 16º Congreso Nacional de Andrología. Pamplona (ES), 25-4-2013.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

ALCAZAR JL, PASCUAL MA, OLARTECOECHA B, AUBA M, GRAUPERA B, HERETER L, AJOSSA S, JULVE R, SEDDA F. *Comunicación*. IOTA simple rules for discriminating between benign and malignant adnexal masses: a prospective external validation. 23rd World Congress in US in Obstet and Gynecol. (ISUOG). Sidney (AU), 5-10-2013.

GRAUPERA B, PASCUAL MA, HERETER L, UBEDA B, PEDRERO C, FDEZ-CID M. *Comunicación*. Three-dimensional ultrasound in diagnosis of congenital uterine anomalies comparing with magnetic resonance imaging. 23rd

World Congress in US in Obstet and Gynecol. (ISUOG). Sidney (AU), 5-10-2013.

GRAUPERA B, PASCUAL MA, HERETER L, TRESSERRA F, PEDRERO C, FDEZ-CID M. *Comunicación*. Decidualization of endometrioma during pregnancy mimicking a malignant ovarian tumor. 23rd World Congress in US in Obstet and Gynecol. (ISUOG). Sidney (AU), 5-10-2013.

HERETER L, PASCUAL MA, GRAUPERA B, BARRI SOLDEVILA P, PEDRERO C, FDEZ-CID M. *Póster*. Role of transvaginal ultrasound in diagnosis of cesarean section and its complications. Convención Anual del AIUM. Nueva York (US), 6-4-2013.

HERETER L, GRAUPERA B, PASCUAL MA, PEDRERO C, FDEZ-CID M, SALAS O. *Comunicación*. Endometrial hyperplasia: ultrasonographic features using IETA (International Endometrial Tumor Analysis) terms. 23rd World Congress in US in Obstet and Gynecol. (ISUOG). Sidney (AU), 5-10-2013.

LUDOVISI M, DE BLASIS I, VIRGILIO B, GIANIRACUSA C, FISHEROVA D, FRANCHI D, PASCUAL MA, et al. *Comunicación*. Clinical and ultrasound characteristics of tubal cancer. 23rd World Congress in US in Obstet and

Gynecol. (ISUOG). Sidney (AU), 5-10-2013.

NAVARRO B, TERREL F, UBEDA B, BROWNE J, CASAS L, RODRIGUEZ I. *Póster*. Variabilidad intraobservador de la elastografía estática en el diagnóstico de lesiones mamarias. Primer Congreso Mama. XXXII Congreso de la SESPM. Madrid (ES), 17-10-2013.

OLIVA M, PASCUAL MA, HERETER L, GRAUPERA B, PEDRERO C, FDEZ-CID M. *Comunicación*. Ultrasonographic findings of Malignancy-Like Ovarian Deciduous of Endometrioma During Pregnancy. Convención Anual del AIUM. Nueva York (US), 6-4-2013.

PASCUAL MA, HERETER L, GRAUPERA B, TRESSERRA F, PEREZ A, COROLEU B, BARRI PN. *Comunicación*. Ultrasonographic diagnosis of ovarian ectopic pregnancy after in vitro fertilization with salpinguotomy. Convención Anual del AIUM. Nueva York (USA), 6-4-2013.

PASCUAL MA, GRAUPERA B, HERETER L, TRESSERRA F, CUSIDO MT, RODRIGUEZ I. *Comunicación*. Early diagnosis in ovarian cancer: role of transvaginal color Doppler ultrasound. A fourteen years experience. 23rd World Congress in US in Obstet and Gynecol. (ISUOG). Sidney (AU), 5-10-2013.



PASCUAL MA, GRAUPERA B, HERETER L, ALCAZAR JL, FDEZ-CID M, SIMON M, RODRIGUEZ I. *Comunicación*. **Evaluation of Uterine Tranverse Diameter in Müllerian Duct Anomalies**. 23rd World Congress in US in Obstet and Gynecol. (ISUOG). Sidney (AU), 5-10-2013.

PASCUAL MA, ALCAZAR JL, GRAUPERA B, HERETER L, PEDRERO C, RODRIGUEZ I. *Comunicación*. **The role of uterine transverse diameter in the diagnostic of septate uterus in clinic practice**. 23rd World Congress in US in Obstet and Gynecol. (ISUOG). Sidney (AU), 5-10-2013.

UBEDA B, BROWNE J, CASAS L, BAULIES S, NAVARRO B, ESCARTIN A. *Póster*. **Difussion-weighthed magnetic resonance imaging (dw-mri) for monitoring the reponse to neoadjuvant chemotherapy in breast**. European Congress of Radiology 2013. Viena (AU), 7-3-2013.

VILA M, PASCUAL MA, GRAUPERA B, HERETER L, PEDRERO C, FDEZ-CID M. *Póster*. **Usefulness of Uterine Diameter Measurements in Suspicion of Congenital Uterine Anomalies**. Convención Anual del AIUM. Nueva York (US), 6-4-2013.



4.1. Servicio de Obstetricia



EFFICIENCY OF GENETIC INVASIVE TESTING ACCORDING TO INDICATION OF REFERRAL: A SINGLE CENTER EXPERIENCE

Comas Gabriel C, Echevarria Tellería M, Rodríguez García I, Serra Zantop B.
Fetal Medicine Unit, Department of Obstetrics and Gynecology
Institut Universitari Dexeus, Barcelona (Spain)

OBJECTIVE: To describe the efficiency of the invasive prenatal diagnostic practice in a single-center over a 13-years period.

METHODS: All consecutive genetic invasive testing (IT) between January 1999 and December 2011 were included. Our healthcare guidelines have traditionally recommended screening for Down syndrome under 35, but this cut-off has been progressively moved to 38 and from January 2009 onwards to all population. The number of tests per relevant chromosomal abnormality (CA) diagnosis adjusted for indication was calculated.

RESULTS: A total of 11006 karyotypes were obtained, including 355 relevant CA (3,23%). Overall, 31 invasive procedures are needed to diagnose 1 relevant CA, being 23 procedures in medical indications and 241 procedures in non-medical indications. In the medical indication series, this index shows a significant favorable downward trend.

Relevant CA according to indication of referral (n)

	Medical indication	Non-medical indication (anxiety)	Overall
n (Overall)	7877	3129	11006
Relevant CA (Overall)	6	1	7
Sex CA (Overall)	10	1	11
De novo (Overall)	4	1	5
Other sex CA	12	0	12
Down syndrome	21	5	26
Edwards	4	0	4
Patau	128	2	130
Trisomy 14	26	0	26
Abnormal karyotype	10	2	12
Trisomy 17	15	0	15
Turner syndrome	25	0	25
Unbalanced translocation	2	0	2
Sex chromosome	8	1	9
Relevant	17	0	17
Overall	342	13	355
Prevalence relevant CA	4,34%	0,42%	3,23%

Figure 1

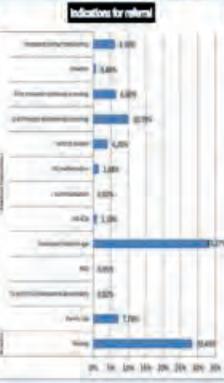


Figure 2

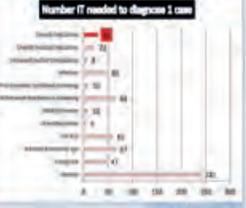
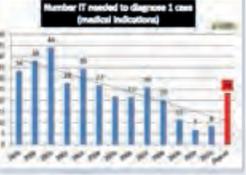
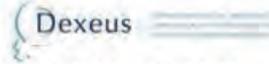


Figure 3



CONCLUSIONS: Medical indications are more efficient in prenatal diagnosis of relevant CA, particularly, sonographic detected malformation. Moreover, changes in prenatal screening policy significantly improved the efficiency of invasive prenatal diagnosis. Nevertheless, residual risk in patients without medical indication remains significant.



RESIDUAL RISK OF CHROMOSOMAL ANOMALIES IN LOW RISK PREGNANCIES: SHOULD WE CHANGE OUR PRENATAL SCREENING STRATEGY?

Comas Gabriel C, Echevarria Tellería M, Rodríguez Pérez MA, Rodríguez García I, Serra Zantop B.
Fetal Medicine Unit, Department of Obstetrics and Gynecology
Institut Universitari Dexeus, Barcelona (Spain)

OBJECTIVE: To determine the residual risk of clinically relevant chromosomal abnormalities (CA) in low risk pregnant women.

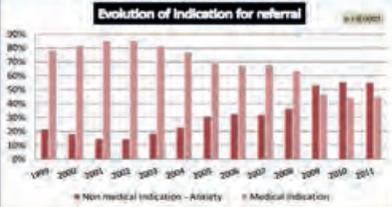
METHODS: We retrospectively reviewed all fetal karyotypes obtained by prenatal invasive testing (IT) between January 1999 and December 2011. Indications for referral were classified as medical and non-medical (anxiety). CA were classified into irrelevant, of unknown relevance (balanced translocations and markers of unknown origin) and clinically relevant. In the latter group, sex CA of less prenatal relevance were individually analyzed (47,XXX, 47,XYY).

RESULTS: From a total of 11045 IT, 355 clinically significant CA were detected (3,23%). A total of 3129 procedures (28%) did not have any medical indication for IT (anxiety group), proportion which increased across this period from 22% to 55%. **In the anxiety group:** •13 pregnancies with relevant CA were found (0,42%). •The "number of IT needed to detect 1 case of relevant CA" was 241 (313 if we exclude less severe sex CA). •Adjusted for indication and maternal age, the number of IT per diagnosis was 275 under 35 and 210 over this age. This index shows a downward trend across the 13 years-period.

#	MA	Karyotype	Prenatal screening	Follow-up
1	34	47,XXX	RI: 1/455	normal
2	31	46,XX/45,X	RI: 1/589	normal
3	29	46,XX(47,XX)mar (de novo)	No screening	TOP (monochorionic tw(1))
4	35	47,XY(46,XY)(46,XY)(43)	RI: 1/4500	TOP
5	34	47,XY+21	Normal US markers	TOP
6	14	47,XYY	RI: 1/667	normal
7	38	46,XX,(10-19)(11,2)(13,1)(de novo)	RI: 1/10542	normal
8	35	47,XXY	RI: 1/5386	TOP
9	30	47,XXX	RI low-risk	normal
10	36	46,X,del(X)(q22)	RI: 1/1399	normal
11	38	46,X,psu idic(Y)(p11.32)(11)(45,X(16)46,XY)(2)	RI low-risk	TUGR, Postnatal karyotype: 46,X,psu idic(Y)(p11.32)(11)(45,X(16)45,X)(mar[2])
12	42*	47,XY+21	RI: 1/414, *Egg one	TOP
13	34	47,XXY	RI: 1/3586	TOP

MA: maternal age; RI: risk index; TOP: termination of pregnancy; TUGR: transverse green retardation

Evolution of indication for referral



#	MA	Karyotype	Prenatal screening	Follow-up
1	34	47,XXX	RI: 1/455	normal
2	31	46,XX/45,X	RI: 1/589	normal
3	29	46,XX(47,XX)mar (de novo)	No screening	TOP (monochorionic tw(1))
4	35	47,XY(46,XY)(46,XY)(43)	RI: 1/4500	TOP
5	34	47,XY+21	Normal US markers	TOP
6	14	47,XYY	RI: 1/667	normal
7	38	46,XX,(10-19)(11,2)(13,1)(de novo)	RI: 1/10542	normal
8	35	47,XXY	RI: 1/5386	TOP
9	30	47,XXX	RI low-risk	normal
10	36	46,X,del(X)(q22)	RI: 1/1399	normal
11	38	46,X,psu idic(Y)(p11.32)(11)(45,X(16)46,XY)(2)	RI low-risk	TUGR, Postnatal karyotype: 46,X,psu idic(Y)(p11.32)(11)(45,X(16)45,X)(mar[2])
12	42*	47,XY+21	RI: 1/414, *Egg one	TOP
13	34	47,XXY	RI: 1/3586	TOP

CONCLUSIONS: 1. Despite of the expanding screening policies, low risk pregnant population shows a growing demand for prenatal IT. 2. Low risk population shows a not negligible residual/baseline risk, higher than the current cut-off used to indicate IT. 3. The residual risk of relevant CA tends to increase as expanding DS screening programs.






176. Prediction of intrauterine growth restriction by combination of first and second trimester biochemistry markers used in prenatal screening of Down syndrome

M. Echevarria, MA, Rodríguez, S, Fournier, C, Comas, I, Rodríguez¹, B. Serra. Servicio de Obstetricia, ²Unidad de Estadística y Epidemiología. Institut Universitari Quirón Dexeus, Barcelona

Objective

To describe the association between first-trimester pregnancy-associated plasma protein A (PAPP-A) and second-trimester alphafetoprotein (AFP) and intrauterine growth restriction (IUGR).

Methods

We prospectively measured the maternal serum AFP at 15-18 weeks of pregnancy among cases of low PAPP-A at first-trimester combined screening for Down syndrome, in a routine prenatal clinic setting. Maternal levels of PAPP-A were measured at the time of the first prenatal visit (9 to 13th weeks) as part of the combined ultrasound and biochemical screening strategy for aneuploidies. Low PAPP-A was defined as the lowest 5% of values for gestational age (<0.4 MoM) and high AFP was defined as the top 5% of values for gestational age (>2.17 MoM). Intrauterine growth restriction was defined as birth-weight ≤ 5th centile according to our local customized charts. No results were reported to either the obstetrician or patient.

Results

A total of 8762 pregnant women were attended for prenatal care in our institution between January 2010 and April 2013. Of the 450 patients with a PAPP-A < 0.4 MoM at first-trimester (5.1% population), 242 had a second-trimester determination of AFP, 172 of them with a complete perinatal follow-up. Women with a low PAPP-A had normal values of AFP at second trimester, with a mean value of 0.99 MoM.

A total of 5.2 % cases (n=9) had a low PAPP-A and high AFP. We had a total of 12 cases of IUGR (7 %), 9 cases (5.5 %) in the group of low PAPP-A and normal AFP and 3 cases (33.3 %) in the group of low PAPP-A and high AFP. The odds ratio for delivering a baby with IUGR for women with a low PAPP-A and a high AFP was 8.5 (95% confidence interval [CI] 1.8-39.9).



PAPPA<0.4 MoM	n %		Overall
	IUGR		
	Yes	No	
AFP ≥2.17 MoM	3 33.3%	6 66.7%	9 100%
AFP <2.17 MoM	9 5.5%	154 94.5%	163 100%
Overall	12 7%	160 93%	172 100%

Conclusion

Although the small numbers of the study, this preliminary data suggest that low maternal levels of PAPP-A between 8 and 13th weeks and high levels of AFP between 15 and 18 weeks are highly associated with IUGR, increasing the background risk for this condition by 8.5.



RESULTADOS PERINATALES EN LA INDUCCIÓN DEL EMBARAZO GEMELAR

A. Fernández-Sanguino, B. Lorente, E. Meler, A. Serrano, A. Rodríguez, B. Serra I.U. Dexeus, Barcelona

OBJETIVO

Comparar la tasa de cesárea en las inducciones de gestaciones gemelares en relación con las inducciones en gestaciones únicas.

- Estudio retrospectivo transversal
- Inducciones en nuestro centro en el periodo comprendido entre: Enero 2007- Noviembre 2012

Criterios de inclusión:

- Gestación > 24 semanas
- Membranas íntegras
- Ausencia de dinámica uterina

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO	GEMELARES	UNICAS	
Edad materna media (años)	35.3	34.7	p > 0.05
I.M.C.	23.5	23.3	p > 0.05
Semanas de gestación	37.2	39.6	p < 0.05

MOTIVO MÉDICO DE INDUCCIÓN	GEMELARES n pacientes (%)	UNICAS n pacientes (%)
CR.	174 (8.7%)	27 (21.2%)
DR. OBSTACIONAL	168 (8.4%)	2 (2%)
COLESTASIS GESTACIONAL	49 (25%)	0 (0%)
G.C.P.**	740 (37%)	28 (28.8%)
DIAGNÓSTICO	129 (6.5%)	3 (2%)
PREECLAMPSIA	75 (3.9%)	9 (8.1%)
GESTACION DE ALTO RIESGO	75 (3.8%)	13 (11.1%)
PERITO BIOPESICO ALTERADO	83 (4.2%)	1 (1%)
OTROS	589 (29.7%)	24 (24.2%)

*I.C.P. Gestación monogémica zóocigada (n=11) con un único y 32 con 2 gemelos.

Análisis de Regresión Multivariable

	OR (Odds Ratio)	IC 95%
Tipo de gestación	0.92	(0.48-1.75)
Edad materna	1.01	[0.98-1.04]
I.M.C.	1.11	[1.08-1.14]
Parto vaginal previo	0.14	[0.10-1.20]
Cesárea previa	1.13	[0.6-2.02]
Semanas de gestación	1.13	[1.03-1.21]

CONCLUSIÓN

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la tasa de cesárea de recurso entre gestaciones única y gestaciones gemelares sometidas a inducción

Los factores que se asocian de manera independiente y significativa con un mayor riesgo de cesárea son las semanas de gestación y el I.M.C materna

Vall d'Hebron
Hospital Materno-Infantil

Fundación Dexeus
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ASISTENCIA CLÍNICA

AGENESIS OF DUCTUS VENOSUS: WHAT IS THE REAL CLINICAL RELEVANCE?

Ferrer Q.(1), Gonzalez F.(1), Gran F.(1), Paris N.(1), Albert DC.(1), Arevalo S.(1), Prots P.(2), Comas C.(2), Casalduque J.(1), Carreras E.(1).
Pediatric Cardiology Unit and Fetal Medicine Unit of Vall d'Hebron University Hospital (1) and Fetal Medicine Unit of Institut Universitari Dexeus (2), Barcelona - Catalunya-Spain

Background: Anomalies of the Ductus Venosus (ADV) are highly associated with poor fetal outcome (aneuploidy, structural malformations and fetal hydrops). Prognosis is variable and depends on such anomalies and the type of drainage (to portal sinus: intrahepatic or extrahepatic).

Objective: Describe the real clinical consequences of this anomaly in two tertiary referral centers in a large population of pregnancies undergoing routine ultrasound examination at 11 to 13+6 weeks of gestation

Methods: Prospective study (January 2005 to June 2012) from two tertiary centers where a complete first trimester scan (DV Doppler assessment) has been performed. All cases underwent serial fetal echocardiography and Necropsy or postnatal follow-up.

Results:

Demographics (n : 51)
3 twin pregnancies
Mean maternal age 32 years old
42% diagnosed in first trimester scan.

Type of drainage
Intrahepatic drainage: 33 cases (65%)
 31 to hepatic sinusoids
 2 to suprahepatic veins
Extrahepatic drainage 18 cases (35%)

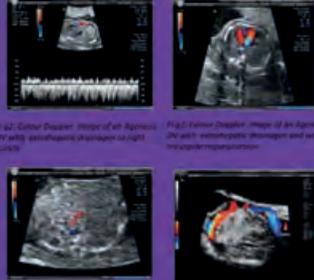


Figure 1: Color Doppler image of an Agnesis DV with suprahepatic drainage to right sinus.

Figure 2: Color Doppler image of an Agnesis DV with sinusoidal drainage and with intrahepatic drainage.

Overall survival was 67% (IH 82%, EH 39%, but isolated cases of ADV had 97% survival). We had 1 CATCH and 1 Noonan Sd. 12% underwent TOP (IH 6%, EH 28%) and two had fetal demise. Most Survivors are healthy children (1 Aortic Coarctation and 1 Ventricular septal defect operated on, 1 left isomerism without CHD and 1 renal polycystosis). 2 had postnatal persistent porto-systemic shunt and 2 Extrahepatic had Total Agnesis of Portal System (Abernethy S).

Agnesis DV	%	Outcome of Agnesis DV	IH (%)	EH (%)	p=
Presence of Cardiac anomalies	54%	Healthy child	55%	22%	0.03
Other malformations	56%	Intact survival	82%	39%	0.01
Assoc. cromosomopatias	30%	Assoc. anomalies	30%	55%	0.05
Fetal demised	4%	Severe Hydrops	9%	33%	0.03
Hydrops	19%	Increased NT	24%	41%	NS

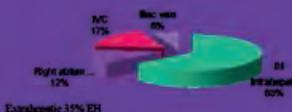


Figure 1: Glass body rendering image of ADV with intrahepatic drainage.

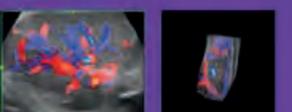


Figure 2: Glass body rendering image of ADV with extrahepatic drainage.

Conclusions:

Fetuses with IH umbilical venous drainage have better prognosis than EH drainage. The absence of associated malformations, hydrops or increased NT has excellent prognosis.




May, 23rd-25th 2013

Induction of labour in twins

B. Lorente, A. Fernández-Sanguino, E. Meler, A. R. Melcón, B. Serra

OBJECTIVE

- Estimate the likelihood of cesarean delivery in twin pregnancies undergoing induction of labour as compared with singleton pregnancies.

PATIENTS AND METHODS

- Retrospective cohort study and logistic regression model
- Primary outcome: mode of delivery (vaginal vs CS)
- Inductions of labour in our hospital from January 2007 to November 2012.
- Study group: twin pregnancies undergoing induction of labour.
- Control group: singletons undergoing induction of labour.

Inclusion criteria:

- Gestation > 24 weeks
- Intact membranes
- Absence of contractions

RESULTS

Time period: 2007-2012

462 TWINS



BASILINE CHARACTERISTICS	TWINS	SINGLETON	p
Maternal age	35.3	34.7	0.05
BMI	23.5	23.3	>0.05
Gestational age	37.2	39.9	>0.05

INDICATIONS FOR INDUCTION



CESAREAN SECTION RATE



P=0.05

LOGISTIC REGRESSION MODEL

BASILINE CHARACTERISTICS	OR	CI 95%
Twins (compared to singleton)	0.92	[0.48-1.75]
Maternal age	1.01	[0.98- 1.04]
BMI	1.11	[1.08-1.14]
Prior vaginal delivery	0.14	[0.10-1.20]
Prior cesarean section	1.13	[0.6-2.02]
Gestational age	1.13	[1.03-1.21]

CONCLUSIONS

- Patients with twin pregnancies undergoing induction of labour have a similar risk of cesarean delivery as patients with singleton pregnancies undergoing induction of labour.
- Maternal BMI and Gestational age at delivery are independent and significant factors associated to a greater risk for cesarean section.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF HYPERTENSION IN PREGNANCY
ISSHP European Congress
 12 - 14 June 2013 - Tromsø, Norway

THIRD TRIMESTER PREDICTION OF LATE PREECLAMPSIA
 Meler E., Murillo E., Rodriguez I., Serra B.
 Salut de la Dona Dexeus, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine, Barcelona

* A multiparametric model including Epidemiological maternal factors (blood pressure and others) + uterine Doppler + Biochemical parameters (PAPP-A + BHCG) has been described useful in the prediction of early PE at 1st and even better at 2nd T. Less accuracy has been described for late PE.
 * Different physiopathologies have been suggested for early and late PE.

OBJECTIVES:
 To define the prediction capacity of maternal characteristics at 3rd T for late PE

MATERIAL AND METHODS: Case-control study.

N=4724 singleton pregnancies

CASES (N=59)
Late PE (delivery above 34 weeks)

CONTROLS (N=4665)
no diagnosis of PE nor Gestational Hypertension

8 weeks **31-33 weeks**

Maternal weight/height (BMI)
Maternal Age

Maternal weight/height (BMI)
Blood Pressure: SBP, DBP, MAP*

*MAP=DBP+1/3 (SBP-DBP)

	Controls	Cases	p
Maternal Age (years)	34.7	35.1	>0.05
Nuliparity (%)	58.6	71.2	<0.05
Weight at first visit (kg)	61.9	69.8	<0.05
BMI at 1 st T (kg/m ²)	23.0	25.9	<0.05
Weight at third trimester (kg)	71.1	79.6	<0.05
Total weight gain (kg)	9.3	10.3	>0.05
SBP (mmHg)	110	122.4	<0.05
DBP (mmHg)	64	71.9	<0.05
MAP at 3 rd T (mmHg)	78.8	88.8	<0.05
GA at delivery	39.1	38	>0.05

ROC CURVE

Maternal weight and height
 Maternal BMI
 Total weight gain + MAP

MAP and BMI at 3rd T, independent predictor parameter for late PE

DISCUSSION:
 Maternal BMI and MAP at third trimester could be useful as a screening test for late PE

Trisomy 21 screening in twin pregnancies: does the addition of new correction factors make any improvement?

P. Prats, M.A. Rodríguez, I. Rodríguez, C. Comas.
 Sección de Medicina Fetal, Unidad de Estadística y Epidemiología.
 Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Institut Universitari Dexeus, Barcelona

Introduction
 The combined test (maternal age, fetal nuchal translucency (NT), measurement and maternal serum free-β-human chorionic gonadotrophin (hCG) and pregnancy-associated plasma protein A (PAPP-A) concentrations) for chromosomal defects is now well established. It has shown to identify 90% of cases of trisomy 21 with 5% false positive rate in singleton pregnancies. Screening for trisomy 21 is also advisable in twin pregnancies. Both NT and maternal serum biochemistry can be combined in twins providing detection rates approaching those achieved in singleton pregnancies.

Objectives
 To compare different screening strategies in twin pregnancies to determine whether the correction for chorionicity and assisted reproductive techniques improves the performance of Trisomy 21 screening in twin pregnancies.

Methods
 During the study period (February 2007-July 2011) 946 twin fetuses fulfilled the inclusion criteria. In all these cases, we performed a computer simulation for the calculation of Trisomy 21 risk using the Wald method with 2 different strategies: maternal serum biochemical markers corrected by a general factor for twin pregnancies (1.89 for free β-hCG; 2.14 for PAPP-A) and maternal serum biochemical markers corrected for chorionicity (dichorionic twins: PAPP-A 1.83, free β-hCG 1.75; monochorionic twins: PAPP-A 1.50, free β-hCG 1.41). Both groups were analyzed correcting and not correcting for the effect of in vitro fertilization (IVF) on the maternal serum markers. We designed 4 profiles for the Trisomy 21 risk calculation: 1: general twin risk not corrected for IVF; 2: general twin risk corrected for IVF; 3: maternal serum markers corrected for chorionicity and not corrected for IVF; 4: maternal serum markers corrected for chorionicity and IVF. We used commercialized software Sidelab6 for the risk calculation. Performance of the test was expressed as detection rate (DR), specificity, false positive rate (FPR), positive predictive value (PPV) and negative predictive value (NPV). We compared the different strategies using the area under the ROC (Receiver Operating Characteristic Curve) curve.

Results
 In the study group, we detected 2 cases of Trisomy 21. All profiles had a DR and NPV of 100%. FPR for each profile were: 1: 8.5%; 2: 7.7%; 3: 7.3% and 4: 6.9%. PPV for each profile were: 1: 2.4%; 2: 2.7%; 3: 2.8%; 4: 3%. However, the AUC (area under the curve) was 0.991 (95% CI 0.985-0.997) in all screening strategies.

	>=1/270	TD %	TFP %	VPP %	VPN %
Profile 1	82/946	100	8.5	2.4	100
Profile 2	75/946	100	7.7	2.7	100
Profile 3	71/946	100	7.3	2.8	100
Profile 4	67/946	100	6.9	3	100

Conclusions:
 In our study, there is a decrease in the false positive rate if maternal serum biochemical markers were corrected for chorionicity and IVF. However, the results of the ROC curve indicate that the correction for chorionicity does not improve the performance of the test. Longer twin series with more affected fetuses included are needed.

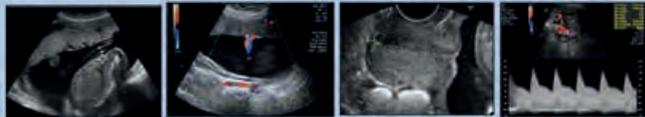
Fundación Dexeus
 UNB

MID-PREGNANCY ULTRASOUND AND AVERSE PERINATAL OUTCOME
 Ricart M, Muñoz M, Barbed C, Rodríguez I, Comas C, B. Serra.
 Institut Universitari Dexeus, Barcelona

INTRODUCTION
 Several studies suggest that not central placenta location, abnormal cord insertion and pulsatility index of uterine arteries have been associated with an adverse perinatal outcome. It is also well known that prematurity is increased in pregnant women with short cervix.
 The objective of the current study was to determine whether the evaluation of these parameters in the second trimester ultrasound could predict adverse perinatal outcome (APO).

METHODS
 We performed a retrospective study of singleton pregnancies controlled and delivered at Dexeus University Institute between January 2007 and June 2012. We excluded all pregnancies with major congenital anomalies or chromosomal disorders.

The variables analyzed in second-trimester ultrasound (20 to 22 weeks) were: the situation of the placenta (central (C), lateral (L), fundic (F) and previa (P)), the uterine artery (UtA) pulsatility index (UtA< 95th centile and UtA <95th centil); cord insertion (central (CI), lateral (LI), marginal (MI) and velamentous (VI)) and the cervical length (LC) (< or > 25mm).



Perinatal variables analyzed were prematurity (<37weeks), perinatal mortality, low birth weight (< 5th centile according to our local charts) and the occurrence of preeclampsia.

A multivariate logistic regression model was used to assess the impact of ultrasound variables on the prediction of an adverse perinatal outcome (expressed as Odds Ratio -OR- and 95% confidence interval). The prediction capacity was evaluated with an area under the curve test.

RESULTS
 A total of 8591 pregnancies were included. Placental location was in 91.7% C, 4.5% L, 2.7% P and 1.1% F. The umbilical cord insertion was in 73.9% CI, 23.1% LI, 2.4% MI and 0.6% VI. The 3.7% of pregnancies had UtA above the 95th percentile. The 2.3% of pregnant women had a LC less than 25mm.

The statistical model showed an OR for adverse perinatal outcome as follows: 2.6 [1.9-3.6] for cervical length < 25mm, 1.8 [1.3-2.4] for locating placenta (F + P vs C + L), 2 [1.5-2.7] for insertion of the cord (IC + IL vs. IM + IV) and 2.6 [2-3.4] for a UtA>95th centile. The ability of the model was evaluated by AUC: 0.56 [0.54 to 0.58].

Variable	OR	95% CI
Cervical length < 25mm	2.6	[1.9-3.6]
Placenta (F + P vs C + L)	1.8	[1.3-2.4]
Cord insertion (IC + IL vs. IM + IV)	2.6	[2-3.4]
UtA > 95 th centile	2.6	[2-3.4]

Placental location	n	%
Central	8271	96.3
Lateral	389	4.5
Fundic	233	2.7
Previa	100	1.1

Cord insertion	n	%
Central	6311	73.4
Lateral	1981	23.1
Marginal	100	1.2
Velamentous	50	0.6

CONCLUSIONS
 Mid-pregnancy ultrasound assessment may be used to predict women at risk of an adverse pregnancy outcome. A model assessing the individual risk for that condition could be designed with these sonographic variables and other individual parameters as medical history or biochemical markers.

BIBLIOGRAPHY
 - Placentia W, Maiz N, Poon L, et al. Uterine Doppler at 11 to 13 weeks and 21 to 24 weeks in the prediction of preeclampsia. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 32: 130-140.
 - Smith GC, Calkins EA, et al. Fetal medicine Foundation Second trimester screening group. Cervical length at mid-pregnancy and the risk of primary cesarean delivery. *N Engl J Med* 2008; 359: 1348-1353.
 - Magrane EF, Doherty DA, Turner K, et al. Second trimester placental location as a predictor of an adverse pregnancy outcome. *J Perinatol* 2007; 27:6-14.
 - Paltak S, Hersh E, Hackett G. Cord coiling, umbilical cord insertion and placental shape in an unselected cohort delivering at term: relationship with common obstetric outcomes. *Placenta* 2010; 31: 983-988.



EXPERIENCIA PROPIA EN LA UTILIZACIÓN DEL PESARIO EN PACIENTES ASINTOMÁTICAS CON CUELLO CORTO

S. Rombaut, A.Plana, I. Rodríguez, E. Meler, B. Serra

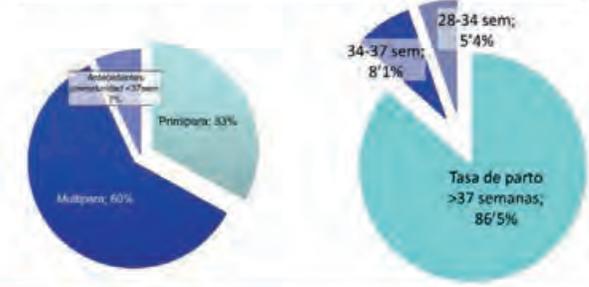
Introducción
 El parto prematuro sigue siendo la mayor causa de morbilidad y mortalidad perinatal. La hidroxiprogesterona, el cerclaje y el pesario cervical son las estrategias preventivas más consolidadas. Existen divergencias en los protocolos y en las estrategias utilizadas para tratar esta entidad, lo que dificulta comparar los distintos métodos preventivos y elegir el más eficaz. El pesario cervical ha sido demostrado ser eficaz en aquellas pacientes con cuello corto < 25mm diagnosticada en semana 20.

Objetivo
 Valorar la tasa de prematuridad en aquellas pacientes asintomáticas con cuello corto (< 25mm) tratadas con pesario obstétrico en nuestro centro.

Material y métodos
 • Estudio retrospectivo de las gestaciones únicas, diagnosticadas de cuello corto a partir de las 20 semanas a las que se les colocó el pesario obstétrico cervical en IU Dexeus desde el año 2010 hasta el 2012
 • La variable principal del estudio es valorar la tasa de parto pretérmino < semana 34 y < semana 37.

Resultados
 • En este periodo, se trataron con pesario obstétrico 37 pacientes.

Edad gestacional en la colocación	23 semanas [18-31sem]
Longitud cervical media	19mm [11-26mm]
Tratamiento previo con progesterona 200mg	40.5%
Tratamiento concomitante con progesterona	45.9%
Precisaron ingreso para tocolisis	16.2%
Retirada por APP refractaria al tratamiento tocolítico	13.5%
Edad gestacional media en la retirada del pesario	36.4 sem [29-39 semanas]



Conclusiones
 • Nuestra experiencia en la utilización del pesario obstétrico está resultando satisfactoria siendo necesario ampliar el número de casos para obtener resultados concluyentes.
 • A pesar que no existe evidencia y que el número de casos es escaso, la colocación del pesario cervical más allá de la semana 20, en pacientes con cuello corto es una estrategia que nos ha demostrado buenos resultados.



Dexeus

Prenatal sonographic evaluation of the fetal conus medullaris

MA. Rodríguez, A. Muñoz, P. Prats, I. Rodríguez, C. Comas.
Sección de Medicina Fetal, Unidad de Estadística y Epidemiología.
Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Institut Universitari Dexeus, Barcelona

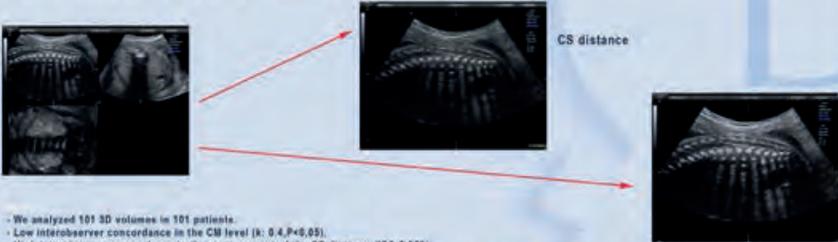
In addition to the ossification centers, the spinal cord and the conus medullaris (CM) can be visualized with ultrasonography as a dark, triangular structure with two surrounding echogenic lines at the caudal end of the spinal cord. With increasing fetal size, the CM is shifted towards the fetal head. A low-lying CM may raise the suspicion of skin-covered spinal dysraphism leading to a tethered cord.



To determine which is the most reproducible method in a sonographic evaluation to know the situation and position of the conus medullaris (CM), the secondary objective was to assess the interobserver variability of them and its relationship with gestational age and body mass index (BMI).

It is a prospective study, from October 2011 to March 2012, 161 singleton pregnancies between 29 and 30 gestational weeks with a normal outcome and a healthy new-born were included.

The sonographic evaluation was performed using two methodologies: determining the CM level in the spinal cord and measuring distance from the CM to the last spine ossification centre (CS distance). Both parameters were analyzed off line by two blinded operators using 3D volumes stored. The CM level was classified in 4 groups according to location relative to the lumbar vertebrae (L): L1-2, L2, L2-3, L3. The CS distance is the measurement between the most caudal point of the CM and the last ventral ossification of the os sacrum. The kappa index (κ) and the interclass correlation coefficient (ICC) were used to evaluate the interobserver variability of both methods. A linear regression was adjusted to evaluate the relationship between the femur length (FL) and CS distance.



- We analyzed 161 3D volumes in 161 patients.
- Low interobserver concordance in the CM level (κ : 0.4, $P < 0.05$).
- High interobserver concordance in the measurement of the CS distance (ICC: 0.956).
- A significant relationship between FL and CS distance was observed (R : 0.90). (CS distance FL X 1.099 + 9.38).
- Neither methodologies have yielded statistically significant differences in relation to BMI.

Conclusions:
The CS distance is reproducible, while CM level does not seem a sonographic reliable method. CS distance has a significant correlation with the FL. The measurement of the CS distance as a reproducible parameter is suggested for the diagnostic of prenatal skin-covered spinal dysraphism.

Fundación Dexeus
CENTRO D'INVESTIGACIÓ I D'INFORMACIÓ OBSTÈTRICA I GINECOLÒGICA
UNIB
Universitat de Barcelona



RESULTADOS PERINATALES EN GESTACIONES GEMELARES SEGÚN MÉTODO DE CONCEPCIÓN

A. Serrano, A. Fernández-Sanguino, I. Rodríguez, E. Melé, B. Serra.

Introducción

Los estudios que comparan las complicaciones obstétricas y perinatales en gestaciones gemelares procedentes de técnicas de reproducción asistida presentan resultados heterogéneos. Nuestro objetivo es comparar la incidencia de resultados perinatales adversos en ambos grupos.



Material y Métodos

Estudio retrospectivo de cohortes. Se estudiaron 483 gestaciones gemelares asistidas en el IU, Dexeus desde 2007 hasta 2012.

Criterios de exclusión:

- Gestaciones triples
- Gestaciones gemelares monocoriales
- Gestaciones con antecedente de reducción embrionaria o muerte intraútero

MÉTODOS DE CONCEPCIÓN A ESTUDIO:

- Espontáneo: 21.5%
- TRA: 78.4%
 - Fecundación in vitro (FIV): 48.9%
 - Ovodonación (DO): 15.5%
 - Criotransferencia de embriones (CT): 3.1%
 - Inseminación artificial de cónyuge (IAC): 4.1% o de donante (IAD): 1.4%
 - Inducción de la ovulación (IO): 5.4%

Resultados

Variables a estudio	Espontáneo (%)	TRA (%)
Prematuridad	16.3	13.2
PEG neonatal	7.2	7.1
Apgar a los 5min. < 7	0.5	0.7
Ph Art. Umbilical < 7.10	3.5	1.8
Ingreso en UCI	17.8	20.3
Muerte perinatal	1	1.2

	OR crudo	OR ajustado
Prematuridad < 34 sem.	0.87 (0.42-1.428)	0.47 (0.23-0.97)

Tabla 2. Tasa de prematuridad en gestaciones de TRA ajustada por IMC, edad y primiparidad.

Tabla 1. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas

Conclusión

Según nuestros resultados, las gestaciones espontáneas presentarían mayor riesgo de prematuridad. Por otro lado, parecería que los embarazos gemelares bicoriales obtenidos mediante TRA no se asocian con peores resultados perinatales.



REDUCCIÓN FETAL SELECTIVA. EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO DEXEUS.

M. Torrents, C. Barbad S., Fournier, C. Comas

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

El aumento del número de técnicas de reproducción asistida ha incrementado considerablemente las gestaciones múltiples. El riesgo de prematuridad que implican ha obligado a los especialistas a implementar técnicas de reducción fetal selectiva para mejorar el resultado perinatal.

INDICACIONES:

- reducción de múltiples de más de tres fetos
- gestación triple en gestante de alto riesgo
- gemelos con defecto congénito viable en uno de ellos o que pueda afectar al otro gemelo.

Durante los años 1989-2011 se efectuaron 178 reducciones fetales selectivas. Las pérdidas fetales se han analizado por periodos (< 1989, entre 1990-1994, 1995-1999, 2000-2005 y 2006-2011). Hay 11 casos sin seguimiento y se analizan los 167 casos restantes.

Resultados:

De los 167 casos el nº de reducciones por defecto congénito es de 58 (34,7%) y por gestación múltiple es de 109 (65,26%). La edad media de las gestantes es de 34 años y la media de edad de gestación del procedimiento es de 12 s. El total de pérdidas gestacionales es de 18 (10,1%).

Las pérdidas gestacionales en función del nº de fetos inicial es:

Las pérdidas gestacionales en función del nº de fetos reducidos:

Las pérdidas gestacionales en función de las semanas de la reducción:

El incremento de pérdidas gestacionales por debajo de las 10 semanas se relaciona con las reducciones de los primeros años en que estas se realizaban más precozmente, que en la mayoría de las ocasiones el número de embriones era muy elevado y la limitada experiencia en el procedimiento.

Las pérdidas gestacionales en función de los años en que se realizó el procedimiento:

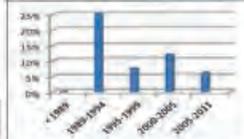
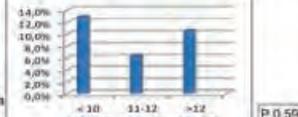
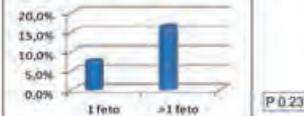
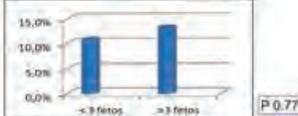
Conclusiones:

- Las pérdidas gestacionales derivadas del procedimiento se incrementan cuando el nº de fetos inicial es superior a 3, cuando se reduce más de un feto y cuando se reduce por encima de las 12 semanas.
- El incremento de pérdidas gestacionales antes del año 1995 se relaciona con el efecto de la curva de aprendizaje.

TÉCNICA:

- 1º Ecografía para valoración de anatomía fetal y marcadores de aneuploidia
 - 2º Reducción fetal con inyección intratorácica de cloruro potásico hasta conseguir asistolia
 - 3º Profilaxis antibiótica, anti prostaglandínicos, reposo, gammaglobulina anti D si precisa
- Elección del feto a reducir:**
- el que presenta marcadores de aneuploidia
 - gemelos monocoriales
 - el más accesible técnicamente

INDICACIÓN





Evaluación de la respuesta a la quimioterapia neoadyuvante en pacientes con cáncer de mama mediante diferentes técnicas de imagen.

M. Cusidó, M. Gonzalez-Cao*, D. Amselem, B. Ubeda**, M. Simó***, F. Tresserra^, I. Rodríguez^^, C. Ara, R. Fábregas

Objetivo: Evaluar la capacidad de dos pruebas diagnósticas (PET-TAC y RM) en la valoración de respuesta en pacientes con cáncer de mama tratadas con quimioterapia neoadyuvante (QNA).

Objetivo secundario: comparar ambas pruebas diagnósticas.

Material y métodos: Se trata de un estudio sobre 41 pacientes con diagnóstico de neoplasia de mama que han recibido tratamiento con QNA.

Diseño del estudio: Se ha realizado una RM y un PET antes de iniciar el tratamiento quimioterápico, a los tres meses después de inicio de la QT y al final de la QT. La variable a estudio del PET ha sido la variación del SUV intermedio y del SUV final respecto al SUV inicial y por RM la variación entre el tamaño inicial y el tamaño y el final. La respuesta anatomoradiológica se ha medido mediante clasificación de Miller-Payne (M-P). Los criterios de respuesta utilizados para la evaluación del PET-TAC fueron los criterios EDREC, para la evaluación de la RM el RECIST 1.1.

RM		Evaluación de la respuesta				
Medida (Rango)		PET1 (n, %)	PET2 (n, %)	MR1 (n, %)	MR2 (n, %)	
Evaluación T (n, %)		NC	9 (22%)	18 (44%)	8 (21%)	8 (22%)
Subtipos (n, %)		RP	20 (49%)	13 (31%)	18 (49%)	11 (31%)
Luminal A		ES	1 (2%)	9 (21%)	8 (21%)	8 (21%)
Luminal B		PE	1 (2%)	8 (19%)	1 (3%)	1 (3%)
TN		Total	31	29	29	25
T4		NC: Respuesta Completa; RP: Respuesta Parcial; ES: Enfermedad Estable; PE: Progresión Enfermedad; PET1 and MR1: Primera evaluación por imagen después de 3 meses de quimioterapia; PET2 and MR2: Evaluación final de la respuesta tras 8 meses de quimioterapia				

Tabla 1. Características de los pacientes

Reducción del tamaño medio por RM	
M-P ≥ 4	66%
M-P < 4	37%
M-P ≥ 4	81%
M-P > 4	75%

Tabla 5. Respuesta radiológica según M y P



Fig 1. Corrección en SUVmax con Quimioterapia Neoadyuvante. Fig 2. Cambio de tamaño en RM con Quimioterapia Neoadyuvante.

Reducción de tamaño de CT	
M-P ≥ 4	93.3
M-P < 4	60
M-P ≥ 4	78
M-P > 4	0

Tabla 6. Reducción de tamaño

	Reducción promedio en RM		Cambio en el SUV Final		Tamaño final medio por RM
	M-P ≥ 4	M-P < 4	M-P ≥ 4	M-P < 4	
Luminal A	64	28	82	85	M-P ≥ 4: 13.9 mm
Luminal B	40	53	100	81	M-P < 4: 33.3 mm
TN	81	16	100	41	Subtipos: n (%)
Er2	86	68	87	66	No diferencias entre subtipos

Tabla 7. Resultado final

SUVmax fue mayor en pacientes con tumores HR positivo y los tumores con HR7ab. (Más diferencias significativas en el post-tratamiento entre los SUVmax entre los pacientes con tumores HR positivos frente a HR negativos (4.68 vs 3.63 p = 0.002). También hubo diferencias significativas en la respuesta post-QNA entre los tumores con HR7ab y HR7ab (4.7 vs 3.63 p = 0.002). En los tumores con HR7ab (n=13) el SUVmax antes de la QNA fue de 4.68 y después de 3 meses de 3.63 (p = 0.002). En los tumores con HR7ab (n=13) el SUVmax antes de la QNA fue de 4.68 y después de 3 meses de 3.63 (p = 0.002). En los tumores con HR7ab (n=13) el SUVmax antes de la QNA fue de 4.68 y después de 3 meses de 3.63 (p = 0.002).

No hubo diferencias significativas en la disminución de SUVmax después de la quimioterapia entre los pacientes con y sin respuesta patológica completa (RPC). La disminución relativa en la concentración del FDG (SUVmax) fue de 31% (p = 0.002). La disminución relativa en el tamaño absoluto de 0 meses fue del 30% en los pacientes con RPC frente al 24% en los pacientes sin RPC (p = 0.002). Diferencia del tamaño del tumor por RM después de 3 meses de 13.9 mm en los pacientes con RPC y 33.3 mm en los pacientes sin RPC (p = 0.002).

La enfermedad residual después de la quimioterapia: El PET-TAC tuvo una alta tasa de falsos resultados positivos (78.6%) pero una especificidad (78.6%) para detectar la enfermedad residual. La RM tenía una alta sensibilidad (78.6%) pero una especificidad (78.6%) para detectar la enfermedad residual. En los tumores con HR7ab (n=13) el SUVmax antes de la QNA fue de 4.68 y después de 3 meses de 3.63 (p = 0.002).

Conclusiones: SUVmax pre-tratamiento fue mayor en los tumores con HR negativos y HR7ab, pero no fue predictivo de la RPC. La RM es una prueba mejor para detectar la enfermedad residual después de la quimioterapia. Los pacientes con una RPC tuvieron una disminución significativa en el tamaño del tumor por RM, pero no tuvieron cambios significativos en SUVmax en comparación con los pacientes que no respondieron. En nuestra experiencia, la RM es mejor método que el PET-TAC para la evaluación de la respuesta durante la quimioterapia neoadyuvante.

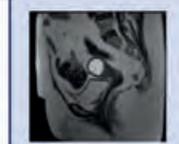


VALUE OF PREOPERATIVE DIAGNOSIS IN EARLY ENDOMETRIAL CANCER.

Fargas Fabregas, F.(1)*; Cusido Gimilmer, M.(1); Barbad Ibañi, C.(1); Amselem Sala, D.(1); Baulios Caballero, S.(1); Rodriguez, N.(2); Tresserra Casas, F.(3); Pascual Martinez, M.A.(4); Fabregas Jaudaro, R.(1).

1. Hospital Universitario de Girona, 2. Hospital de Girona, 3. Hospital de Girona, 4. Hospital de Girona.

Introduction: In endometrial cancer, evaluate the correlation between Magnetic Resonance Imaging (MRI) performed preoperatively to determine myometrial infiltration, with the final result, described in pathological anatomical study of the piece, as well as histological correlation in preoperative biopsy and the final histology.



Methods: Patients diagnosed and treated surgically for endometrial neoplasia from 2003 to 2012, which underwent an MRI before surgery, and biopsy of the tumor.

Results: 170 patients were treated, and 134 underwent MRI. 20.8% of these showed no infiltration, 55.9% had one surface infiltration, and the infiltration of 23.13% was over than 50%. Of the 103 patients with less than 50% infiltration or without infiltration, 7.7% finally infiltrated more than 50%. Of the 31 patients who reported an infiltration in the MRI > 50%, at 70.9% (22 patients) final infiltration was less than 50%, and was confirmed in only 29.1%. So the MRI has a sensitivity of 50% and a specificity of 81.2%, with a PPV of 29.03 and a NPV of 92.23.



As presurgical histology, 82.8% were endometrioid, mucinous 2%, 5% serous papillary, 7% hyperplasia with atypia, and 3% hyperplasia without atypia. Of patients with type I histology on the presurgical biopsy (n=130) was confirmed in this 126 patients, and type II (n=8) was confirmed in 4. With a PPV 96.9 for type I and PPV 75 for type II.

Conclusiones: MRI is a test with high NPV, so an infiltration below 50%, the probability to be infiltrated is very high. On the other hand, if we are informed of an infiltration greater than 50% on the MRI, we should ideally start with a hysterectomy and perform of lymphadenectomy, depending on the peroperative study, to avoid overtreatment on some patients.

www.dexeus.com





IMPACT OF SURGERY ON THE EVOLUTION IN UTERINE SARCOMAS.

Fargas Fabregas, F.(1)*; Cusido Gimferrer, M.(1); Plans Guterres, A.(1); Baulies Caballero, S.(1); Rodríguez, N.(2); Tresserra Casas, F.(3); Pascual Martínez, M.A.(4); Fabregas Kaudaró, R.(1);

1. Hospital Quirón Dexeus, 2. Hospital Quirón, 3. Hospital Quirón, 4. Hospital Quirón

Introduction:

Uterine sarcoma (US) is a rare tumor with a poor prognosis due to its aggressive. The incidence rate is 1,23/100.000 women. As with other soft tissue sarcomas, complete surgical excision is the best established curative treatment modality. Most patients with early uterine Sarcoma undergo surgery for presumed uterine leiomyoma because there aren't specific symptoms or signs or diagnostic techniques that help us to preoperatively differentiate Sarcoma from uterine leiomyoma. Tumor morcellation during surgery may adversely affect outcomes in these patients. However, few studies to date have evaluated the impact of tumor morcellation on the outcomes of these patients

Objectives:

It proposes a retrospective descriptive study of sarcomas, where it is intended to analyse the impact of the type of surgery with special interest on the use of any type of morcellation on the prognosis of these patients. We also analysed the pattern of recurrence.

Methods:

27 Sarcomas diagnosed and/or treated from 1996 to 2012, were analysed comparing patients with hysterectomy/miomelectomy without any type of morcellation versus patients with morcellation on the surgery. Variables as type of surgery, histological type and degree of differentiation, suspected diagnosis, primary surgery, recurrence, overall survival and disease-free survival were analysed retrospectively. Main age were 44 years (26-60).

Results:

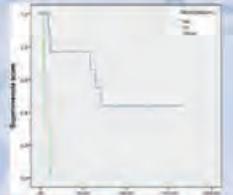
-Ultrasound exam showed a myoma in 70,8% of the cases, suspect a sarcoma only in 8,3% of the cases and was informed as necrosed mioma in 16,7%. In the cases that a previous ultrasonographic exam was done, the size of the myoma was compared, and showed an average growth of myoma of 4cm in 1.5 years (1mm-74mm).

-66% of patients (n=17) underwent open surgery, 25,9% laparoscopy and 7,4% hysterectomy. Myomectomy was performed in 44,4% of patients. In the other 16 cases an hysterectomy was performed as initial surgery. In 6 patients piece morcellation was carried out, 5 of them during a laparoscopy and one during an hysterectomy, while the other had an intact removal of tumor specimen.

-The histologic exam was done in all cases a posteriori. It was a leiomyosarcoma (LMS) in 8 cases (29,6%), an endometrial estromal sarcoma in 17 cases and an adenocarcinoma in the other two cases. Histological grade were I in 75% of the cases.

-57,9% of patients relapsed. The main time to progression was 58,3 months. 54,5% of recurrences were solely pelvic, 45,5% were distant. 5% were multiple. 90% of the recurrences were initially treated with surgery. Surgery was complete, no gross residual tumor, in 75% of the cases. 96% of the cases received complementary chemotherapy.

-When DFS was analysed according to the cause of surgery it can be observed that when the surgery was done due a grow of the myoma, DFS was 64,2 month compared with 58,3 month when others indications (NS). According to the approach of the surgery, when a laparoscopy was performed, the median time to recurrence were 6,3 month compared with 70,3 month with laparotomy. All patients were a morcellation was performed recurred, and the DFS according to type of surgery, morcellation vs no morcellation was 6,3 month vs 70,3 month. (p<0,002)



CONCLUSIONS:

Piece morcellation in sarcoma has a clear aggravation of the prognosis of the patient, being able to be considered iatrogenic, as it decreases time of relapse.

www.dexeus.com

INSTITUCIÓ DE DONES DE LA CIUTAT DE BARCELONA

UB
Hospital Quirón
de Barcelona

CITOPATOLOGÍA DEL GANGLIO AXILAR

C. Fernández-Cid, G. Fabra, M. Castella, M.A. Domínguez, F. Tresserra.
Laboratorio de Citología
Departamento de Obstetricia, Ginecología y Medicina de la Reproducción
Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona

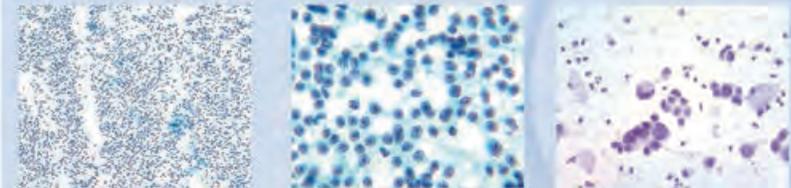
El estatus ganglionar supone el principal factor pronóstico independiente en el cáncer de mama y es determinante para establecer la conducta terapéutica. Es por ello que la estadificación ganglionar prequirúrgica es de gran importancia. El estudio citológico mediante PAAF, generalmente con guía ecográfica, es un método mínimamente invasivo, con escasa morbilidad y con alta especificidad y valor predictivo positivo, superando a la palpación clínica y a las técnicas de imagen por sí solas. Cuando al estudio axilar mediante ecografía se le añade la PAAF, aumenta de forma significativa la especificidad de la prueba para detectar metástasis extramamarias.

La citología del ganglio linfático (GL) muestra la presencia de linfocitos maduros en mayor o menor cantidad según las características de la punción acompañados de otras poblaciones celulares como son aquellas células precursoras que forman los centros germinales. La observación de células epiteliales malignas que presentan un núcleo de mayor tamaño, generalmente irregular y con alteraciones en la cromatina indican la presencia de metástasis. La cantidad de estas células suele estar en relación con el tamaño de la metástasis. Si existen dudas, y la técnica lo permite, pueden aplicarse técnicas de inmunocito/histoquímica en las extensiones o en un bloque celular. La correlación entre los hallazgos citológicos y patológicos en la detección de metástasis axilares es alta con una sensibilidad del 88%, una especificidad del 97,8%, un valor predictivo positivo del 98,7% y un valor predictivo negativo del 81,8%. Hay ocasionales falsos positivos debidos a la presencia de tejido mamario ectópico en la axila. Los falsos negativos generalmente son debidos al reducido tamaño de la metástasis que dificulta su detección.

El estudio citológico del GL adquiere gran relevancia en la indicación de la técnica de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC). En aquellas pacientes con citología negativa, que generalmente muestra procesos reactivos, si las características del tumor primario lo permiten serán tributarias de la técnica de BSGC. Si la punción ganglionar es positiva, deberá practicarse una linfadenectomía axilar completa (LA).

En el análisis intraoperatorio del GG puede efectuarse un estudio citológico mediante técnica de impronta o raspado, y en caso de resultar positivo se procederá a LA.

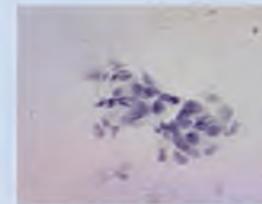
La determinación de metástasis axilares mediante PAAF también es útil para la tipificación del tumor primario junto con los hallazgos clínicos y radiológicos, y en la estadificación del cáncer avanzado sea o no operable.



Linfadenitis reactiva

Proceso linfoproliferativo

Carcinoma metastásico



(Falso positivo) Positivo en citología y negativo en histología



(Falso positivo) Positivo en citología y negativo en histología

FundaciónDexeus

INSTITUCIÓ DE DONES DE LA CIUTAT DE BARCELONA

UB
Hospital Quirón
de Barcelona

a1

Dexeus

BRAQUITERAPIA CON MAMMOSITE EN IRRADIACIÓN PARCIAL DE MAMA

R Fernández Álvarez; M García Gallardo; M Cusidó Gimferrer; J Fernández Ibiza*; C Ara Pérez
Unidad de Patología Mamaria y Ginecología Oncológica, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción Humana, Servicio de Oncología Radioterápica* Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España.

INTRODUCCIÓN: Método mínimamente invasivo de distribución de radioterapia interna después de una cirugía conservadora.

OBJETIVOS: Se presenta nuestra experiencia inicial de braquiterapia como único tratamiento radioterápico en pacientes con cáncer de mama estadios I-II tratados con cirugía conservadora. Se evalúa la eficacia mediante la tasa de control local, los resultados estéticos y la tasa de complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de junio 2009-mayo 2012. Se han incluido 14 pacientes con los siguientes criterios: Durante la tumorectomía un balón-catéter inflable MammoSite se implanta en el lecho quirúrgico, previa comprobación peroperatoria de márgenes libres (>5mm) y ganglio centinela negativo. El balón es rellenado con suero fisiológico y contraste yodado para que sea visible en el TAC de planificación, que se realiza a las 24 horas de la cirugía. Los requisitos técnicos que se necesita para un buen implante son distancia de la superficie del balón a la piel >7mm, buena simetría del balón y volumen de aire atrapado entre la superficie del balón y la cavidad del PTV. Se realizó irradiación parcial de la mama mediante braquiterapia de alta dosis con Ir-192. Se administró una dosis total de 34 Gy (fraccionamiento de 3,4 Gy por sesión; 2 sesiones al día separadas al menos 6 horas, durante 5 días).

Criterios inclusión	Criterios exclusión
<ul style="list-style-type: none"> Tamaño tumoral menor de 2,5 cm. Carcinoma ductal invasivo o intraductal no extenso y unifocal. Mediastinoscopia ganglio centinela (GC) o ganglio centinela negativo. Edad igual o mayor de 18 años. Márgenes libres de más de 5 mm. Oncología y volumen controlado adecuado para braquiterapia. Tiempo máximo desde la cirugía 6 semanas. Condición física satisfactoria, función y ganglios subclavarios. 	<ul style="list-style-type: none"> Metástasis a distancia. Papilo intraductales extensas. Tumor multilobulillar. Presencia de microcalcificaciones difusas. T3-4. Compromiso linfático extenso. Quimioterapia. Pacientes con afectación de piel o enf. de Paget de la mama. Discrepancia de alto tumor intraductal. Pacientes con enf. vascular del corazón. Infección o enfermedad sistémica no controlada. Tratamiento concomitante con otras modalidades terapéuticas. Antecedentes personales de neoplasia de mama.



Cavidad de tumorectomía



Se coloca balón desinflado



Se infla con suero salino+contraste TAC a las 24h



Conexión a un equipo de braquiterapia de alta tasa de dosis

RESULTADOS:

- La edad media ha sido de 66 (57-79) años.
- El seguimiento medio de 22 meses.
- El 57.1% presentaban un tamaño tumoral pT1c.
- Características tumorales: 85.7% CDi, 14.3% tipo mucinoso, 85.7% RE positivos, 71.4% RP positivos; 78.6% Her2/Neu negativo.
- En el 84.3% el componente in situ observado fue de <25%.
- El 90% de las pacientes presentaron un resultado estético excelente o muy bueno, un 21.4% manifestaron dolor leve a nivel del balón durante la primera semana postquirúrgica. A los 3 meses de seguimiento persistía dolor en un 7.1%.
- Dos pacientes presentaron sobreinfección del orificio del catéter que se resolvió con tratamiento antibiótico y una paciente presentó infección de la cicatriz de tumorectomía.

CONCLUSIONES:

- El MammoSite es una técnica viable y una alternativa a la radioterapia total de la mama, pero que requiere de unos criterios específicos.
- Es una técnica sencilla que permite finalizar el tratamiento radioterápico en una semana.
- Los efectos secundarios relacionados con la braquiterapia más frecuentes fueron edema cutáneo, dolor leve y decoloración teica.
- El 90% presentaron un resultado cosmético excelente o muy bueno.

www.dexeus.com

UMB

Dexeus

CARCINOMA IN SITU DE MAMA. Análisis de las recidivas 1999-2012

M.García, C.Ara, M.Teresa Cuadros, I.Rodríguez, F.Tresserras, R.Falanga
Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción Humana, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España.

INTRODUCCIÓN: Las lesiones precursoras del cáncer de mama, como el carcinoma in situ, son aquellos cambios epiteliales confirmados histológicamente que condicionan un mayor riesgo de desarrollar una lesión maligna. El objetivo del tratamiento debe ir enfocado a conocer la lesión en toda su extensión y evitar la recidiva recobrada como carcinoma invasor.

OBJETIVO: Estudio de los casos de carcinoma in situ (CIS) diagnosticados, tratados y seguidos en nuestro centro estableciendo qué variables se asociarían a mayor riesgo de recidiva.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de los CIS diagnosticados, tratados y seguidos en el Instituto Universitario Dexeus entre enero 1999 y diciembre de 2011. Análisis de las recidivas en dicho periodo y comparación del número de recidivas en función del tipo de tumor, edad de las pacientes y tratamiento realizado.

RESULTADOS: Se estudiaron 169 casos de carcinomas in situ. La edad promedio fue 52.7 años (32-83años). El tamaño tumoral medio fue de 13 mm (1-65mm). Un 70% fueron carcinomas in situ de bajo grado. El 93% fueron carcinomas ductales puros, un 3.6% lobulillares puros y un 3% tuvieron un patrón mixto. Se realizaron 121 tumorectomías (71.6%) y 48 mastectomías (28.4%). En 54 casos se realizó drenaje de ganglio centinela (32.1%) y en 11 casos linfadenectomías (6.5%). El tratamiento quirúrgico se completó con radioterapia (RT) en 95 casos (56.5%) y Hormonoterapia (HT) en 90 casos (53.3%).

Tratamiento quirúrgico	Número de casos (%)
Óptimo (márgen >10 mm)	65% (108/165)
Subóptimo (0-9.9mm)	33% (54/165)
Margen afecto	2% (4/165)

Tabla 1. Tipo de tratamiento quirúrgico recibido.

Gráfica 1. Supervivencia libre de enfermedad.

Se encontraron 17 recidivas (10%) en el periodo estudiado (18 en las tratadas con tumorectomía y 1 en las tratadas con mastectomía). Un 31.3% de las recidivas fueron como carcinoma intraductal. La supervivencia libre de enfermedad fue del 85% a los 10 años.

No se encontraron diferencias significativas en el número de recidivas en función del tamaño tumoral, edad de la paciente, distancia del tumor al margen quirúrgico ni grado histológico.

En el subgrupo tratado quirúrgicamente con TUMORECTOMÍA (TUM) se encontraron diferencias en la tasa de recidivas en función del tratamiento recibido.

	TUM+RT+HT	TUM+RT	TUM+HT	TUM
Recidivas	2/66 (3.0%)	4/21 (19.0%)	2/8 (25.0%)	8/10 (80.0%)

Tabla 2. Tratamientos adyuvantes en subgrupo tumorectomía.

La supervivencia libre de enfermedad fue superior en el grupo tratado con tumorectomía+RT+HT (p<0.0004).
Riesgo de recidiva 13 veces superior en el grupo tratado únicamente tumorectomía que el grupo tratado con Tum+RT+HT (p 0.001).

Gráfica 2. Supervivencia en función de tratamiento.

CONCLUSIONES: Aproximadamente un 10% de los carcinomas in situ recidivaron en el periodo de estudio. En nuestro centro no se encontraron diferencias en la tasa de recidivas en función del grado tumoral, tamaño tumoral, edad de la paciente ni distancia tumoral al margen quirúrgico. En el subgrupo tratadas quirúrgicamente con tumorectomía, el tratamiento complementario con HT y RT redujo significativamente la tasa de recidivas.

UMB

Dexeus

XXV Congreso A Coruña, 21, 22, 23 noviembre 2013
de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia

VULVITIS DE ZOON

Pérez Calvo, Alicia ¹; Salas Torrents, Olga ¹; Redón Filiz, Sotaria ¹; Casado Gimferrer, María Teresa²; Ubeda Hernández, Alicia ¹

1. Unidad de Patología de Tracto Genital Inferior, Instituto Universitario Quirón Dexeus, Barcelona
2. Unidad de Ginecología Oncológica y Mastología, Instituto Universitario Quirón Dexeus, Barcelona

OBJETIVO
Presentación de un caso de vulvitis de Zoon, causa poco frecuente de prurito genital.

CASO CLÍNICO
Paciente de 62 años de edad, con antecedentes personales de hipotiroidismo y artritis reumatoide, sin antecedentes familiares de interés.
Acude a la Unidad de Patología Cervical y Tracto Genital Inferior, remitida por su ginecólogo, por **prurito vulvar** de larga duración, asociado a escozor continuo y disuria.
A la exploración física, presenta lesiones en la mucosa vulvar tipo pápulas eritematosas brillantes, con matiz anaranjado, bien definidas.



Se completa el estudio con serologías luéticas (resultado negativo), anticuerpos (antistreptolisina, factores reumatoideos, antilípico) también negativos, y perfil tiroideo (analítica hormonal normal, anticuerpos antiperoxidasa y antitiroglobulina positivos).

Se instaura **tratamiento con corticoides** (clobetasol 0,05%, 3 veces en semana, asociado a emoliente diario). Se obtuvo una buena respuesta, mejorando la sintomatología y las lesiones vulvares tras 1 mes de tratamiento.



CONCLUSIONES
La vulvitis de Zoon es una patología poco frecuente, de causa desconocida. Puede presentar prurito, escozor, dolor, disuria y/o dispareunia, aunque también hay casos asintomáticos. Curso generalmente crónico y sin progresión a malignidad.
El estudio histopatológico es imprescindible para su diagnóstico y permite hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías, principalmente aquellas con características de malignidad.
Diferentes opciones de tratamiento, entre las que destacan corticoides, estrógenos, ciclosporina tópica, antibióticos, bloqueo neurológico, interferon, ablación con láser, imiquimod y cirugía, ninguno de ellos con eficacia probada. El uso de corticoides tópicos de alta potencia parece una alternativa útil para el control de la sintomatología.

Sylvia M. Brodos et al. Successful treatment of Zoon's vulvitis with high potency topical steroid. International Urogynecology Journal. February 2004, Volume 17, Issue 2, pp 178-179.
Gurumurthy M et al. Case series of Zoon vulvitis. J Low Genit Tract Dis. 2010 Jan;14(1):56-8.
Toxema E et al. Diagnosis and treatment of Zoon's vulvitis. J Obstet Gynecol. 2011 Aug;31(8):473-5.

Fundación Dexeus UNB

Dexeus

XXV Congreso A Coruña, 21, 22, 23 noviembre 2013
de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia

PRURITO GENITAL DE LARGA EVOLUCION: VAGINITIS DESCAMATIVA INFLAMATORIA

Pérez Calvo, Alicia ¹; Salas Torrents, Olga ¹; Redón Filiz, Sotaria ¹; Casado Gimferrer, María Teresa²; Ubeda Hernández, Alicia ¹

1. Unidad de Patología de Tracto Genital Inferior, Instituto Universitario Quirón Dexeus, Barcelona
2. Unidad de Ginecología Oncológica y Mastología, Instituto Universitario Quirón Dexeus, Barcelona

OBJETIVO
Presentación de dos casos clínicos con diagnóstico de vaginitis descamativa inflamatoria

CASO CLÍNICO 1
Mujer de 39 años de edad. Antecedentes personales: polipectomía histeroscópica, amigdalectomía. Nuligesta. Acude a Unidad de Patología Vulvar para una segunda opinión por **prurito vulvovaginal crónico** y dispareunia, asociado a leucorrea verdosa.
Antecedente de múltiples diagnósticos:
-Candidiasis de repetición - Vaginitis atrófica
-Tricomonirosis - Herpes recidivante
-Liquen escleroso
Uso de diferentes alternativas terapéuticas, todas ellas sin notar mejoría.
Aporta una biopsia de vulva, con diagnóstico de dermatitis psoriasiforme.



A las 2 semanas de tratamiento, desaparición de la sintomatología, con exploración ginecológica normal (desaparición de leucorrea, cervix de aspecto normal). Tras 3 años de seguimiento, ha presentado 1 recidiva resuelta con el mismo tratamiento. En la actualidad, permanece asintomática.

CASO CLÍNICO 2
Mujer de 43 años de edad. Antecedentes personales sin interés. Remitida por **prurito vulvar de 2 años de evolución** resistente a todos los tratamientos utilizados. Aporta múltiples cultivos vaginales, siendo éstos negativos.
A la exploración física, presenta vulva enrojecida, con presencia de flujo verdoso aumentado; pH vaginal >5,5; imagen colposcópica de "cérxix en fresa". Examen en fresco negativo. Se toma un cultivo vaginal, siendo éste negativo.

Diagnóstico de sospecha: vaginitis descamativa inflamatoria
Tratamiento: clindamicina tópica al 2% durante 14 días.

A las dos semanas, desaparición de la sintomatología, con exploración ginecológica normal. Tras 6 meses de seguimiento, no ha presentado ninguna recidiva.

CONCLUSIONES
La vaginitis descamativa inflamatoria es una entidad poco frecuente que cursa con prurito vulvo-vaginal crónico. Ha de tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de otras causas de prurito más frecuentes como son la vaginitis atrófica, vaginitis bacteriana u otras vaginitis de causa infecciosa (candidiásica, tricomoniásica) y otras enfermedades cutáneas erosivas que puedan afectar mucosas.

Nyirgy P et al. Chronic vulvovaginitis in women older than 50 years: analysis of a prospective database. J Low Genit Tract Dis. 2011 Jan;15(1):24-9.
Sobel JD et al. Prognosis and treatment of desquamative inflammatory vaginitis. Obstet Gynecol. 2011 Apr;117(4):850-5.
Stockdale CH. Clinical spectrum of desquamative inflammatory vaginitis. Can Infect Dis Rep. 2010 Nov;12(6):479-83.

Fundación Dexeus UNB

EPOS™
Electronic Presentation Online System

ESR
European Society of Radiology

Diffusion-weighted magnetic resonance imaging (DW-MRI) for monitoring of the response to neoadjuvant chemotherapy; correlation between MRI findings and apparent diffusion coefficient (ADC) values

Poster No.: C-1421
Congress: ECR 2013
Type: Scientific Exhibit
Authors: B. Úbeda Hernández, J. L. Browne, L. Casas, S. Baulies Caballero, B. Navarro Guri, A. Escartin Siquier; Barcelona/ES
Keywords: Breast, MR-Diffusion/Perfusion, Chemotherapy, Neoplasia
DOI: 10.1594/ecr2013/C-1421

Any information contained in this pdf file is automatically generated from digital material submitted to EPOS by third parties in the form of scientific presentations. References to any names, marks, products, or services of third parties or hypertext links to third-party sites or information are provided solely as a convenience to you and do not in any way constitute or imply ECR's endorsement, sponsorship or recommendation of the third party, information, product or service. ECR is not responsible for the content of these pages and does not make any representations regarding the content or accuracy of material in this file.

As per copyright regulations, any unauthorised use of the material or parts thereof as well as commercial reproduction or multiple distribution by any traditional or electronically based reproduction/publication method is strictly prohibited.

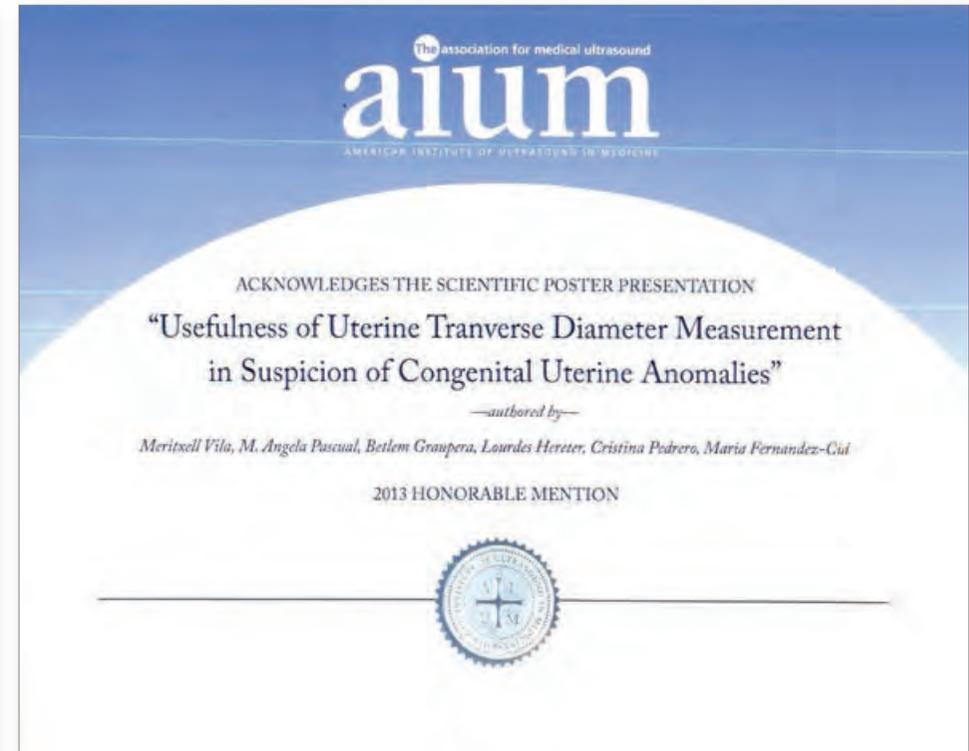
You agree to defend, indemnify, and hold ECR harmless from and against any and all claims, damages, costs, and expenses, including attorneys' fees, arising from or related to your use of these pages.

Please note: Links to movies, ppt slideshows and any other multimedia files are not available in the pdf version of presentations.

www.myESR.org

Page 1 of 12

European Society of Radiology | www.myESR.org



4.3. Servicio de Medicina de la Reproducción

INFLUENCIA DE LA ELIMINACIÓN DE ESPERMATOZOIDES APOPTÓTICOS EN LOS CICLOS DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL CONYUGAL

Dexeus INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA Y FERTILIDAD

M. Ballester¹, M. Boada¹, J.H. Vendrell¹, N. Rodríguez², B. Coroleu¹, A. Veiga^{1,3}

¹Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona.
²Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona.
³Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona

INTRODUCCIÓN
 La separación magnética de células mediante Anexina V conjugada con micropartículas (MACS) se puede utilizar para eliminar espermatozoides apoptóticos. La externalización de la fosfatidilserina en los espermatozoides apoptóticos es el marcador que se utiliza para detectarlos y eliminarlos de la muestra seminal. Se ha descrito que los varones infértiles tienen una mayor proporción de espermatozoides apoptóticos en el eyaculado lo que puede tener un impacto negativo en el resultado de las técnicas de reproducción asistida.

OBJETIVO
 Aumentar la tasa de embarazo en los ciclos de inseminación artificial conyugal (IAC) eliminando los espermatozoides apoptóticos de la muestra de semen tras procesarla mediante la combinación de gradientes de densidad (GD) y MACS.

MATERIAL Y MÉTODOS
 Estudio prospectivo de 284 ciclos de IAC intrauterina realizados durante Junio 2012-Marzo 2013 en el que aleatoriamente, se procesaron las muestras seminales con y sin MACS. Se excluyeron los ciclos con muestras criopreservadas así como aquellas cuyo recuento espermático fue < 10000 espermatozoides totales post-GD.

Preparación de la muestra de semen:

- Grupo NO MACS: centrifugación con GD (80% y 40%)
- Grupo MACS: centrifugación con GD (80% y 40%) + MACS
 - 1- incubación con 100µl de Anexina V conjugada con micropartículas de hierro
 - 2- aplicación de un campo magnético
 - 3- recuperación por decoloración de la suspensión espermática final

-La fracción Anexina V negativa corresponde a los espermatozoides no apoptóticos y es la que se utilizó para la inseminación.
 -La fracción Anexina V positiva corresponde a los espermatozoides apoptóticos que quedaron retenidos en la columna.

Las variables cualitativas o nominales se compararon mediante el Test Chi-cuadrado o el Test exacto de Fisher y las variables continuas mediante la U-Mann-Whitney.

RESULTADOS

	NO MACS	MACS
N=284	115 (40.5%)	169 (59.5%)

	NO MACS	MACS
Edad (años)	36.8 (+4.67)	36.6 (+4.38)
Recuento final Zoides PR	29.7x10 ⁶ (+52.75)	25.8x10 ⁶ (+32.9)

	NO MACS	MACS
Edad (año)	35.05 (+3.38)	34.73 (+3.46)
FSH (U/l)	6.79 (+1.87)	6.95 (+2.72)
Estradiol (pg/ml)	58.39 (+41.55)	46.21 (+19.59)
Gonadotropinas (IU)	511.57 (+327.36)	536.42 (+358.16)
# Ciclos IAC previos	0.73 (+0.88)	0.72 (+0.87)

TASA EMBARAZO POR CICLO IAC

	NO MACS	MACS
Tasa Embarazo	16.5%	20.1%
Tasa ectópicas	5.3% (1)	0%
Tasa abortos	10.5% (2)	8.8% (3)
Nacidos vivos	5	4
Embarazos en curso	11	27

CONCLUSIONES

- Se observó una tendencia a la mejora en la tasa de embarazo en Inseminación Artificial Conyugal cuando se procesaron las muestras de semen mediante MACS para eliminar los espermatozoides apoptóticos aunque la diferencia entre las tasas obtenidas en ambos grupos no fue estadísticamente significativa.
- Para tener resultados más concluyentes, se necesitaría aumentar el número de casos estudiados así como llevar a cabo estudios randomizados.

Fundación Dexeus INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA Y FERTILIDAD
URB

¿INFLUYEN LOS MEDIOS DE CULTIVO EMBRIONARIO LOS RESULTADOS PERINATALES?

Dexeus INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA Y FERTILIDAD

Carrasco B.1, Badoi M.1, Rodríguez L.1, Coroleu B.1, Barri P.N.1, Veiga A.1,2

1. Departament d'Obstetricia, Ginecologia i Reproducció. Hospital Universitari Quirón Dexeus
 2. Banc de Línies Cel·lulars. Centre de Medicina Regenerativa de Barcelona CMR(B)

INTRODUCCIÓN
 Las condiciones del cultivo "in vitro" de los embriones son determinantes para su viabilidad. Estudios publicados recientemente sugieren diferencias en el peso al nacer de los niños concebidos tras técnicas de reproducción asistida (TRA) en función del medio de cultivo embrionario empleado.

OBJETIVO
 Determinar si el medio utilizado para el cultivo de embriones "in vitro" influye en el peso de los neonatos tras un tratamiento de Fecundación In Vitro.

MATERIAL Y MÉTODOS
 Análisis retrospectivo de 2518 ciclos de FIV/ICSI con ovocitos propios. Se compararon los pesos de los neonatos en función del medio de cultivo embrionario utilizado: 754 Cook®, 821 MediCult® y 943 Vitrolife®. Para analizar la influencia del medio de cultivo en el peso al nacer sólo se consideraron los niños nacidos de embarazos únicos. Se calculó el valor Z-score ajustando los pesos obtenidos en función de la edad gestacional y el género.

$$Z\text{-score} = \frac{\text{peso individual} - X \text{ peso población de referencia a la misma edad gestacional y género}}{SD}$$

RESULTADOS
 Las características de las pacientes y los resultados tras el ciclo de FIV fueron similares en los 3 grupos. De los 533 nacidos vivos únicos, no se encontraron diferencias con respecto al peso medio de los recién nacidos, el peso medio ajustado por la edad gestacional y el género (Z-score) y la incidencia de bajo peso al nacer.

Tabla 1. Características de las pacientes y de los ciclos de FIV. Resultados perinatales.

	Cook® (n=754)	MediCult® (n=821)	Vitrolife® (n=943)	P-value
Edad materna (años)	36.4 ± 4.2	36 ± 4.6	36.4 ± 4.4	0.10
IMC materno	22.4 ± 3.4	22.4 ± 3.5	22.5 ± 3.6	0.72
Consumo de tabaco materno	20.4%	24.4%	19.1%	0.27
# Embarazos clínicos (Embarazo/ciclo)	281 (37.3%)	295 (35.9%)	322 (34.1%)	0.40
# Abortos	62 (22.1%)	55 (18.6%)	61 (18.9%)	0.52
# Nacidos vivos únicos	154	172	197	0.41
# Partos a término (>37 semanas)	143 (92.9%)	154 (89.5%)	172 (87.3%)	0.23
Peso medio neonatos (gr.)	3127.9	3155.82	3105.6	0.68
Peso medio neonatos (gr.)	3044.05	3129.66	2942.39	0.12
Peso medio neonatos (gr.)	3211.75	3181.99	3268.81	0.54
Bajo peso según edad gestacional (<10th percentil)	18 (11.7%)	15 (8.7%)	20 (10.1%)	0.64

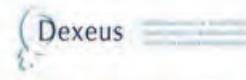
La media de Z-score para la población de estudio fue:
 -0.07 ± 1.059 (CI 95% [-0.09 - 0.08])

El peso de los recién nacidos tras TRA de este estudio se ajustó a la distribución de pesos de la población de referencia.

CONCLUSIÓN
 En el presente estudio, no encontramos relación entre el medio de cultivo utilizado para el cultivo "in vitro" de los embriones (Cook®, MediCult® y Vitrolife®) y el peso de los neonatos tras FIV/ICSI. Los valores obtenidos tampoco difieren de los referenciados para la población general.

Figura 1: Distribución de los valores Z-score

Fundación Dexeus INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA Y FERTILIDAD
URB



OBSTETRIC AND PERINATAL FOLLOW-UP IN AN OOCYTE DONATION PROGRAM: WHY SHOULD WE TRANSFER ONLY ONE EMBRYO?

E. Clua, D. Rodríguez, L. Latre, A. Vázquez, P.N. Barri, B. Coroleu, R. Tur
Hospital Universitari Quirón Dexeus. Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction, Barcelona, Spain

AIM:

To analyze the incidence of obstetric and perinatal complications in oocyte recipients in order to inform patients about the risk of complications and to assess the number of embryos to transfer.

MATERIAL AND METHODS:

Retrospective descriptive study of the pregnancies and deliveries achieved by a total of 183 donor oocyte cycles. All cycles and pregnancies follow-up were carried out at our center between 2000 and 2009. Outcome measures: preeclampsia (PE), gestational diabetes, premature rupture of membranes (PROM), preterm birth (PTB, <37 weeks' gestation), cesarean section, low birth weight (LBW, <2500g), neonatal intensive care unit admission (NICU) and perinatal mortality rates. Chi-square test was used to compare the groups according to age and type of gestation.

RESULTS:

Participants: 183 pregnant oocyte recipients/243 live births. The mean age of the recipients was 40.1±5.3 years.

By age	< 40 years n=85 (46%)	≥ 40 years n=98 (54%)	By type of gestation	Single n=124 (68%)	Multiple n=59 (32%)
Multiple pregnancy	30 (35,3)	29 (29,5)	Advanced age (≥40)	69 (55,6)	29 (49,1)
Gestational diabetes*	7 (8,2)	28 (28,6)	Gestational diabetes	22 (17,7)	13 (22)
PE	10 (1,8)	10 (10,2)	PE*	7 (5,6)	13 (22)
PROM	5 (5,9)	7 (7,1)	PROM*	4 (3,2)	8 (13,6)
PTB:			PTB*:		
< 37 weeks	23 (27,1)	23 (23,5)	< 37 weeks	10 (8,1)	36 (61)
< 34 weeks	8 (11,4)	5 (6,7)	< 34 weeks	4 (3,2)	11 (18,6)
< 28 weeks	0 (0)	0 (0)	< 28 weeks	0 (0)	2 (3,4)
Cesarean section*	56 (65,9)	80 (81,6)	Cesarean section*	87 (70,2)	49 (83,1)
Hysterectomy	1 (1,2)	2(2)	Hysterectomy	1 (0,8)	2(3,4)
LBW:			LBW:		
≤2500gr.	34 (29,6)	44 (34,4)	≤ 2500gr.*	7 (5,6)	71 (59,7)
<1500gr.	5 (4,3)	3 (2,3)	<1500gr.	0 (0)	8 (6,7)
NICU*	12 (10,4)	7 (5,5)	NICU*	3 (2,4)	16 (13,4)
Perinatal mortality (%)	2 (17,4)	0 (0)	Perinatal mortality (%)	0 (0)	2 (17,4)

Values are n (%). *p<0,05

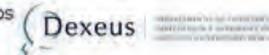
CONCLUSION:

A higher incidence of obstetric complications (especially gestational diabetes and cesarean sections) is observed in older women. Multiple pregnancy is the main cause of severe obstetric and perinatal complications. Preconceptional counseling and transfer of a single embryo is highly recommended.

Fundación Dexeus

UNB

TECNOLOGÍA TIME-LAPSE APLICADA AL DESARROLLO DE LOS CIGOTOS MONOPRONUCLEARES DE ICSI



S. Mateo¹, C. Boller¹, F. Vidal¹, Ph. Barri¹, A. Vaiga^{1,2}, M. Boado¹

¹ Servicio de Medicina de la Reproducción, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona.

² Departament de Biologia Cel·lular, Fisiologia i Immunologia, Universitat Autònoma de Barcelona, Centre de Medicina Regenerativa de Barcelona.

INTRODUCCIÓN:

Los embriones que provienen de cigotos anormalmente fecundados suelen presentar alteraciones cromosómicas que no siempre se traducen en un bloqueo de su desarrollo in vitro. Un ejemplo de ello son los embriones procedentes de cigotos monopronucleares (1PN) post ICSI, que pueden desarrollarse hasta blastocisto pero que suelen presentar altas tasas de aneuploidia.

La tecnología time-lapse aplicada a los cigotos 1PN de ICSI puede proporcionar nueva información sobre el origen de estos cigotos y de su comportamiento durante el desarrollo in vitro.

OBJETIVO:

Evaluar mediante tecnología time-lapse, el desarrollo embrionario de los cigotos 1PN de ICSI desde el momento de la formación del pronúcleo hasta la formación del blastocisto o la interrupción de su desarrollo embrionario, estudiando parámetros morfocinéticos y comparándolos con los de los cigotos normalmente fecundados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se incluyeron 72 embriones procedentes de cigotos monopronucleares de ICSI, cultivados hasta un máximo de 6 días en un incubador Embryoscope™ (Unisense, Dinamarca), en medios de cultivo G1 y G2 (Vitrolife® G5 series).

Se tomaron imágenes de 5 planos focales cada 15 minutos. Se registraron los tiempos en que se produjo la formación del PN, desaparición del PN, división a 2, 3, 4 y 5 células (t2, t3, t4 y t5), duración del estadio de 3 células y formación del blastocisto o momento en el que se interrumpió el desarrollo embrionario.



Figura 1: Imágenes sucesivas del desarrollo in vitro de un cigoto monopronuclear de ICSI: 1PN, 2 células, 3 células, 4 células, 5 células, mórula, blastocisto inicial y blastocisto expandido.

Los parámetros morfocinéticos observados se compararon con los de cigotos normalmente fecundados que dieron lugar a un 100% de tasa de implantación mediante el test de Kruskal-Wallis.

RESULTADOS:

La mediana del tiempo de formación del pronúcleo fue 9,5±2,8 h, similar al de aparición de los pronúcleos de los cigotos 2PN (9,98 h) aunque el rango de aparición en los cigotos 1PN fue muy amplio (4,3-21,3 h).

El tiempo de desaparición del PN fue 25,9±9,32 h (rango 16,6-69,1 h), superior al de los cigotos 2PN (23,96 h) (p<0,05).

De los cigotos estudiados, 6 embriones alcanzaron el estadio de blastocisto (8,3%). El resto bloquearon su desarrollo en distintos momentos del cultivo in vitro: 5 embriones en D1, 50 en D2-D3 y 11 en D4 en estadio de mórula (Fig. 2).

La duración del estadio de 3 células (1,5±4,6 h) fue superior a los valores de referencia observados en nuestro laboratorio para los cigotos 2PN (0,75 h) (p<0,05). Los tiempos observados en las primeras divisiones embrionarias (t2=29,8±6,7 h; t3=39,0±7,9 h; t4=42,5±8,8 h; t5=50,4±12,3 h) fueron ligeramente superiores a los de los cigotos 2PN pero sin observarse significancia estadística (t2=27,05 h; t3=38,14 h; t4=39,39 h; t5=49,96 h) (Fig. 3).

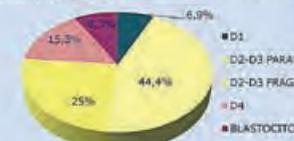


Figura 2: Evolución de los cigotos 1PN.



Figura 3: Comparación de los tiempos de división entre cigotos 1PN y 2PN.

CONCLUSIONES:

Se ha observado que la morfocinética de los cigotos 1PN de ICSI está alterada respecto a la de los cigotos fecundados correctamente, mostrando rangos de tiempo más amplios en la formación y desaparición del pronúcleo y una mayor asincronía entre la segunda y tercera división celular, incrementando la duración del estadio a 3 células.

Fundación Dexeus

UNB

OOCYTE ACCUMULATION STRATEGY FOR PREIMPLANTATION GENETIC DIAGNOSIS IN CASES OF LOW RESPONSE

Parriego M.¹, Solé M.¹, Boada M.¹, Coroleu B.¹, Veiga A.^{1,2}

¹Reproductive Medicine Service. Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona, Spain.

²CMRB, Centre for Regenerative Medicine, Barcelona, Spain.

INTRODUCTION: The probability of success in PGD/PGS cycles is directly related to the number of embryos available for biopsy. The optimization of the oocyte vitrification techniques offers a new approach for patients with a low response for PGD/PGS purposes by performing several stimulation and pick up procedures with oocyte vitrification for a final PGD/PGS cycle with the accumulated material.

MATERIALS AND METHODS: In 46 PGD/PGS patients less than 10 mature oocytes were recovered in their first pick up and were vitrified using Cryotop technique. Oocytes collected in the second or subsequent cycle and warmed oocytes from the first one were used for PGD/PGS. Embryos were biopsied on D+3, and transfer of the normal ones were performed on D+5. Indications for PGD/PGS were: Severe male factor (12), recurrent miscarriage (11), repeated IVF failures (6), advanced maternal age (7), chromosome reorganization (6), monogenic disease (4).

RESULTS: From January 2011 to December 2012, 46 patients performed 53 vitrification cycles for PGD/PGS (X stimulation cycles/patient=2.15).

	Fresh cycles	DVI cycles	
Number	46	53	
X oocytes recovered	9.2	7.2	
X MII (%)	7.3 (80.3)	5.7 (80.4)	
Survival rate (%)	-	79.6	
Inseminated oocytes	7.3	5.3	
Fertilization rate (%)	73.7	74.7	ns
Biopsied embryos	4.0	2.7	
Biopsied/fertilized embryos (%)	87.9	70	p<0.01
Euploid embryos (%)	18.3	20.8	ns
# evolutive euploid embryos (%)	28 (70)	13 (88.5)	ns

	Fresh oocytes	DVI oocytes	
Implantation rate (%)	47.6	52.9	ns

# cycles to PGD-PGS (%)	46
X biopsied embryos	7.5
Normal embryos (%)	20.7
Cycles to transfer (%)	56.5
X transferred embryos	1.6
PR/PGD-PGS cycle (%)	34.8
PR/transfer (%)	61.5
Abortion rate (%)	5.9

CONCLUSIONS:

- Oocyte accumulation is an efficient and safe tool that allows more couples to benefit from genetic embryo selection.
- Normality rate, developmental ability post-biopsy and implantation capability of the resulting embryos did not show any difference according to the origin of the

Vitrification versus slow freezing in embryos: Retrospective analysis

Solé M, Boada M, Santaló J, Coroleu B, Barri PN, Veiga A

Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción.

Institut Universitari Dexeus-Grupo Quirón, Barcelona.

Introduction:

- Thousands of infants have been born as a result of slow-freezing techniques in embryos using a procedure described by Lassalle in 1985.
- Actually, vitrification is both used for oocytes and embryos.
- Its efficacy in terms of post-thawing survival and pregnancy rates has to be evaluated when compared to slow freezing.

Material and methods:

- Computerized data from all patients, whose cryopreserved embryos on day 3 from March to November 2012 were included.
- Mean age of IVF patients was 36.9±4.8 and 42.1±5.2 in oocyte recipients.
- A total of 292 warming cycles were included.
- All materials and solutions required for vitrification were obtained from Kitazato (Tokyo, Japan).
- All frozen embryo transfers (FET) were performed after overnight culture.
- FET cycles were retrospectively analysed to compare survival and clinical pregnancy rates between vitrification and slow freezing.
- Storage of frozen embryos in a traditional LN storage tank and vitrified embryos in a vapor-phase nitrogen storage freezer.

Results:

FIV	SLOW-FREEZING	VITRIFICATION	DONATION	SLOW-FREEZING	VITRIFICATION
Number of cycles	129	42	96	25	
Number of warmed embryos	451	81	345	60	
Survival rate (%)	67.0*	95.1*	*66.9	*88	
Mean embryos transferred	1.68	1.73	1.71	1.67	
Clinical pregnancy rate	31.0	42.9	32.3	36	
Miscarriage rate	23.1	21.2	22.2	24.8	



CONCLUSION:

A significant advantage of vitrification over slow freezing in terms of survival rates after warming is observed for embryos cryopreserved on day 3. Differences in clinical data have not yet been established.



INFLUENCIA DE LA EDAD EN LAS ANEUPLOIDIAS: DGP MEDIANTE aCGH



DEPARTAMENT DE OBSTETRIA, GINECOLOGIA I REPRODUCCIO
I.U. QUIRÓN DEXEUS, BARCELONA

D. Tuñón ¹, M.Parrero ¹, M.Boada ¹, V.Coroletu ¹ y A.Veiga ^{1,2}

¹Servicio de Medicina de la Reproducción. Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. I.U. Quirón Dexeus, Barcelona.
²Banco de Líneas Celulares. Centro de Medicina Regenerativa, Barcelona.

Introducción: La implementación de la técnica de Hibridación Genómica Comparada con arrays (aCGH) en célula única permite conocer la dotación cromosómica completa en los casos de Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP). La selección de los embriones euploides para la transferencia se considera que debería aumentar las tasas de embarazo en pacientes de riesgo (fallos de implantación, abortos de repetición, embarazos previos afectos, factor masculino severo y edad materna avanzada).

Objetivo: Evaluar la influencia de la edad materna en la tasa de aneuploidia en los embriones de pacientes del programa de DGP. Determinar la probabilidad de disponer de embriones euploides para la transferencia.

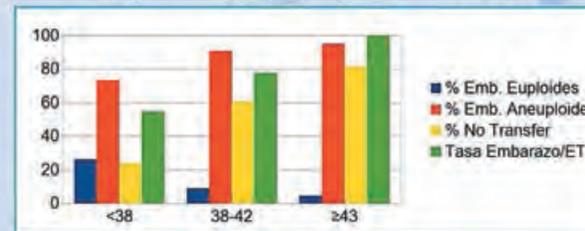
Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 104 ciclos de DGP-aCGH con ovocitos propios realizados entre 2010 y 2013. La amplificación, el marcaje y la hibridación sobre aCGH se realizó de acuerdo al protocolo facilitado por BlueGnome®. Los resultados se interpretaron utilizando el software BlueFuse Multi. La transferencia se realizó en D+5. Las pacientes se clasificaron en 3 grupos según edad: <38 (n=70), 38-42 (n=23) y ≥43 (n=11) años. Se analizó el porcentaje de embriones euploides y aneuploides distinguiendo entre aneuploides simples (aneuploidia en ≤2 cromosomas) o complejos (aneuploidia en >2 cromosomas) según el número de cromosomas implicados. Así mismo se evaluó tasa de embarazo por transferencia y el porcentaje de no transferencia en los distintos grupos de edad.

Resultados:

Nº Ciclos 104 Nº Embriones Analizados 816

Edad Materna	% Emb. Euploides	% No Transfer
<38	26.5% (135/509)	24.3% (27/70)
≥38	7.9 % (18/228)	67.6% (23/34)

Edad Materna	% Emb. Euploides	% A. Simples	% A. Complejas	% No Transfer	Tasa Embarazo/ET
<38	26.5%	52.2 %	47.8 %	24.3 %	54.7 %
38-42	9.1 %	56.4 %	43.6 %	60.9 %	77.8 %
≥43	4.7 %	27.9 %	72.1 %	81.8 %	100 %



Conclusiones:

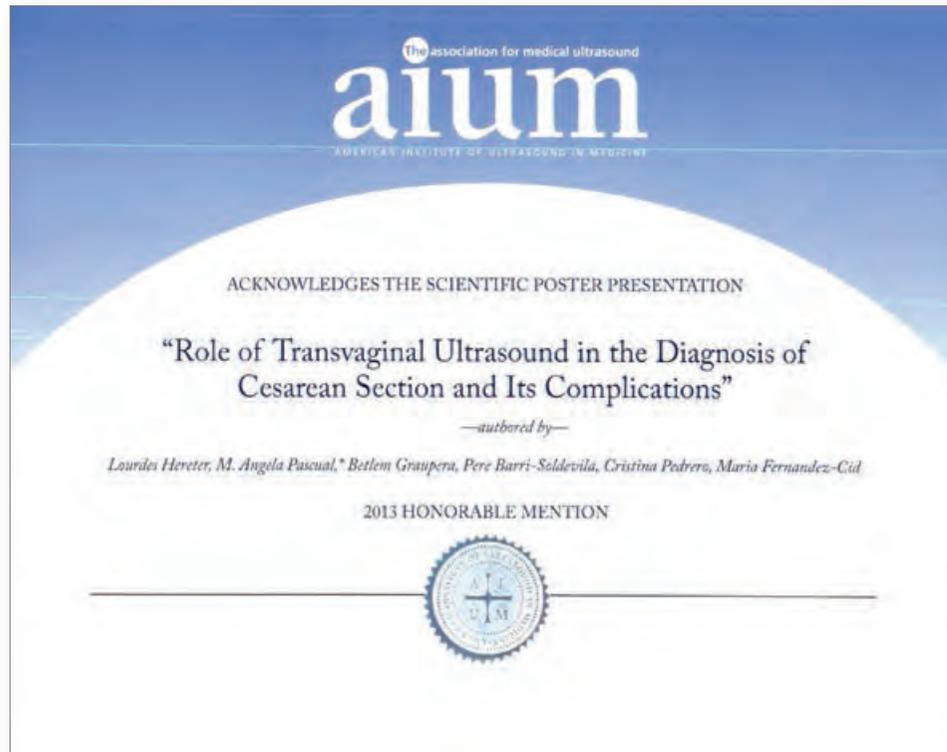
Se confirma un incremento significativo de la incidencia de aneuploidias con la edad materna, siendo más frecuentes las aneuploidias complejas en mujeres de ≥43 años. La selección de embriones euploides mediante aCGH neutraliza el efecto negativo de la edad en los ciclos que disponen de embriones euploides para su transferencia.

Fundación Dexeus

CATEDRA D'INVESTIGACIÓ DE GINECOLOGIA I OBSTETRIA



4.4. Servicio de Diagnóstico Ginecológico por Imagen



Dexeus

VARIABILIDAD INTRA-OBSERVADOR DE LA ELASTOGRAFÍA ESTÁTICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES MAMARIAS

B Navarro, F Terrel, B Úbeda, JL Browne, L Casas, I Rodríguez*

Diagnóstico Ginecológico por la Imagen. Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. *Unidad de Estadística y Epidemiología. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona, España

OBJETIVO:
Investigar el grado de concordancia intraobservador de dos ecografistas, uno senior y otro junior, al evaluar lesiones mamarias mediante elastografía estática con imágenes en color.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Un radiólogo senior (con 25 años de experiencia en ecografía mamaria y 6 años en elastografía mamaria) y otro junior (con 18 meses de experiencia en ecografía mamaria y 6 meses en elastografía mamaria) revisaron de forma retrospectiva los hallazgos elastográficos en color de 152 lesiones mamarias (80 benignas y 72 malignas). Cada observador, de forma independiente y sin acceso a las imágenes mamográficas, la historia clínica ni los hallazgos citológicos/patológicos de las pacientes, evaluó una imagen elastográfica representativa de cada lesión mamaria seleccionada por otro investigador, y la clasificó del 1 al 5 según la escala de color de Ueno (1-3: benignas; 4-5: malignas):
- Puntuación 1: elasticidad homogénea en toda la lesión. O bien una variante característica de los quistes, la imagen en tres capas, producida por artefactos de reverberación.
- Puntuación 2: lesión fundamentalmente elástica, con algunas zonas de mayor rigidez (patrón en mosaico).
- Puntuación 3: elasticidad en la periferia de la lesión y rigidez en el centro.
- Puntuación 4: ausencia de elasticidad en toda la lesión.
- Puntuación 5: ausencia de elasticidad en toda la lesión y en el área circundante.
Dos semanas después, ambos observadores realizaron una segunda lectura de las mismas imágenes presentadas en un orden distinto.
La concordancia intraobservador en las dos lecturas se valoró mediante el cálculo del índice kappa.

RESULTADOS:
Considerando las puntuaciones del 1 al 5 por separado, el grado de concordancia intraobservador fue muy bueno para el radiólogo senior (kappa = **0.95**, IC 95%[0.90-0.99]) y bueno para el radiólogo junior (kappa = **0.77**, IC 95%[0.69-0.85]), siendo la diferencia estadísticamente significativa.
Agrupando las puntuaciones en dos categorías, benignas (1-3) y malignas (4 y 5), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la concordancia intraobservador del radiólogo senior (kappa= 0.97, IC 95%[0.94-1]) y la del junior (kappa= 0.87, IC 95%[0.79-0.95]).

CONCLUSIONES:
Aunque se ha descrito que la variabilidad intra e interobservador es una de las limitaciones de la elastografía mamaria, en nuestro estudio encontramos un alto grado de concordancia intraobservador en la interpretación de las imágenes elastográficas, tanto en el ecografista senior como en el junior. La alta variabilidad hallada en otros estudios probablemente está relacionada con una adquisición inadecuada de las imágenes, y no con una interpretación incorrecta de las mismas. Con la estandarización del procedimiento de adquisición de imágenes, podría lograrse mejorar el rendimiento de esta técnica.

Fig 1. Lesión benigna (fibroadenoma) con evaluación discordante en las dos lecturas realizadas por el observador senior: scores 2 y 3.

Fig 2. Lesión maligna clasificada con score 5 en las dos lecturas realizadas por el observador senior.

Fig 3. Lesión maligna con evaluación discordante en las dos lecturas realizadas por el observador junior: scores 4 y 5.

Fig 4. Lesión benigna (fibroadenoma) clasificada con score 2 en las dos lecturas realizadas por el observador junior.

Fundación Dexeus

www.dexeus.com

UB



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

PRATS P. "Cribado de aneuploidías de primer trimestre en las gestaciones gemelares", obteniendo: Apto Cum Laude. Directores de tesis: **Dra. Carmina Comas**, Dr. Bienvenido Puerto. Miembros del Tribunal: Dr. Pedro N. Barri (Presidente), Dr. Antoni Borrell (Secretario), Dra. M^a Angels Sánchez (vocal). Aula Magna de la Facultad de Medicina de la UB. Barcelona, 07-02- 2013.

SABARTÉS R. "Historia Clínica Electrónica en un Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción: Desarrollo e Implementación. Factores Clave" obteniendo: Apto "Cum Laude". Directores Prof Jordi Xercavins y **Dra M^a Àngela Pascual**. Tribunal: Prof Josep M^a Laila, Dr Antonio Gil y **Dr. Pedro N. Barri**. Universidad Autónoma de Barcelona, 16-05- 2013.

TESINAS DE SALUD DE LA MUJER DEXEUS

LORENTE B. "Conización cervical y resultados perinatales". Directoras: **Dra. Carmina Comas Gabriel** y Dra. Elena Carreras Moratonas.

Trabajo de Investigación del Programa de Doctorado del Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología, presentada en la Universidad Autónoma de Barcelona en junio del 2012. Suficiencia investigadora presentada el 28-02-2013.

RICART M. "Ecografía de segundo trimestre y resultado perinatal adverso". Directoras: **Dra. Carmina Comas Gabriel** y Dra. Elena Carreras Moratonas.

Trabajo de Investigación del Programa de Doctorado del Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología,

presentada en la Universidad Autónoma de Barcelona el 01-07-2013.

ROMBAUT S. "Relación entre la arteria uterina y los valores de la PAPP-A en el screening de primer trimestre". Directores: **Dra. Carmina Comas** y Dr. Ricardo Rubio.

Trabajo de Investigación del Programa de Doctorado del Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología, presentada en la Universidad Autónoma de Barcelona el 01-07-2013.

COLABORACIONES EN TESIS

COMAS C. Secretaria del Tribunal de la Tesis Doctoral de Mónica C. Cruz Lemini, Titulada: "Cardiac dysfunction by tissue Doppler in early- and late-onset fetal growth restriction", dirigida por Eduard Gratacós y Fátima Crispí. Presentada en Barcelona el 30.10.2013. Universidad de

Barcelona (Departament d'Obstetricia i Ginecologia, Pediatría, Radiologia i Anatomía) (International Doctor Mention).

TRESSERRA F. Secretario del Tribunal de la Tesis Doctoral de la Dra. M. Lluisa Surralles Calonge, titulada: "Significació pronòstica de l'estatus mutacional del gen K-RAS en càncer de còlon". Presentada en Terrassa en noviembre de 2013.

CUSIDO M. Directora del Trabajo de Investigación del Programa de Doctorado "Cirugía de la endometriosis y reserva ovárica" de la Dra. Cristina Redondo Guisasola, presentado el 24-06-2013.

PASCUAL MA. Vocal del tribunal de la Tesis Doctoral de Begoña Olartecoechea, titulada: "Manejo expectante de masas anexiales de aspecto benigno en pacientes premenopáusicas asintomáticas. Presentada en la Clínica Universitaria de Navarra el 22.11.2013.

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

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, con la concesión de una Ayuda para el Fomento de la Investigación Clínica Independiente por parte del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad para el proyecto. Investigador principal: *Dra. Elena Scazzocchio*

Desarrollo de métodos predictivos basados en la integración de factores prenatales y postnatales para la

detección de neurodesarrollo anómalo en cardiopatías congénitas. Beca FIS Noviembre 2013. Proyecto coordinado P13/01449. Estudio multicéntrico, hospitales participantes: H.U. Vall Hebron (coordinador, Barcelona, IP Elisa LLurba), H.U. 12 de Octubre (Madrid), H.U. la Paz (Madrid), HU Gregorio Marañón (Madrid), HU La Fe (Valencia), HU Sant Joan de Déu-Clínic (Barcelona), y Hospital Universitario Quirón Dexeus (Barcelona). Investigadoras principales: *Queralt Ferrer, Carmina Comas y Pilar Prats*

Colaboración en un estudio multicéntrico internacional sobre cribado no invasivo de aneuploidías en sangre materna (Prenatal Non-invasive Aneuploidy Test

Using SNPs Clinical Trial [The PreNATUS Clinical Trial]). NIH-funded trial.

Investigador principal: *Carmina Comas*

Diseño del estudio y acuerdo de financiación con Roche Diganostics-España-Suiza **Use of PLGF and sFlt-1/PLGF ratio for prediction and prognosis of early onset preeclampsia in high risk pregnant women according to first trimester risk score.**

Investigador principal: *Dra. Elena Scazzocchio*

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

Estudio postautorización observacional, multicéntrico y prospectivo para evaluar el impacto sobre la calidad de vida de la anticoncepción oral basada en estrógeno natural comparado con el uso de anticonceptivo de barrera tradicional y anticonceptivos orales combinados con dosis de 20 y 30 mcg de etinilestradiol (Estudio Zocal). Laboratorio TEVA.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

A randomised, placebo-controlled, double-blind, parallel groups, multinational, multicentre trial assessing the effect of barusiban administered subcutaneously on the

day of transfer on implantation and pregnancy rates in IVF/ICSI patients.

Investigador principal: *Dr. Pedro N. Barri*

The Eshre Study into The Evaluation of oocyte Euploidy by Microarray analysis. Investigador principal: *Mónica Parriego*

Estudio propectivo, abierto, no controlado que analiza varios ciclos de hiperestimulación ovárica controlada en donantes de ovocitos, para evaluar la inmunogenicidad de FSH-IBSA.

Investigador principal: *Dr. Buenaventura Coroleu*

Ferring ESTHER-1: A randomised, controlled, assessor-blind, parallel groups, multicentre, multinational trial comparing the efficacy and safety of FE 999049 with follitropin alfa (GONAL-F) in controlled ovarian stimulation in women undergoing an assisted reproductive technology programme.

Investigador principal: *Dr. Pedro N. Barri*

Estudio aleatorizado, abierto y controlado para evaluar el efecto de Genadis sobre los parámetros seminales en sujetos y/o astenozoospermicos. Estudio GENPASE.

Investigador principal: *Dr. Josep Maria Vendrell*

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

- Predicción de la Preeclampsia (PE) tardía, mediante parámetros clínicos. Intentar establecer un algoritmo que incluya características maternas y que permitiera la identificación de pacientes con alto riesgo de PE tardía.
- Estrategias de prevención de la prematuridad. Mejorar el algoritmo de tratamiento de las pacientes con cuello corto combinando las diferentes posibilidades terapéuticas.
- La mastitis. Identificar los gérmenes más prevalentes en nuestra población y mejorar el circuito de manejo de la mastitis estableciendo una colaboración directa con el Servicio de Pediatría.
- La depresión posparto y su cribado. Mejorar la identificación de pacientes en riesgo de depresión post parto a través de encuesta en el puerperio y en una segunda fase, vía mail.
- Potenciar el manejo de las nuevas herramientas de redes sociales para incrementar la presencia de nuestros profesionales en las mismas. El objetivo es poder ampliar la presencia de nuestros profesionales en las redes y como objetivo final poder ofrecer un Symposium de Obstetricia 2.0 más dinámico en el año 2015.
- La predicción y prevención de la preeclampsia 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 temprana y predicción tardía, elaboración y efectividad de la predicción mediante integración de factores de riesgo en un algoritmo de validez clínica).

- La predicción de resultado perinatal adverso mediante el cribado bioquímico temprano de aneuploidías (PAPP-A, AFPSM) u otros hallazgos ecográficos (inserción placentaria del cordón umbilical, localización placentaria, Doppler uterino).
- Estudio de la mejora de la efectividad del cribado de aneuploidías mediante nuevos marcadores (factor de corrección del IP arterias uterinas) y en gestaciones gemelares (estrategia de elección).
- La 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).
- Resultado perinatal tras conización cervical.
- Pronóstico de la agenesia de DV 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.
- Incorporación y efectividad del TNI de aneuploidías en sangre materna.
- Arrays prenatales: Comparación de resultados con el estudio citogenético clásico.
- La asociación de defectos congénitos y técnicas de reproducción asistida.
- Control de calidad en las diferentes estrategias de cribado y diagnóstico empleadas en medicina maternofoetal (CUSUM del ductus venoso).

Este año se ha introducido por primera vez, después de 3 décadas de investigación en el ámbito de la genética molecular, la posibilidad de **cribado no invasivo de aneuploidías en sangre materna** mediante técnicas de secuenciación masiva, siendo nuestro centro uno de los pioneros a nivel nacional en ofrecer este test de cribado a nuestras pacientes.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

- Preservación de la fertilidad en pacientes con cáncer de mama
- Análisis molecular del cáncer de mama
- Aceptación y adherencia al tratamiento hormonal en mujeres con síndrome climatérico
- Estudio del ganglio centinela en pacientes con axila positiva.
- Índice diagnóstico para las tumoraciones anexiales. Estudio multicéntrico liderado por el Hospital Clínico de Barcelona.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

Importancia de los niveles de progesterona previos a la punción en FIV. Responsable: Dra. Francisca Martínez. (Finalizado)

Revisión ectópicos. Responsables: Dra. Dalia Rodríguez y Dra. Francisca Martínez. (Finalizado)

Resultados del tratamiento Elonva en donantes. Responsables: Dr. Buenaventura Coroleu y Dra. Alicia Pérez. (Finalizado)

Influencia de los diferentes componentes de la dieta y los diferentes hábitos de vida (consumo de tabaco o alcohol, ejercicio físico o trabajo) en los resultados de la FIV-ICSI. Responsables: Dra. Rosa Tur y Dr. Manuel Álvarez. (Finalizado)

Estudio sobre seguimiento de las donantes y desarrollo de enfermedades. Responsables: Dra. Montse Boada y Marta Luna. (En curso)

Análítica pre y post deprivación en el estudio hormonal de la oligo-amenorrea. Responsable: Dra. Fulvia Mancini. (En curso)

Prevención de punción folicular con recuperación negativa en donantes. Responsable: Dra. Francisca Martínez. (En curso)

Efecto del volumen de inseminado en la tasa de embarazo en la técnica de inseminación artificial intrauterina con semen de donante. Responsables: Dra. Charo Buxaderas y Laura Latre. (En curso)

Monitorización dinámica del desarrollo hasta blastocisto de los cigotos monoprocarios de ICSI. Responsables: Dra. Montse Boada y Silvia Mateo. (En curso)

Estudio aleatorizado, abierto y controlado para evaluar el efecto de Genadis sobre los parámetros seminales en sujetos y/o astenozoospermicos. Estudio GENPASE. Responsable: Dr. Josep M^a Vendrell. (En curso)

Encuesta de percepción del hombre en parejas atendidas por esterilidad conyugal. Responsable: Dr. Josep M^a Vendrell. (En curso)

Predicción de la Preeclampsia (PE) tardía. Intentar establecer un algoritmo que incluya características maternas y estudio Doppler de las uterinas con el fin de identificar pacientes con alto riesgo de PE tardía

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

- Screening cáncer de ovario (empezó en 1999 y sigue abierta la línea de investigación)
- Ecografía 3D y nuevas herramientas en Ginecología
 - Ovario
 - Útero y Endometrio
 - Suelo pélvico
 - Mama
 - Elastografía

- Intervencionismo mamario
- RM mama
- Estudios multicéntricos internacionales:
 - IOTA (Internacional Ovarian Tumor Analysis)
 - IETA (Internacional Endometrial Tumor 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.

1. LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MATERNA Y REPRODUCTIVA EN ÁFRICA DE LA DRA. MENÉNDEZ GANA EL PREMIO DE LA FUNDACIÓN DEXEUS SALUD DE LA MUJER 25/01/2013

La galardonada, la Dra. Clara Menéndez, lidera diversos trabajos sobre malaria en el embarazo, prevención de enfermedades de transmisión sexual y causas de mortalidad materna y neonatal en países en desarrollo en el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal) y en el Centro de Investigación en Salud de Manhica (CISM) en Mozambique.

El Dr. Pedro N. Barri, presidente de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer, destaca que “este reconocimiento es un paso más en la voluntad de Dexeus de consolidar la promoción de la investigación y la docencia en salud de la mujer”.

2. LA FUNDACIÓN DEXEUS SALUD DE LA MUJER CONSOLIDA SU PROGRAMA DE RECONSTRUCCIÓN



GENITAL CON 39 MUJERES TRATADAS CON ÉXITO 06/02/2013

El programa de reconstrucción genital post ablación liderado por el Dr. Pere Barri Soldevila consiste en ayudar a la mujer mutilada a recuperar el aspecto y la capacidad sensitiva tras haber sufrido una mutilación en sus países de origen.

La cirugía reconstructiva de clítoris practicada permite restituir

anatómicamente los órganos genitales en un 90% de los casos, y en un 75% la restitución también es funcional.

La edad media de las pacientes es de 27 años, y la mayoría de ellas provienen de Gambia, donde la ablación es una práctica ampliamente extendida.

3. EL MUSEU MARÍTIM INAUGURA LA MUESTRA “SER DONA. AVUI” 07/03/2013

El recorrido expositivo muestra la evolución fisiológica, social y científica de la mujer, a través de una compendio de realidades expuestas de viva voz por testimonios de mujeres reales.

El Presidente de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer, el Dr. Pere N. Barri

explica que esta es “una gran apuesta por la socialización de la ciencia, nuestra apuesta por el conocimiento compartido y el acceso a la información”.

La exposición cuenta con el apoyo del Ajuntament de Barcelona, quien lideró la inauguración con motivo del Día Internacional de la Mujer.

4. LA MASTECTOMÍA PREVENTIVA PERMITE REDUCIR EL RIESGO DE PADECER CÁNCER DE MAMA, PERO NO GARANTIZA LA SUPERVIVENCIA 15/05/2013

La elección de someterse a una doble mastectomía por parte de Angelina Jolie reabre el debate sobre la importancia de la prevención y el riesgo oncológico.



La estimación del riesgo de cáncer de mama asociado al gen BRCA1 (el padecido por la actriz) es del 85%, mientras el de ovario es del 39%.

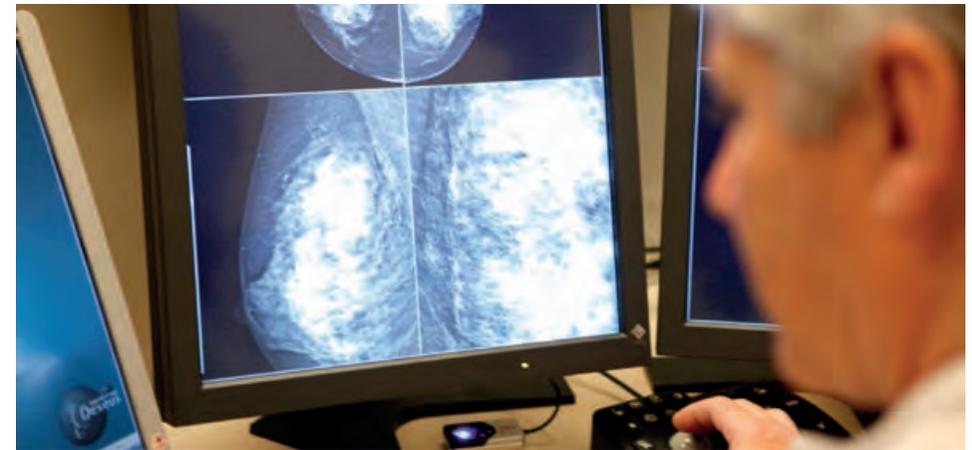
Un 16% de mujeres diagnosticadas optan por una cirugía preventiva por miedo al cáncer, la presencia de un familiar de primer grado con cáncer de mama u ovario o el miedo a no poder atender a los hijos.

El Dr. Fábregas, Consultor de Ginecología Oncológica y Mastología de Salud de la Mujer Dexeus, alerta de las consecuencias físicas y psicológicas de la mastectomía y recomienda “que la decisión se tome de forma personalizada entre el médico y la paciente una vez sopesadas todas las alternativas terapéuticas”.

5. SALUD DE LA MUJER DEXEUS ALCANZA MÁS DE UN 60% DE ÉXITO DE EMBARAZO EN PACIENTES DE MAL PRONÓSTICO 08/07/2013

El screening genético preimplantacional (PGS) en pacientes con baja respuesta sumado a la acumulación de ovocitos a través de vitrificación mejora la tasa de embarazo y reduce el número de intentos fallidos.

Esta estrategia se ha presentado hoy en el encuentro anual del ESHRE, el principal congreso europeo de reproducción y embriología que tiene lugar del 7 al 10 de julio en Londres.



6. VICTORIA ANNA, LA PRIMERA NIÑA PROBETA, CUMPLE 29 AÑOS 12/07/2013

El nacimiento de Victoria Ana supuso un antes y un después en reproducción humana. Salud de la Mujer Dexeus ha logrado que nacieran más de 8.000 niños desde entonces gracias a la técnica de Fecundación In Vitro.

La ciencia ha evolucionado para mejorar la tasa de embarazo en los tratamientos de reproducción asistida, que se acerca ya al 60% en algunos casos.

7. SALUD DE LA MUJER DEXEUS Y WOMEN'SSECRET PRESENTAN LA PRIMERA COLECCIÓN DE ROPA INTERIOR PARA MUJERES OPERADAS DE CÁNCER DE MAMA 26/09/2013

Special Post-Surgery Bras es la primera colección de ropa interior pensada 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, ortopedistas y pacientes de Salud de la Mujer Dexeus han asesorado a diseñadores y patronistas de Women'ssecret para crear esta colección, que está disponible en tiendas desde hoy mismo.

La presentación ha tenido lugar en el Ilustre Colegio de Médicos de Madrid y ha congregado a personalidades como Patricia Olmedilla, duquesa de Terranova, la actriz Verónica Mengod o María León, quienes han querido apoyar esta iniciativa.



8. EL DIAGNÓSTICO PERSONALIZADO Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS PERMITEN DETECTAR EL CÁNCER EN MUJERES MÁS JÓVENES

16/10/2013

Las mamografías de baja dosis que reducen en un 50% la radiación estándar y los nuevos ecógrafos permiten realizar screenings oportunistas, detectando de forma temprana el cáncer de mama en mujeres de menos de 50 años.

1/3 de los casos de cáncer de mama se diagnostican en mujeres de menos de 50 años, en cuyos casos estas mujeres no son diagnosticadas por no formar parte de la franja de edad del screening poblacional actual.

Con una tasa de supervivencia del cáncer de mama cerca del 90% el reto ahora consiste en el diagnóstico temprano y el abordaje posterior al tratamiento.

9. LA PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICAS, CADA VEZ MÁS JÓVENES, UNO DE LOS TEMAS CENTRALES DEL CONGRESO DE LA ISFP

07/11/2013

Más de 500 especialistas procedentes de 47 países de todo el mundo se reúnen desde hoy y hasta el sábado en Valencia para dar a conocer los últimos avances en preservación de la fertilidad por motivos oncológicos y sociales.

El Dr. Pedro N. Barri, director de Salud de la Mujer Dexeus y coorganizador del evento, asegura que "España es referente en salud, y congresos como este permiten mostrar a la comunidad internacional cómo los avances científicos y la práctica clínica se han adaptado al nuevo perfil de pacientes con problemas reproductivos".

10. 25 AÑOS DEL NACIMIENTO DE LOS PRIMEROS NIÑOS FRUTO DE LA DONACIÓN DE OVOCITOS EN ESPAÑA

26/11/2013

Actualmente el 35% de los ciclos de Fecundación In Vitro de Salud de la Mujer Dexeus se realizan con ovocitos de donante.

El perfil de la paciente que utiliza la donación de óvulos ha cambiado: de mujeres que sufrían menopausia precoz o habían pasado por una extirpación de ovarios a otras que optan por una maternidad tardía o que son portadoras de alguna enfermedad genética de transmisión inevitable.

La ciencia ha evolucionado para mejorarla calidad y seguridad del proceso y evitar los embarazos múltiples.

11. SALUD DE LA MUJER DEXEUS DIAGNOSTICA 7 DE CADA 10 CASOS DE CÁNCER DE OVARIOS EN ESTADIO I, CONSIGUIENDO UN ÍNDICE DE CURACIÓN DEL 85%.

29/11/2013

Las técnicas de cribado del centro permiten una detección precoz muy superior a la media, situada en el 33% según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

El Symposium, que congrega a más de 150 especialistas a nivel internacional, pone a debate las nuevas técnicas de diagnóstico y plantea las posibilidades de la nanotecnología y la robótica en el tratamiento.

12. 3 DE CADA 4 MUJERES HA EXPERIMENTADO DOLOR DURANTE EL COITO ALGUNA VEZ

18/12/2013

Las relaciones sexuales no siempre están relacionadas con el placer o con la ilusión de una pareja por concebir un hijo. Existe un grupo de mujeres para las que las relaciones sexuales suponen precisamente lo contrario. Cada vez son más las mujeres que viven esta situación, de hecho, un 15% de las que acuden al ginecólogo lo hacen por este motivo, a pesar de ser un trastorno todavía poco manifestado por ellas.

Suele tratarse de un problema temporal pero en algunas mujeres es persistente, provoca estrés e interfiere en las relaciones de pareja.



6.2. Medios de comunicación

Fecha	Medio	Tema	Título	Doctor/a	Link
10/01/13	Estrella Digital	Ablación	Mutiladas y condenadas por la tradición	Pere Barri Soldevila	http://www.estrelladigital.es/mundo/Mutiladas-condenadas-tradicion_0_1306069632.html
12/01/13	La Vanguardia	Salud y ropa interior	Mimar la salud interior	Alicia Perez / Carmen Ara	
15/01/13	Notícies TGN	Taula Dona i Esport	L'esport, un aliat de la salut de la dona	Alicia Úbeda	
21/01/13	8TV - 8 al Dia	Anàlisi de sang per detectar Down	Una analítica per detectar la Síndrome de Down	Carmina Comas	http://www.8tv.cat/8aldia/videos/informatiu-21-de-gener-del-2013/
23/01/13	TV Badalona	Curs preparació al part	Què ensenyen en un curs de preparació al part?	Bea Lorente	http://tvbadalona.xiptv.cat/pensio-completa/capitol/capitol-62
24/01/13	TV3	Anàlisi de sang per detectar Down	Una nova prova consistent en una anàlisi de sang pot evitar moltes amniocentesis	Carmina Comas	http://www.324.cat/video/4433515/PROVA-SENSE-RISC-SIMLIAR-A-LAMNIO
24/01/13	La Vanguardia	Baby boom Barça	El Baby-Boom del vestuario del Barça		http://www.lavanguardia.com/gente/20130124/54362329262/baby-boom-vestuario-barsa.html
25/01/13	EFE Salud	Premio Fundación	La investigadora Clara Menéndez gana el premio de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer		http://www.efesalud.com/noticias/la-investigadora-clara-menendez-gana-el-premio-de-la-fundacion-dexeus-salud-de-la-mujer/
02/02/13	El País (Salud y Medicina)	Fallos en FIV	En el 75% de los fallos de implantación embrionarios se encuentra el motivo	Buenaventura Coroleu	
07/02/13	Corazón Salud	Epidural	¿La epidural provoca algún problema?	Alberto Rodriguez Melcon	
19/02/13	TV3 Els Matins	Autoexploració mama	La importància de l'autoexploració i de les revisions ginecològiques. I com prevenir el càncer de mama	Pedro N. Barri / Carmen Ara	http://www.tv3.cat/videos/4471951/La-importancia-de-lautoexploracio-i-de-les-revisions-ginecologiques-i-com-prevenir-el-cancer-de-mama
24/02/13	El Periodico	Prevención cáncer ginecológico	Un estilo de vida saludable, la mejor protección frente el cáncer ginecológico	Maite Cusidó	
24/02/13	8TV - Equip de reporters	Preservació fertilitat	Congelar la maternitat	Buenaventura Coroleu	http://www.8tv.cat/8aldia/equip-reporters/congelar-la-maternitat/
01/03/13	Saber Vivir	Hàbits saludables	Así afecta a tu salud de hoy los hábitos y trastornos de ayer	Alicia Úbeda	
06/03/13	Grazia	Expo Ser Mujer. Hoy	8 de marzo. La salud de la mujer		
07/03/13	Social.cat	Inauguración Ser Dona. Avui	Les dones d'avui dia, en exposició		http://www.social.cat/noticia/3425/les-dones-davui-dia-en-exposicio

Fecha	Medio	Tema	Título	Doctor/a	Link
08/03/13	EFE Salud	Día de la Mujer		Alicia Úbeda	http://www.efesalud.com/noticias/panoramica-sobre-la-salud-de-la-mujer/
08/03/13	La Vanguardia	Inauguración Ser Dona. Avui	Las edades sin frontera		
08/03/13	La Vanguardia	Inauguración Ser Dona. Avui	La suerte de ser mujer		
08/03/13	El Periodico	Inauguración Ser Dona. Avui	Mujeres en activo por la igualdad		
08/03/13	La Razón	Inauguración Ser Dona. Avui	La Fundación Dexeus convierte las Drassanes en un templo de la mujer		
08/03/13	La Razón	Inauguración Ser Dona. Avui	Homenaje a la mujer de la Fundación Dexeus		
07/03/13	ABC	Inauguración Ser Dona. Avui	Muestran la evolución de la mujer en los últimos 25 años en Barcelona		http://www.abc.es/agencias/noticia.asp?noticia=1368604
08/03/13	MedicinaTV.com	Retraso maternidad. Día de la Mujer	Los embarazos en mujeres mayores de 40 años han aumentado un 62% en los últimos 10 años	Alicia Úbeda	http://www.medicinatv.com/noticias/los-embarazos-en-mujeres-de-mas-de-40-anos-aumentan-un-62-en-los-ultimos-10-anos-245248
08/03/13	El Economista	Retraso maternidad. Día de la Mujer	Los embarazos en mujeres mayores de 40 años han aumentado un 62% en los últimos 10 años	Alicia Úbeda	http://ecodiario.economista.es/interstitial/volver/acierto/salud/noticias/4657919/03/13/Los-embarazos-en-mujeres-de-mas-de-40-anos-aumentan-un-62-en-los-ultimos-10-anos.html
08/03/13	La información.com	Retraso maternidad. Día de la Mujer	Los embarazos en mujeres mayores de 40 años han aumentado un 62% en los últimos 10 años	Alicia Úbeda	http://fotos.lainformacion.com/madrid-2020/los-embarazos-en-mujeres-de-mas-de-40-anos-aumentan-un-62-en-los-ultimos-10-anos_NLnFOULA1OigpVnTqQFjm4/
08/03/13	El semanal digital	Retraso maternidad. Día de la Mujer	Los embarazos en mujeres mayores de 40 años han aumentado un 62% en los últimos 10 años	Alicia Úbeda	http://www.elsemanaldigital.com/los-embarazos-en-mujeres-de-mas-de-40-anos-aumentan-un-62-en-los-ultimos-10-182287_noticia.htm
08/03/13	Yahoo!	Retraso maternidad. Día de la Mujer	Los embarazos en mujeres mayores de 40 años han aumentado un 62% en los últimos 10 años	Alicia Úbeda	http://es.noticias.yahoo.com/embarazos-mujeres-40-a%C3%B1os-aumentan-62-10-a%C3%B1os-142909224.html
08/03/13	EuropaPress	Retraso maternidad. Día de la Mujer	Los embarazos en mujeres mayores de 40 años han aumentado un 62% en los últimos 10 años	Alicia Úbeda	http://www.europapress.es/salud/salud-bienestar/noticia-embarazos-mujeres-mas-40-anos-aumentan-62-ultimos-10-anos-20130307152909.html
08/03/13	InfoSalus.com	Retraso maternidad. Día de la Mujer	Los embarazos en mujeres mayores de 40 años han aumentado un 62% en los últimos 10 años	Alicia Úbeda	http://iberoamerica.net/espana/prensa-generalista/es.yahoo.com/20130307/noticia.html?id=05BlzUO
08/03/13	En femenino	Retraso maternidad. Día de la Mujer	Los embarazos en mujeres mayores de 40 años han aumentado un 62% en los últimos 10 años	Alicia Úbeda	http://www.enfemenino.com/embarazo/embarazos-aumentan-despues-de-los-40-n218577.html

Fecha	Medio	Tema	Título	Doctor/a	Link
08/03/13	Diario Médico	Retraso maternidad. Día de la Mujer	Los embarazos en mujeres mayores de 40 años han aumentado un 62% en los últimos 10 años	Alicia Úbeda	
17/03/13	Segre	Ablación	Els Mossos eviten l'ablació a 13 nenes en 5 anys		
30/03/13	El País (Salud y Medicina)	Píldora anticonceptiva	La píldora anticonceptiva, una opción nada embarazosa	Francisca Martínez	
01/04/13	Saber Vivir	Quister ovario	Quistes de ovario: no te alarmes ante su presencia	Pere Barri Soldevila	
05/04/13	Europa FM	Rostro con dos caras		Bernat Serra	http://www.europafm.com/audios-online/levantate-y-cardenas/levantate-cardenas-viernes-abril-2013_2013040500045.html
06/04/13	La Vanguardia	Nutrición en el embarazo	La suplementación nutricional es muy importante durante el embarazo		
07/04/13	Europa Press	Ablación	Los Mossos abordaron 31 casos de niñas en riesgo de ablación en 2012	Fundación Dexeus Salud de la Mujer	http://www.europapress.es/catalunya/noticia-mossos-abordaron-31-casos-ninas-riesgo-ablacion-2012-seis-consumados-20130407113123.html
08/04/13	TVE La 1 L'Informatiu	Expo Ser Dona. Avui			http://www.rtve.es/alacarta/videos/informatiu/informatiu-2-08-04-2013/1754096/
10/04/13	TV3 Els Matins	Ablación	Primera condemna per una ablació feta fora d'Espanya	Pere Barri Soldevila	http://www.tv3.cat/3alacarta/html5/#/videos/4529311/
11/04/13	La Vanguardia	Obituarios Robert Edwards	Millones de ilusiones	Pedro N. Barri	
20/04/13	El Periodico (Salud y Medicina)	Anàlisis de sang per detectar Down	Detectar el síndrome de down sin riesgos ya es posible	Carmina Comas	
27/04/13	El Periodico (Salud y Medicina)	Edades biológicas de la mujer	Edades biológicas de la mujer	Nuria Parera	
02/05/13	Saber Vivir	Reglas irregulares	Qué puede indicar una regla irregular	Alicia Úbeda	
09/05/13	Der Spiegel	Donación de óvulos	Parenthood for Sale: Spain in Crisis Becomes Fertility Destination	Buenaventura Coroleu / Eli Clua	http://www.spiegel.de/international/europe/spain-in-crisis-becoming-a-center-of-in-vitro-fertilization-a-898830.html
14/05/13	8 al Dia - 8TV	Mastectomía preventiva	Angelina Jolie s'ha sotmès a una doble mastectomia preventiva dels pits	Maite Cusidó	http://www.8tv.cat/8aldia/videos/angelina-jolie-sha-sotmes-a-una-doble-mastectomia-preventiva-dels-pits/
15/05/13	El Món a RAC1	Mastectomía preventiva	El cas d'Angelina Jolie ha fet augmentar les consultes	Maite Cusidó	http://rac1.org/elmon/blog/el-cas-dangelina-jolie-ha-fet-augmentar-les-consultes/

Fecha	Medio	Tema	Título	Doctor/a	Link
15/05/13	Els Matis TV3	Mastectomia preventiva	Cal operar-se per prevenir el càncer de mama	Maite Cusidó	http://www.tv3.cat/videos/4575811/Cal-operar-se-per-prevenir-el-cancer-de-mama
15/05/13	Espejo Público - Antena 3	Mastectomia preventiva	Se somete a una mastectomia para prevenir el càncer	Rafael Fábregas	http://www.antena3.com/videos/espejo-publico/2013-mayo-15-2013051500002.html
15/05/13	TN TV3	Clonació embrions	La biòloga Anna Veiga: "Semblava que la tècnica no era possible en humans"	Anna Veiga	http://www.324.cat/video/4576711/altres/La-biologa-Anna-Veiga-Semblava-que-la-tecnica-no-era-possible-en-humans
15/05/13	Oncoweb	Reproducción NdP Mastectomia	La mastectomia preventiva permite reducir el riesgo de padecer càncer de mama, pero no garantiza la supervivencia	Rafael Fábregas	http://www.oncoweb.net/doc.php?op=prensa2&id=5674
16/05/13	Catalunya Ràdio	Clonació embrions	Científics americans aconsegueixen clonar cèl·lules embrionàries humanes	Anna Veiga	http://www.catràdio.cat/audio/729579/Científics-americans-aconsegueixen-clonar-cel·lules-embrionaries-humanes
16/05/13	Migdia 8TV	Clonació embrions	La clonació humana és cada dia més a prop	Anna Veiga	http://www.8tv.cat/migdia/videos/societat/la-clonacio-humana-es-cada-dia-mes-a-prop
16/05/13	Telecinco	Clonació embrions			http://www.telecinco.es/informativos/informativos-diferidos.html
16/05/13	BTV	Clonació embrions	La biòloga Anna Veiga celebra la troballa aconseguida per científics nord-americans	Anna Veiga	http://www.btv.cat/btvnoticies/2013/05/16/la-biologa-anna-veiga-celebra-la-troballa-aconseguida-per-científics-nord-americans/
17/05/13	Diari Ara	Clonació embrions	Clonar, un poder a l'abast de l'home	Anna Veiga	
17/05/13	ABC	Clonació embrions	Ocho claves para entender la técnica que haría posible la clonación humana	Anna Veiga	
22/05/13	Grazia	Mastectomia preventiva	La decisió de Jolie	Rafael Fábregas	
27/05/13	La Vanguardia	Abdominales hipopresivos	Hipopresivos: Los abdominales más saludables	Nuria Sans	http://www.lavanguardia.com/20130526/54374390187/la-experiencia-de-dexeus.html
27/05/13	Telecinco	Tampax alcohol		Nuria Parera	http://www.telecinco.es/informativos/informativos-diferidos.html
29/05/13	Grazia	Preservació fertilitat	Madres sin edad. Niños ultracongelados	Pedro N. Barri	
03/06/13	Saber Vivir	Cambios mama	Descubre qué indican los cambios en las mamas	Carmen Ara	
03/06/13	El País (Salud y Medicina)	Vitrificación	Vitrificación de óvulos, la mejor alternativa para preservar la fertilidad	Montse Boada	
07/06/13	La 2 TVE	Dr Barri - Gent de paraula		Pedro N. Barri	http://www.rtve.es/alacarta/videos/gent-de-paraula/gentdeparaula-perebarri-7juny/1858735/

Fecha	Medio	Tema	Título	Doctor/a	Link
19/06/13	Crece Feliz	Retraso del parto	Retraso del parto	Alberto Rodríguez Melcon	http://www.crecerfeliz.es/Parto-y-Maternidad/Preparacion/Que-hacer-si-el-parto-se-retrasa
22/06/13	Salud y Medicina	Mastectomía preventiva	¿Mastectomía preventiva?	Maite Cusidó	
30/06/13	ARA	Òvuls	Amb tres arrels d'ADN	Montse Boada	
01/07/13	Clara	Cáncer mama hereditario	Cáncer de mama hereditario: todo sobre el test genético y la extirpación de las mamas	Rafael Fábregas	
01/07/13	Saber Vivir	Cambios hormonas	Los cambios que provoca el descenso hormonal	Alicia Úbeda	
01/07/13	Glamour	Cáncer mama hereditario	Cáncer de mama, el nuevo dilema	Maite Cusidó	
01/07/13	Elle	Mastectomía preventiva	Mastectomía: El gran dilema	Maite Cusidó	
03/07/13	La 1	Donación de óvulos	Mi cuerpo vale	Fulvia Mancini / Eli Clua	http://www.rtve.es/alcanta/videos/repor/repor-cuerpo-vale/1911389/
08/07/13	Medicina21	NdP ESHRE	Salud de la Mujer Dexeus alcanza más de un 60% de éxito de embarazo en pacientes de mal pronóstico	Ventura Coroleu / Monica Parriego	http://www.medicina21.com/Notas_De_Prensa/V6051-Salud_de_la_Mujer_Dexeus_alcanza_mas_de_un_60_de_exito_de_embarazo_en_pacientes_de_mal_pronostico.html
08/07/13	ABC.es	NdP ESHRE	Salud de la Mujer Dexeus alcanza más de un 60% de éxito de embarazo en pacientes de mal pronóstico	Ventura Coroleu / Monica Parriego	http://www.abc.es/agencias/noticia.asp?noticia=1454305
19/07/13	Saber Vivir	Infecciones vaginales	Aleja las infecciones controlando la humedad	Olga Salas	
25/07/13	BBC	Reconstrucción clítoris	Programa de Reconstrucción Genital post Ablación	Pere Barri Soldevila	http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2013/07/130723_salud_ablacion_mutilacion_reconstruccion_gtg.shtml
27/07/13	Salud y Medicina	Infecciones vaginales	Picor vaginal, posible infección	Olga Salas	
31/07/13	Caracol Radio Colombia	Reconstrucción clítoris	Médico español "recupera" clítoris mutilados	Pere Barri Soldevila	http://www.caracol.com.co/audio_programas/archivo_de_audio/medico-espanol-recupera--clitoris-mutilados/20130731/oir/1942647.aspx
02/08/13	W Radio	Reconstrucción clítoris	Doctor Pere Barri Soldevila explicó la reconstrucción genital para mujeres por ablación	Pere Barri Soldevila	http://www.wradio.com.co/escucha/archivo_de_audio/doctor-pere-barri-soldevila-explico-la-reconstruccion-genital-para-mujeres-por-ablacion/20130208/oir/1943931.aspx
	Saber Vivir	Incontinencia urinaria	La incontinencia es un problema con solución	Nuria Sans	
17/08/13	Salud y Medicina	Embarazo	¿Por qué no llega la cigüeña?	Sofia Fournier	
02/09/13	Vogue	Embarazo	Nueve meses	Ariana Serrano	

Fecha	Medio	Tema	Título	Doctor/a	Link
02/09/13	Clara	Problemas útero	Problemas de útero. Señales que avisan	Alicia Úbeda	
02/09/13	Saber Vivir	Cáncer hereditario	El riesgo de heredar un cáncer de mama o de ovario	Maite Cusidó	
09/09/13	TV3 (Divendres)	Medalla Honor Veiga	Anna Veiga, Medalla d'Honor del Parlament de Catalunya		http://www.tv3.cat/3alacarta/#/videos/4671334
10/09/13	Catalunya Ràdio	Medalla Honor Veiga	Medalles d'Or del Parlament	Anna Veiga	http://www.catradio.cat/audio/754141/Medalles-dOr-de-la-Generalitat
11/09/13	La Vanguardia	Medalla Honor Veiga	Catalanas de vanguardia	Anna Veiga	
11/09/13	ARA	Medalla Honor Veiga	Ruscalleda, Veiga i Gispert reben la Medalla d'Honor del Parlament	Anna Veiga	
24/09/13	Para todos La 2 - TVE	Guttmann	Maternidad y discapacidad	Dalia Rodriguez	http://www.rtve.es/alacarta/videos/para-todos-la-2/para-todos-2-debate-maternidad-discapacidad/2025170/
25/09/13	Grazia	WS	Underwear solidario		
26/09/13	EFE	WS	Lencería que combate el estigma del cáncer de mama		http://www.efe.com/efe/noticias/espana/patrocinada/lenceria-que-combate-estigma-del-cancer-mama/1/22/2136909
27/09/13	Hola	WS - Famosas	María León, Verónica Mengod y Patricia Olmedilla, concienciadas con el cáncer de mamá		http://www.hola.com/noticias-de-actualidad/27-09-2013/103103/
27/09/14	Els Matis TV3	Primera col·lecció de roba interior per dones operades de càncer de mama		Maite Cusidó	
27/09/13	La Vanguardia	WS	Una colección de sujetadores para mastectomizadas contribuye a romper estigmas	Testimonio paciente	http://www.lavanguardia.com/vida/20130927/54388073957/sujetadpres-mastectomizadas.html
27/09/13	Europa Press	WS	Lanzan una colección de ropa interior para mujeres con cáncer de mama		http://www.europapress.es/salud/noticia-lanzan-coleccion-ropa-interior-mujeres-cancer-mama-20130927165638.html
28/09/13	Salud y Medicina	Donación de óvulos	La reserva ovárica de la mujer con fecha de caducidad	Fulvia Mancini	
03/10/13	Levántate y Cárdenas		Cabeza con dos rostros	Alberto Rodriguez Melcon	http://www.europafm.com/audios-online/levantate-y-cardenas/levntate-crdenas-jueves-octubre-2013_2013100300049.html
06/10/13	S Moda	WS	Salud, también en lencería	Carmen Ara / Maite Cusidó	
08/10/13	Els Matis TV3	Retard maternitat	Riscos de retardar la maternitat	Buenaventura Coroleu	http://www.tv3.cat/videos/4702431/Riscos-de-retardar-la-maternitat

Fecha	Medio	Tema	Título	Doctor/a	Link
08/10/13	Quèiquimcom	La regla	Tinc la regla (o no...)	Montserrat Manubens	http://www.tv3.cat/videos/4701751/Tinc-la-regla-(o-no)
19/10/13	Salud y Medicina	Cáncer de mama	Cáncer de mama, el tumor con mayor supervivencia	Rafael Fábregas	
19/10/13	Salud y Medicina	Mamografías	La mamografía, la única prueba de detección precoz	Belén Úbeda	
19/10/13	SoloModa TVE	WS	Primera colección de ropa interior para mujeres con cáncer de pecho		http://www.rtve.es/alcarta/videos/solo-moda/solo-moda-19-10-13/2080267/
22/10/13	BCN Divina	WS	Salud de la Mujer Dexeus & Women'ssecret. Special Post-Surgery Bras es la primera colección de ropa interior pensada para las mujeres que han sufrido una mastectomía		
30/10/13	Women's health		El pecho se mira y se toca	Maite Cusidó	
01/11/13	Clara	Menopausia	¿A qué edad tendrás la menopausia?	Pascual García	
01/11/13	El escarabajo verde La 2	Endometriosis	Mejor no saber	Pere Barri Soldevila	http://www.rtve.es/alcarta/videos/el-escarabajo-verde/escarabajo-verde-mejor-saber/2115907/
30/11/13	La Vanguardia	Test genómico de portadores	Los análisis del genoma previenen enfermedades hereditarias	Pedro N. Barri	
02/12/13	Saber Vivir	Pólipos	¿Los pólipos ginecológicos hay que extirparlos?	Alicia Úbeda	
04/12/13	España vuelta y vuelta - RNE	25 años donación óvulos	Entrevista: Se cumplen 25 años de la donación de óvulos en España	Buenaventura Coroleu	http://www.rtve.es/alcarta/audios/espana-vuelta-y-vuelta/espana-vuelta-04-12-13/2194541/#aHR0cDovL3d3dy5ydHZlMmVzL2FsYWVhcnRhL2ludGVybm8vY29udGVudHRhYmxlLnNodG1sP3BicT0yJm1vbnRoRmlsdGVyPTEyJm9yZGVyQ3JpdGVyaWE9REVtQyZtb2RsPVRPQyZ5ZWVhYm9uZGVyPTIwMTMmbG9jYXlPWVzJnBhZ2VtaXplPTE1JmN0eD02ODA5MSZhZHZTZWFyY2hPcGVuPWZhbHNI
07/12/13	La Vanguardia	Prematuridad	La maternidad tardía y la reproducción asistida aumentan los partos prematuros	Bernat Serra	http://www.lavanguardia.com/salud/20131207/54395834248/prematuros-maternidad-tardia-reproduccion-asistida.html
07/12/13	EL País	Endometriosis	Endometriosis, sin renunciar al embarazo	Pere Barri Soldevila	
16/12/13	Acta Sanitaria	Presidenta Asebir	Confía que Sanidad desarrolle la Ley de Reproducción asistida	Montse Boada	http://www.actasanitaria.com/la-nueva-presidenta-de-asebir-busca-el-reconocimiento-de-la-especialidad-en-embriologia/
21/12/13	Salud y Medicina	DGP	Evitar la herencia de una enfermedad	Mònica Parriego / Anna Abulí	
23/12/13	8 al Dia - 8TV	Llei avortament	La reforma de la llei de l'avortament, a debat	Bernat Serra	http://www.8tv.cat/8aldia/videos/la-reforma-de-la-llei-de-lavortament-a-debat/

Mutiladas y condenadas por la tradición

Más de 135 millones de mujeres y niñas en el mundo son víctimas de la ablación, una cruel práctica milenaria tan arraigada social y culturalmente que hace muy compleja su erradicación

ESTRELLA DIGITAL | SÁBADO 20 DE FEBRERO DE 2016
10:01 | 2203 H

ABLACIÓN. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA. TRADICIÓN. ERRADICACIÓN. ASHA ISMAIL.



Mutiladas y condenadas por la tradición

Asha Ismail, nacida en Kenia y de familia de origen somalí, es un ejemplo de **lucha**, una mujer valiente que se atrevió a rebelarse contra su propia cultura y logró romper las pesadas cadenas de la cruel tradición que marcaron su cuerpo. A sus 44 años y a pesar de la energía y vitalidad que brillan en sus ojos, todavía le resulta doloroso recordar cómo el día más esperado de su infancia acabó convirtiéndose en una experiencia terrorífica que le dejaría graves secuelas físicas y psicológicas que arrastraría toda su vida al convertirse en una de las **135 millones de víctimas en el mundo que según Amnistía Internacional han sufrido la mutilación genital femenina**. "Nunca olvidaré el momento en que me cortaron ni el dolor que me provocaron, desde aquel día me prometí que mi hija no pasaría por esa pesadilla", cuenta Asha a **Estrella Digital**. Una promesa que no sólo ha cumplido, sino que también le ha llevado a emprender una cruzada que ha salvado a muchas niñas de ser mutiladas al frente de **'Save a Girl, Save a Generation'**, la ONG que preside.



Equivocarse a la hora de escoger la ropa interior no tiene consecuencias únicamente estéticas, también puede acarrear problemas de salud. Casi siempre más molestas (a veces incluso graves) de lo que pueda llegar a suponerse. En el caso de las mujeres no es tan habitual como el de no acertar con la medida exacta del sujetador puede ser el responsable de dolores de espalda con tendencia a cronificarse. Al menos conocida es el error habitual en el que suelen caer los hombres, pero sin duda resulta igual de preocupante. Según un estudio publicado recientemente por la revista especializada *Human Reproduction*, hay una gran tendencia entre los varones a usar calzoncillos demasiado ajustados, con lo que también existe un alto porcentaje de la población masculina con problemas de fertilidad. Según este estudio, los hombres que abusan de la ropa interior ajustada tienden a tener espermatozoides con bajos niveles de movimiento, es decir, un esperma poco sano.

Investigadores de las universidades de Sheffield y Manchester (Reino Unido) reclutaron a 2.240 hombres. Se estudió su estilo de vida a fondo y se compararon las respuestas de 939 hombres con bajo nivel de movilidad de espermatozoides con un grupo de 1.300 hombres sanos, para llegar a la conclusión de que la única diferencia del primer grupo era o bien el uso de ropa interior ajustada o que

habían sido sometidos a cirugía testicular. "Cuando la ropa interior es demasiado ceñida, los testículos están a la misma temperatura corporal y no a unos grados menos, que es la que se requiere para producir espermatozoides", detalla Allan Pacey, uno de los autores de la investigación. Además, recordó que "quienes quieran ser padres deben utilizar calzoncillos sueltos durante unos pocos meses (al menos tres meses antes de intentar concebir para que la calidad del semen sea óptima) y, por supuesto, preocuparse también de su salud, vigilar el peso, dejar de fumar y limitar el consumo de alcohol".

También en cuenta están los pijamas, escoger es fácil, pero siempre debe hacerse pensando en la actividad que se va a realizar. Los slips son perfectos para hacer algún deporte o alguna actividad que exija mucho tiempo de estar sentado porque se acomodan, dan un gran apoyo a la zona genital y, sobre todo, permanecen fijos en el mismo lugar. Pero para el día a día lo más recomendable es el boxer (entre el slip y el calzoncillo más tipo pantalón), que asegura también una buena sujeción, evita los problemas de salud de los slips y la falta de comodidad de uno demasiado suelto. Sea como sea, el 57 por ciento de los hombres sigue prefiriendo los slips para su día a día, el 38 por ciento prefiere los boxer firmes, y el 29 por ciento prefiere los boxer más holgados. Las tendencias aquí no se imponen, manda la comodidad. Aunque los dictados de la moda parecen indicar que es tiempo de boxer, los slips que se establecieron como tendencia dominante de la moda en los años sesenta van a seguir siendo la primera opción por mucho tiempo.

Y el material: El algodón. Resulta lo más higiénico y saludable y la menos agresivo para la piel, que en esta zona es especialmente sensible. Aquí es que suelen acortar los varones, mucho más que las mujeres. La doctora Alicia Pérez, miembro de la Unidad de Patología Vulvar de Salud de la Mujer Dexeus, recuerda que es un tema que no hay que tomar a la ligera. Resulta del todo imprescindible cuidar esta zona puesto que, sobre todo en el caso de las mujeres, "la patología ginecológica es muy variada y orgánica multitud de entidades, aunque muchas mujeres consultan por molestias de repeti-

150
12 DE FEBRERO DEL 2016

ción. Sobre todo se producen vaginitis causadas por hongos o determinadas bacterias, o dolor vulvar crónico (conocido como vulvodinia), que precisan un diagnóstico certero y un tratamiento multidisciplinar adecuado".

La ropa interior en estos casos es un elemento clave para conseguir una cura total. Por ello, desde la Unidad de Patología Vulvar de Salud de la Mujer Dexeus recomiendan a este tipo de pacientes con una sensibilidad especial y tendencia a las vulvovaginitis de repetición el uso de prendas íntimas de algodón, no ajustadas, sin encajes ni costuras. Y tan importante como el material es el diseño: "Se recomienda sobre todo que sean las braguitas clásicas, no tangas, porque resultan sobre todo mucho más higiénicas". También se les recomienda que no usen salvapipi (ni por supuesto jabones perfumados o con alcohol).

Pero con lo que realmente no aciertan las mujeres es con la talla del sujetador. El problema es de base: los sujetadores no sólo son un complemento para realzar el escote, sino que cumplen una función fundamental en la mujer: sujetar el pecho. El gran problema es que en muchas ocasiones esta prioridad no se adquiere sin tener en cuenta la salud, con lo que no se hace una buena elección. "Su utilización puede provocar rictos en la piel y el pezón, problemas de espalda o incluso provocar congestión mamaria por dificultar el drenaje venoso y linfático o, incluso, puede provocar que aparezcan zonas duras debidas a la cicatriz interna que provoca un ano que se cierra", explica el doctor Miguel Prats de Puig, especialista de la clínica Plamas, que recomienda elegir el sostén teniendo siempre en cuenta tanto la talla como la copa.

Prats de Puig explica que las cuestiones que toda mujer debe tener en cuenta a la hora de escoger un sujetador son: ¿el sujetador deja marcas en la piel? Si la respuesta es sí, es que es demasiado pequeño. ¿Cuándo levanta los brazos el sujetador sube? Si la respuesta es sí, es que es demasiado grande. Otras pistas para saber si vestimos un sujetador correcto es tener en cuenta si el cierre de la espalda se sabe, si parte del pecho sobresale, ▶

MIMAR LA SALUD INTERIOR

Texto: Margarita Puig

Usar un calzoncillo demasiado ajustado puede provocar incluso problemas de fertilidad. Llevar braguitas de encaje muy ajustadas en muchas ocasiones deriva en molestias vaginitis. Y realizar el pecho con sujetadores inadecuados se traduce en dolores de espalda con tendencia a la cronicidad

L'esport, un aliat de la salut de la dona

www.noticiestgn.cat

La pràctica regular de qualsevol tipus d'esport pot ser determinant a l'hora de conservar i garantir una bona salut en totes les etapes de la vida de les dones. Però, com s'ha de practicar l'esport en les diferents etapes de la vida? .

NOTICIASTGN.CAT

8tv **9 al dia**
AMB JOSEP CUNÍ

De dilluns a divendres, de 19 h a 22.30 h

Informatiu – 21 de gener del 2013

VÍDEOS | 21/01/2013 - 22:26h

EXCLUSIVA 9 al dia

7 al dia UNA ANALÍTICA PER DETECTAR LA SÍNDROME DE DOWN







El baby-boom del vestuario del Barça

El nacimiento de Milan, el hijo de Piqué y Shakira, pasa a engrosar la lista de bebés en las filas azulgrana.

Gente | 24.01/2013 - 15:57h



Piqué publica una foto de los pies de su hijo - El hijo recién nacido de la cantante Shakira y el futbolista azulgrana ya se comunica a través de internet

Barcelona (Redacción).- El nacimiento de Milan, el hijo neonato de Piqué y Shakira, ha ampliado la cantera de bebés en las filas azulgrana. Milan Piqué nació este pasado martes en la Clínica Teknon de Barcelona y pesó 3 kilos. El primer hijo de la pareja llega en medio de un baby boom que vive el vestuario del Barça. Y aún quedará algún que otro retoño más por venir al mundo. Por cierto, casi todos, por el momento, son niños.

Andrés Iniesta fue el primero en la plantilla del Barça que se estrenó como papá. Fue a principios de abril de 2011 y, pese a que el defensa siempre ha sido celoso de su intimidad, él mismo confirmó la noticia en sus cuentas de Facebook y Twitter: "Ha nacido nuestra niña Valeria, su mamá y ella están muy bien. ¡Ha sido maravilloso!", escribió emocionado. Esta es la primera hija de la pareja que forma con Anna Ortiz, con la que se casaría en julio de 2012. Precisamente en julio de ese año vino al mundo Nathan, el hijo del portero José Manuel Pinto y su pareja, Elena Gros. El bebé, que pesó al nacer 3.660 gramos y midió 53 centímetros, vino al mundo el pasado 22 de julio en el USP Instituto Universitario Dexeus de Barcelona.

Pero Pinto no iba a ser el único en 2012 en recibir felicitaciones por su recién estrenada paternidad en la plantilla del Barça. A principios de noviembre de 2012 el discreto Leo Messi confirmaba el nacimiento de su hijo Thiago a través de su Facebook con un: "Hoy soy el hombre más feliz del mundo y gracias a Dios por este regalo". Thiago, un pequeño bebé que culminaba su noviazgo con Antonella Rocuzzo, llegó al mundo también en el Hospital USP Dexeus de Barcelona.

La misma clínica que escogió ese mismo mes Victor Valdés para el nacimiento de su hijo Kai, que él anunció en Twitter. El guardameta del Barça y su esposa Yolanda ya tenían un niño de 3 años llamado Dylan.

El próximo azulgrana en ser padre será David Villa. El nacimiento del hijo del Guaje está previsto para febrero y se hará en la clínica Dexeus, por lo visto la favorita de los jugadores del Barça donde también han nacido los hijos de de Pinto, Valdés y Messi. Patricia, esposa del delantero, dará a luz al tercer hijo de la pareja, el primero que es varón.

Cesc Fàbregas también se convertirá en padre la próxima primavera. Ya ha criado a los dos hijos de su pareja, Daniela Semán, pero la niña que viene en camino será su primera hija biológica.

Cambios de casa

Algunos nuevos padres del vestuario azulgrana han decidido cambiar de casa para criar a sus hijos. Es el caso de Piqué y Messi que se han mudado a unas casas más grandes quizá para buscar más intimidad ahora que han formado una familia. Piqué y Shakira se han hecho construir una casa en Espiguas a la que la cantante colombiana no ha dejado de acudir para supervisarlos todo hasta el último momento. Por su lado, el argentino se trasladó hace algunos meses desde Castelldefels hasta el exclusivo barrio de Pedralbes, el mismo en el que hasta hace poco vivían los duques de Palma, y en el que es vecino de David Villa.



Última Hora > ricano ingresada en Miami da negativa NOBEL MEDICINA Moser, nobel d

ROTORA PROFESIONALES LA INVESTIGADORA CLARA MENÉNDEZ GANA EL PREMIO DE LA FUNDACIÓN DEXEUS SALUD DE LA MUJER

INVESTIGACIÓN

Bitar Twitter 0

La investigadora Clara Menéndez gana el premio de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer

La galardonada lidera diversos trabajos sobre la malaria en el embarazo, prevención de enfermedades de transmisión sexual y causas de mortalidad materno y neonatal en países en desarrollo en el Instituto de Salud Global de Barcelona y en el Centro de Investigación de Manhica en Mozambique

MADRID/EFE | VIERNES 25.01.2013

ENVIAR SIN COMENTARIOS ↓

La Fundación Dexeus Salud de la Mujer ha entregado este premio, destinado a una trayectoria remarkable en investigación en el campo de la salud ginecológica y reproductiva.

En esta ocasión, informa la Fundación, el galardón ha recaído sobre la profesora investigadora del Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal), Clara Menéndez, quien lidera diversos trabajos sobre salud materna y reproductiva en los países en desarrollo, especialmente en el África subsahariana.

La doctora Menéndez ha llevado a cabo estudios que van desde la fisiopatología y la definición del papel de la malaria placentaria en el origen del retraso de crecimiento del feto y la prematuridad, al desarrollo y la evaluación de nuevas herramientas de prevención en países endémicos.

Además de la malaria, también ha dirigido investigaciones sobre la carga de infección del virus del papiloma humano, y sobre la transmisión de madre a hijo de la infección por virus del VIH, así como sus causas de mortalidad materna y neonatal en países en vías de desarrollo.

Aunque la investigación es esencial para encontrar nuevos tratamientos y mejores herramientas de diagnóstico y prevención, la iniciativa de Salud Materna, Infantil y Reproductiva que la doctora Menéndez dirige en ISGlobal también trabaja para traducir el conocimiento obtenido a partir de la investigación en acción, ya sea a través de la formación, el análisis o la cooperación técnica.

Este enfoque puede contribuir a reducir la brecha entre conocimiento y acción.

Menéndez ya recibió en 2009 el Premio Príncipe de Asturias de la Cooperación Internacional, en representación del Centro de Investigación en Salud de Manhica en Mozambique, por su contribución en el campo de la salud internacional en la lucha contra la malaria. Es, además, consultora habitual de la Organización Mundial de la Salud en temas de salud materna y neonatal.

Medicina

Salud de la mujer

En el 75% de fallos de implantación embrionarios se encuentra el motivo

Una alteración cromosómica del óvulo o el espermatozoide puede dificultar conseguir el embarazo

VICTORIA GÓMEZ, AMBULATORIO

El fracaso de las técnicas de reproducción asistida es una realidad. No todas las parejas sometidas a fecundación in vitro consiguen su objetivo, a pesar de reunir las condiciones óptimas para lograr el embarazo. Ante esta situación, es necesario hacer un diagnóstico personalizado que lleve a una selección individualizada. Tras haber realizado tres transferencias embrionarias sin llegar a la gestación o tras haber transferido cuatro embriones de calidad sin llegar a conseguir embarazo, se habla de fallos de implantación. Es fundamental analizar los diferentes factores para determinar qué impide el embarazo y analizar, también, el tratamiento utilizado hasta el momento, ya que en el 75% de los pacientes se encuentra la causa que imposibilita la gestación. Todo ello permitirá realizar un correcto diagnóstico y aplicar así la técnica más adecuada para cada caso. "Ante esta realidad, hemos creado un área de conocimiento para el estudio de los fracasos repetidos de los tratamientos de reproducción asistida", apunta Buenaventura Coroleu, jefe del servicio de reproducción de Salud de la Mujer Dexeus.

Es bien sabido que a mayor edad de la mujer, más dificultades habrá para conseguir embarazo y, además, más probabilidades de que los embriones no implanten o de sufrir abortos de forma precoz. Todo ello se debe a la baja calidad de los óvulos. Además, también es posible que exista una alteración de los cromosomas del óvulo o de los espermatozoides. O incluso que no haya ninguna alteración genética de base, sino que se produzca en el momento de la fecundación. "Una alteración cromosómica de los embriones será una de las causas de la no implantación embrionaria", explica Coroleu.

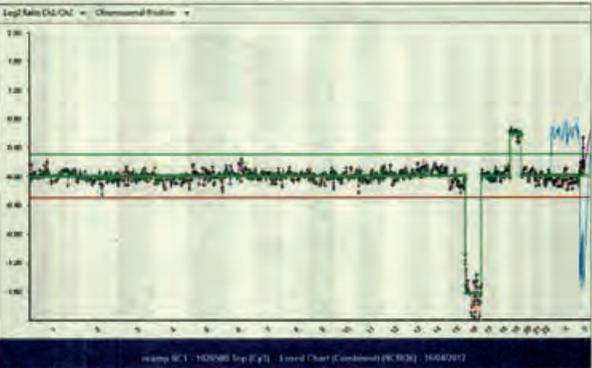
El diagnóstico preimplantacional, mediante técnicas que se conocen como la hibridación genómica comparada (CGH), permite un análisis completo de todos los cromosomas para comprobar si hay desequilibrios y así identificar los de mejor calidad. "No sólo valora el embrión de forma morfológica, sino que hace un análisis cromosómico de todos los embriones que nos permitirá seleccionar aquellos que tienen un mejor potencial de implantación. Es una técnica que puede resultar de gran utilidad cuando se sospecha que la causa del fracaso reproductivo es de alteración genética embrionaria o en mujeres de edad avanzada", asegura este especialista. Este método no sólo sirve para detectar el embrión con mejores condiciones de implantación, sino también para tener un diagnóstico. "Si a una pareja se le analizan 10 embriones y la práctica totalidad de ellos están alterados genéticamente, queda claro el porqué de la no implantación", añade.

Otra de las posibles causas de este fallo puede residir en el propio útero, que no está en condiciones de recibir al embrión transferido. Para diagnosticar este problema se estudian las paredes del útero con la técnica de la histeroscopia y biopsias endometriales para valorar la receptividad endometrial. Si se trata de problemas inflamatorios endometriales se puede proponer la realización de tratamientos específicos. Si la causa es por la mala preparación endometrial se modificará la "ventana de implantación" para mejorar las condiciones del útero y la preparación endometrial.

A nivel del factor inmunológico hay ciertos anticuerpos que genera la mujer que pueden afectar la vascularización del embrión. Esta condición, explica Coroleu, "influye en la correcta anidación del embrión en la mujer". A veces con tratamiento farmacológico con anticoagulantes puede mejorar la irrigación embrionaria. Se sospecha que el 20% de los fallos de implantación por causas desconocidas son por origen inmunológico.

El correcto desarrollo de los embriones es clave en el ciclo de Fecundación In Vitro. Una de las tecnologías más avanzadas en condiciones de cultivo y monitorización de los embriones es el Embryoscope, un novedoso sistema de cultivo cerrado donde los embriones están en un ambiente permanente de oscuridad, a una temperatura de 37 grados y una concentración de gases adecuada. Tal y como comenta Coroleu, "es muy útil para embriones que tienen mayor fragilidad, el cuidado mismo de los embriones y su correcta selección incrementará su potencial de implantación". Esto es posible porque este novedoso sistema crea imágenes de todas las divisiones embrionarias de manera que se pueden identificar los embriones de mejor calidad sin necesidad de retirarlos de la incubadora.

Si se realiza un diagnóstico adecuado de las causas que han motivado los diferentes fracasos se incrementarán las probabilidades de éxito en los próximos tratamientos. Aún así queda mucho camino por recorrer y mejorar, ya que aproximadamente un 15% de pacientes quedan sin diagnosticar. "Todavía queda mucho por investigar, pero no quiere decir que estas mujeres no podrán ser madres, existen otras alternativas como la donación de óvulos", concluye.



Análisis mediante CGH que muestra una anomalía debida a pérdida del cromosoma 16 y ganancia del cromosoma 19.

TE CUIDAMOS EN TODAS LAS ETAPAS DE TU VIDA

Salud de la Mujer Dexeus

Obstetricia, Ginecología y Medicina de la Reproducción.

91 887 41 81

Salud de la Mujer Dexeus



Dr. Alberto Rodríguez Melcón
GINECOLOGÍA

¿La epidural provoca algún problema?

Estoy embarazada de cinco meses y soy primeriza. Me han hablado de la anestesia epidural y querría saber de cuántos centímetros tiene que ser la dilatación para ponerla y qué contraindicaciones tiene.

● Mariola Torralba. Málaga

La anestesia epidural debe administrarse cuando la paciente lo pida, incluso en etapas tempranas del parto, pues no alarga la duración del periodo de dilatación. Por tanto, no es necesario un mínimo de centímetros para su administración. Cuando existen infecciones activas o se tienen problemas de la coagulación sanguínea no está recomendado su uso. Tapoco lo está con determinadas enfermedades del sistema nervioso o cuando existen determinados tumores, pero esos casos son raros.

elsmatins

19/02/2013 20:18

La importancia de l'autoexploració i de les revisions ginecològiques. I com prevenir el càncer de mama.

CONSULTORI "ELS MATINS"

Una de cada nou dones té càncer de mama

Salud y Medicina

el Periódico

DOMINGOS 11

08 DE FEBRERO DEL 2013

SALUD DE LA MUJER

Un estilo de vida saludable, la mejor protección frente al cáncer ginecológico

El 80% de los tumores de endometrio se dan en mujeres con obesidad o sobrepeso

OPINIÓN

ANTONIO JIMÉNEZ
Especialista en Ginecología y Obstetricia

El día de la marmota

Seguira que todos recordáramos la comedia "Atrapado en el tiempo" donde el actor Bill Murray es un periodista que cada día al despertarse revive el mismo día, sucesivamente...

En relación con nuestra sanidad podemos contar atrapados en un debate actual y reiterado sobre sus numerosos problemas, pero sin encontrar un enfoque común donde empezar a salir de este bucle cíclico. Parecen existir algunos puntos consensuados, aunque otros siguen siendo diferentes...

La necesidad de revisión del modelo para vivimos más y necesitamos más atención. Las dificultades de financiación, la importancia de las nuevas tecnologías en la sanidad, la necesidad de "compartir" la información entre todos los sectores implicados (pacientes, profesionales, usuarios en general) teniendo en cuenta la movilidad de los recursos y los ciudadanos. A pesar de estar acostumbrados a aceptar el Consejo Interterritorial por ser un foro de referencia para trabajar en conjunto...

Por ejemplo, la teleasistencia y los modelos de telemedicina pueden ser una fuente de ahorro y de eficiencia en los modelos sanitarios del siglo XXI. En España existen muchos proyectos independientes de telemedicina con diferentes enfoques, que se están llevando a cabo en la diferentes CCAs sin coordinación entre ellos. Algunos ejemplos son: proyecto RECA (red de atención en Castilla-La Mancha), proyecto TELE-ICUTS (Baleares y algunos hospitales de Barcelona), proyecto ABCASIS (Generalitat Valenciana), proyecto DREAMS (Servicio Canario de la Salud), proyecto IANIS (Servicio Gallego de la Salud), Proyecto VISOR CLÍNICO Y CCA (Castellón), entre otros muchos.

En resumen, como se puede ver, los proyectos no serán. Tampoco por la falta de voluntad de comprender que al mejorar los sistemas de información y gestión de datos en los usuarios. De nuevo solicito a la Administración un enfoque pragmático, una legislación sólida y estable y el compromiso de gobernar en modo de sistemas compartidos con fines que pueda servir a todos. Lo de verdad es la profesionalidad o original del proyecto. Lo importante es su aplicación efectiva en la mejor eficiencia y sostenibilidad del sistema.

I.C.T.

La combinación de alimentación equilibrada y ejercicio regular es la mejor medicina para prevenir la mayoría de patologías asociadas a estilos de vida poco saludables. Es el caso de los tumores ginecológicos. Si bien el cáncer de cuello uterino tiene una clara relación con el virus del papilo humano (VPH), todavía se sabe poco de los factores causantes de los tumores de ovario y endometrio. Sin embargo, se ha demostrado que más del 80% de estos cánceres se desarrollan en mujeres con obesidad o sobrepeso. En concreto, el cáncer endometrial es dos veces más común en mujeres con sobrepeso y tres veces más en las obesas. Y el riesgo se eleva a medida que el exceso de peso aumenta.

La producción de estrógenos es la principal característica hormonal de la mujer. Estos se fabrican en los ovarios y se almacenan en el tejido graso. El exceso de los mismos de endometrio están relacionados con el hiperestrrogenismo. Los especialistas insisten que llevar un estilo de vida saludable es la clave de la prevención primaria, es decir, de las actuaciones para evitar que el cáncer llegue a desarrollarse. Aunque es cierto que hay un porcentaje de mujeres que, a pesar de llevar una vida saludable, acaban desarrollando un cáncer ginecológico, estos casos responderían a un componente hereditario y sólo representarían entre un 5 y un 10% del total. Se necesitan estudios de asociación de cáncer de mama ovario hereditario (mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2) y el síndrome de Lynch que, además de conferirles un mayor riesgo de cáncer de colon, tienen hasta un 60% de probabilidades de acabar desarrollando un tumor endometrial u ovario si lo largo de su vida. "En estos casos se lleva un control muy riguroso para que, ante la mínima señal, se pueda actuar para detener el desarrollo tumoral", explica María Casado, jefa de la unidad de ginecología oncológica de Salud de la Dona Dexeus.

Con cada ovulación se crean pequeñas lesiones que, a lo largo, pueden suponer un riesgo de cáncer, tanto a nivel del ovario como del endometrio. Diversos estudios científicos han demostrado que el uso de la píldora (o el anillo contraceptivo) al inhibir la ovulación, genera protección frente al cáncer de ovario y endometrio. Se ha comprobado que la protección es mayor durante el tratamiento e incluso 10 años después. En este sentido, Casado

La vacuna del VPH ha demostrado su eficacia en mujeres de hasta 45 años

pondría que "no es cierto que tomar anticonceptivos durante mucho tiempo sea útil y la necesidad de descansar es un mito. De hecho, cuanto más años se utilize la píldora o el anillo, más protección se crea". De la misma forma, el endometrio al interrumpir la ovulación, genera cierta protección porque disminuye la posibilidad de que se produzcan algunos trastornos en el revestimiento interno.

Por lo general, los especialistas, los anticonceptivos de larga duración se aceptan como un arma de doble filo. "La gente tiende a no utilizar barreras de protección sexual si toma anticonceptivos y por tanto, se genera un mayor riesgo de adquirir VPH", alerta Olga Salas, jefa de la unidad de patología cervical del mismo centro. Por ella, añade Casado, "en las jóvenes recomendamos, incluso, una protección doble si no tienen pareja estable. Es decir, que además de tomar la píldora utilicen preservativos en sus relaciones". La presencia del virus papiloma es un marcador muy importante de los lesiones precancerosas. Una cuarta parte de las mujeres entre 25 y 30 años tiene el virus. Pero de los 150 tipos de papiloma humano, sólo algunos son cancerígenos. Además, en más del 90% de los casos el virus se va y no vuelve. Sin embargo, una pequeña parte de estas mujeres no lo eliminan y esta infección persistente acabará produciendo lesiones precancerosas y eventualmente cáncer. El primer endometrio u ovario si lo largo de su vida. "En estos casos se lleva un control muy riguroso para que, ante la mínima señal, se pueda actuar para detener el desarrollo tumoral", explica María Casado, jefa de la unidad de ginecología oncológica de Salud de la Dona Dexeus.

Con cada ovulación se crean pequeñas lesiones que, a lo largo, pueden suponer un riesgo de cáncer, tanto a nivel del ovario como del endometrio. Diversos estudios científicos han demostrado que el uso de la píldora (o el anillo contraceptivo) al inhibir la ovulación, genera protección frente al cáncer de ovario y endometrio. Se ha comprobado que la protección es mayor durante el tratamiento e incluso 10 años después. En este sentido, Casado

TE GUARDAMOS EN TODAS LAS ETAPAS DE TU VIDA

Dexeus



Congelar la maternitat

EQUIP DE REPORTERS, EQUIP DE REPORTERS, VÍDEOS | 24/02/2013 - 22:00h | Última actualizació: 4/09/2014 -

9:37h



CENTRO DE SALUD

GINECOLOGÍA

Así afectan a tu salud de hoy los hábitos y trastornos de ayer

¿Sabes a qué edad le llegó la menopausia a tu madre? ¿Tú fuiste de las que tuvo los hijos muy joven? ¿Fumaste durante mucho tiempo aunque ahora lo has dejado? Todo lo que has vivido años atrás puede afectar a tu salud de ahora y saberlo te ayudará a cuidarte





DRA. ALICIA UBEDA
Jefe del servicio de Ginecología de Salud de la Mujer Dexeus BARCELONA

La medicina ha avanzado mucho en las últimas décadas, y si bien no podemos aún aventurarnos a predecir el historial médico de una mujer cuando nace, se ha demostrado que hay hábitos de vida y una cierta predisposición genética que influyen en su futuro. Además, las enfermedades o el modo en cómo se han vivido ciertas etapas de la vida (primera regla, embarazo...) también dan pistas de cómo será la salud de cada mujer.

SI DISTE EL PECHO...
El embarazo y la lactancia materna tienen un denominador común: protegen a la mujer frente al cáncer. Y es que todo proceso que implique pausar de forma temporal el funcionamiento natural de los ovarios actúa como protector. Por ello, hoy en día los expertos no dudan en afirmar que la lactancia es una buena prevención frente al cáncer de mama. Si no has dado el pecho o no has tenido hijos ten en cuenta que unos hábitos de vida saludables también te protegen frente a cualquier tipo de tumor.

SI ERES MUY DELGADA, FUMADORA Y SEDENTARIA....
Tienes mayor riesgo de sufrir una menopausia temprana. Y cuando llega antes de los 45 años los efectos de la falta de estrógenos en la salud de la mujer son más graves porque está expuesta a ellos durante mucho

FALSO MITO

La primera regla y la menopausia

- **A diferencia** de lo que pudiera parecer, la edad de la menarquía (la primera menstruación) no condiciona la llegada más temprana o más tardía de la menopausia.
- **Para poder** hacer cálculos sobre la edad aproximada de llegada de la menopausia hay que tener en cuenta los años que tenía tu madre cuando entró en esta etapa de su vida.
- **Ser consciente** de los cambios que afectan al cuerpo y de lo necesario de cuidarte es la mejor manera de afrontar la menopausia, una etapa más de la que también hay que disfrutar.

50 **SABERVIVIR**

GRAZIA CULTURA

MÚSICA

Beach House, el dúo que te envuelve



ESTOS CHICOS DE BALTIMORE visitan España a menudo, y cada concierto es un regalo. Lo es por su música, personalísima y delicada. Por su aspecto, siempre cool y saludable. Por el subidón contenido de su neopsicodelia y porque con ellos no hacen falta sustancias. Si a eso se añade que Alex Scally y Victoria Legrand (hija del compositor francés Michel Legrand) disfrutan como enanos sobre el escenario (aunque el código *indie* les obliga a no sonreír), sus directos son más que obligados, y cada vez mejores.

Bloom, cuarto disco. Lanzan un álbum cada dos años desde aquel primer título homónimo de 2006. Su trayectoria ha ido en clara ascensión, y con el último trabajo vuelven a demostrar que son un prodigio

de la atmósfera, la instrumentación y las canciones bonitas. No faltan los teclados perdidos, las guitarras ensufadoras y esos coros difuminados que son su seña de identidad.

Gira europea. Este año empiezan su gira europea en Italia, el día 9. En España tienen cuatro fechas, con entradas ya agotadas para el primer concierto en Barcelona.

Un corto en el desierto. Se llama *Forever Still*, dura 26 minutos, tiene cuatro temas, lo presentaron en febrero y está rodado en el desierto de Texas, muy cerca del estudio donde grabaron *Bloom*. El corto refleja el transcurso de una noche, desde el amanecer hasta el amanecer. Muy recomendable.

Beach House actuarán los días 13 y 14 en Barcelona (pala Agusti) y el 15 en Madrid (La Riviera) y el 17 en Avilés (Centro Niemeyer). www.beachhouseatlantico.com

LIBROS

DOLOR DE GÉNERO
Amar robado (Galaxia Gutenberg)
Activa feminista italiana conocida por sus novelas y su teatro, Decia Maraini publica ocho relatos protagonizados por mujeres maltratadas.

LECCIÓN INFANTIL
La tropa del arco iris (Temas de Hoy)
Es un canto a los sueños infantiles, a la escuela, las ilusiones y el primer amor. El indonesio Andrea Hirata ha conseguido cinco millones de lectores con su relato.

POR PRINCIPIOS
Los pájaros de Auschwitz (Salamanca)
"Observaciones sobre la fauna ornitológica de Auschwitz" es el título del ensayo de la II Guerra Mundial en el que se basa esta novela sobre la realidad.

8 DE MARZO

LA SALUD DE LA MUJER

Organizada por la Fundación Dexeus en el Museo Marítim de Barcelona, y con motivo del Día Internacional de la Mujer, la exposición *Ser Mujer. Hoy* aborda la salud de las féminas en el sentido más amplio. Desde los cambios biológicos a las innovaciones que han contribuido a la asunción de nuevos retos personales y sociales. Más información: fundaciondexeus.org



«MI PERSONAJE ES TAN ICÓNICO, QUE ME DABA MIEDO HACERLO». MILA KUNIS ES THEODORA EN «OZ, UN MUNDO DE FANTASÍA».



social.cat

ACTUALITAT | REPORTATGE | ENTREVISTA | OPINIÓ

ACTUALITAT anterior | següent >

Les dones d'avui dia, en exposició

'Ser dona. Avui.' podrà visitar-se fins l'1 de setembre i s'inaugura coincidint amb el Dia Internacional de la Dona Treballadora

Dones Dimecres, 6 de març de 2013, a les 16:00 h. ★★★★★ (2 vots)

Quins canvis es van produir en la vida d'una dona? Quina posició social tenen les dones d'avui dia? De quina forma les innovacions científiques i mèdiques han contribuït a l'assumpció per part de la dona dels nous reptes personals i els nous rols socials? **'Ser Dona. Avui!'** és una exposició que pretén donar resposta a totes aquestes qüestions a la vegada que també pretén exhibir algunes claus per comprendre's millor, per cuidar-se i per prendre decisions. La Fundació Dexeus Salut de la Dona en col·laboració amb el Museu Marítim de Barcelona, la Diptació de Barcelona, l'Ajuntament de Barcelona i el Port de Barcelona han organitzat aquesta exposició que romandrà oberta des del 8 de març (Dia Internacional de la Dona Treballadora) fins l'1 de setembre d'enguany.

Per què una exposició sobre la dona? Des de la Fundació Dexeus Salut de la Dona asseguren que poden donar "més de 4.000.000.000 de motius per promoure una exposició sobre la dona; tants com dones hi ha al món actualment. Perquè cadascuna d'elles amaga una història única que mereix ser explicada com a prova de la seva capacitat d'adaptació als canvis i d'assumpció de reptes més que destacables."



'Ser Dona. Avui!' és un homenatge a totes les dones a través d'un compendi de realitats exposades de viva veu per testimonis de dones reals. Una exposició en què les dones reflexionen sobre els canvis socials i sobre com les noves possibilitats científico-mèdiques els obren noves oportunitats.

Aquesta exposició planteja algunes de les preguntes que sempre ens hem fet sobre la dona i la seva salut, i moltes de les respostes que al llarg dels anys hem aconseguit obtenir. Avui, la dona continua essent la nostra raó de ser i tenir cura de la seva salut en totes les facetes de la seva vida, el nostre objectiu.

L'exposició 'Ser Dona. Avui!' és la nostra gran aposta per la socialització de la ciència, la nostra aposta pel coneixement compartit i l'accés a la informació. És un plaer per a nosaltres invitar-vos a compartir aquest viatge de la vida i la salut de la dona. Avui.

Entrar

Tweet 4

Etiquetes: [dexeus](#) [exposició](#) [museu marítim](#) [ser dona](#) [avui!](#)



Con motivo del Día Internacional de la Mujer, el Grupo Hospitalario Quirón ha reunido a un grupo de especialistas, de su red de 45 centros sanitarios, para analizar la evolución de la sociedad, los avances en medicina y su repercusión en la salud femenina.

Hábitos poco saludables

La esperanza de vida de la mujer sigue siendo superior a la del hombre, pero la distancia se acorta cada vez más. El responsable es el **estilo de vida**: el tabaco, el sedentarismo y los cambios en la alimentación no ayudan a combatir problemas de salud. Al contrario, los promueven. Las mujeres se han igualado a los hombres en enfermedades causadas por factores ambientales: trastornos cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y algunos tipos de cáncer.



NORIA ESCUR
Barcelona
Cada vez cuesta más adelantar la edad de una mujer. Y la culpa no la tiene sólo el ácido hialurónico. Los cambios sociales, laborales y científicos experimentados en los últimos 25 años han logrado que la frontera entre las décadas de la vida de una mujer quede definitivamente difuminada. De ahí que, hoy por hoy, haya mujeres con 50 o 60 años que vivan experiencias cronológicamente más propias de los 40 o 50.

ANNA VEIGA
"Nos llegan más mujeres maduras que quieren ser madres y lo son con garantías"

MONTE MANGUENS
"La mujer trabajadora lleva con más rigor sus controles, luego envejece mejor"

...frente a la adolescencia, de la plenitud al envejecimiento activo, gráficos y datos sobre todas las variables -sexualidad, familia, trabajo o educación- se confundían en un espacio bautizado como Jardín de la pluralidad. "Un mundo de divulgar y evitar riesgos", explica el doctor Pere Barré, del departamento de Obstetricia y Reproducción y presidente de la Fundación Dexeus.

Para la doctora Anna Veiga, directora de I+D+i de la Biología del Servicio de Reproducción de la Fundación Dexeus, fue el hecho más determinante en la vida de una mujer. "Tenemos libertad reproductiva. Esas, sin duda, el cambio mayor. A consultarnos llegan perfil de mejor madre que quiere llevar adelante un embarazo. Y que, aunque algunos consideren que se acerca a la menopausia, puede hacerlo con garantías".

Planificada como un homenaje a todas las mujeres, en un día histórico, para la doctora Anna Veiga, directora de I+D+i de la Biología del Servicio de Reproducción de la Fundación Dexeus, fue el hecho más determinante en la vida de una mujer. "Tenemos libertad reproductiva. Esas, sin duda, el cambio mayor. A consultarnos llegan perfil de mejor madre que quiere llevar adelante un embarazo. Y que, aunque algunos consideren que se acerca a la menopausia, puede hacerlo con garantías".

Planificada como un homenaje a todas las mujeres, en un día histórico, para la doctora Anna Veiga, directora de I+D+i de la Biología del Servicio de Reproducción de la Fundación Dexeus, fue el hecho más determinante en la vida de una mujer. "Tenemos libertad reproductiva. Esas, sin duda, el cambio mayor. A consultarnos llegan perfil de mejor madre que quiere llevar adelante un embarazo. Y que, aunque algunos consideren que se acerca a la menopausia, puede hacerlo con garantías".

Planificada como un homenaje a todas las mujeres, en un día histórico, para la doctora Anna Veiga, directora de I+D+i de la Biología del Servicio de Reproducción de la Fundación Dexeus, fue el hecho más determinante en la vida de una mujer. "Tenemos libertad reproductiva. Esas, sin duda, el cambio mayor. A consultarnos llegan perfil de mejor madre que quiere llevar adelante un embarazo. Y que, aunque algunos consideren que se acerca a la menopausia, puede hacerlo con garantías".

Planificada como un homenaje a todas las mujeres, en un día histórico, para la doctora Anna Veiga, directora de I+D+i de la Biología del Servicio de Reproducción de la Fundación Dexeus, fue el hecho más determinante en la vida de una mujer. "Tenemos libertad reproductiva. Esas, sin duda, el cambio mayor. A consultarnos llegan perfil de mejor madre que quiere llevar adelante un embarazo. Y que, aunque algunos consideren que se acerca a la menopausia, puede hacerlo con garantías".

Planificada como un homenaje a todas las mujeres, en un día histórico, para la doctora Anna Veiga, directora de I+D+i de la Biología del Servicio de Reproducción de la Fundación Dexeus, fue el hecho más determinante en la vida de una mujer. "Tenemos libertad reproductiva. Esas, sin duda, el cambio mayor. A consultarnos llegan perfil de mejor madre que quiere llevar adelante un embarazo. Y que, aunque algunos consideren que se acerca a la menopausia, puede hacerlo con garantías".



El doctor Pedro N. Barri, con Xavier Trias y Salvador Esteve ayer en la exposición

El fotógrafo Joan Fontcuberta recibe el Premio Internacional Hasselblad

La Razón

BARCELONA (El fotógrafo Joan Fontcuberta ganó ayer el Premio Internacional de Fotografía Hasselblad, uno de los más importantes del mundo, dotado con un millón de coronas suecas, unos 110.000 euros, con lo que se convierte en el primer fotógrafo español que recibe el galardón. El director de la Fundación Hasselblad, Bo Malmsten, destacó la trayectoria profesional de Fontcuberta, a quien calificó como «uno de los fotógrafos más importantes con más inventiva, con más de treinta años de trabajo constante, con una obra original, con la que «no ha dejado de investigar y experimentar el medio fotográfico».

«En una noche» El galardonado dijo sentirse «en una noche», al ir a una fiesta de gala donde se encuentran muchos como Carley Enevlev o Ilse van de Ven. «Es un gran honor», dijo, «al mismo tiempo una responsabilidad, porque tengo muchas expectativas sobre el futuro de la fotografía, quiero añadir que «cabe estar a la altura». El fotógrafo dijo que al recibir la primera llamada presidente de la asociación también en contestar porque pensaba que sería un gobierno de izquierda con el que quería preparar una nueva exposición en su ciudad y que iba a reclamarle imágenes.



El fotógrafo Joan Fontcuberta recibió ayer el galardón

La Fundación Dexeus convierte a las Drassanes en un templo de la mujer

Una exposición ilustra el papel del género femenino en la sociedad actual

Carlos Sala

BARCELONA. Existe un lugar de culto para convertir una exposición dedicada a la mujer, a una actividad que ilustra el papel del género femenino en la sociedad actual. En realidad, hay tantas mujeres como mujeres hay en el mundo, porque cada una representa una forma única de ser, de vivir y de relacionarse con el mundo. Pero hoy ninguna más importante que otra. Al menos eso piensa el doctor Pedro N. Barri, presidente de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer, que ayer presentó en el Museo Marítimo de las Drassanes una gran exposición de arte de la mujer.

La sociedad civil catalana se volvió en plenas en su gran imagen.

UN VIAJE APASIONANTE La muestra cuenta con medio centenar de testimonios reales sobre lo que es ser mujer hoy

La muestra cuenta con medio centenar de testimonios reales sobre lo que es ser mujer hoy

actor Santi Millán. Tras una plática de bienvenida de parte de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer, el doctor Pedro N. Barri, presidente de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer, y el doctor Salvador Esteve, director del Hospital de Ginecología y Obstetricia de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer, presentaron la muestra.

«Desde la sexualidad a la familia, de la educación y el mundo laboral a la maternidad, la exposición recoge los aspectos posibles que conforman a la mujer contemporánea. Fotografías, ilustraciones, entrevistas, testimonios y paneles informativos son la base de un recorrido que logra capturar el espíritu de la exposición feminista. «Queremos resaltar las mujeres que han mantenido al lado a las mujeres de la información», dijo Barri.

«CUANDO: Visitas de exploración - DONDE: Museo Marítimo de Barcelona, Bar de las Drassanes, Tel. 93 342 98 20

Más de 18 años de dedicación absoluta al universo femenino

La Fundación Dexeus Salud de la Mujer es una organización dedicada desde hace 18 años en la investigación, la docencia y la labor social en el ámbito de la salud de las mujeres. Sus ámbitos de actividad son múltiples.

CIENCIA Regulación endocrina, genética y de investigación, con el objetivo de generar conocimiento y ponerlo a disposición de las profesionales y de la sociedad en general.

DOCENCIA Desde sus tres principales apartados de actividad, la Fundación organiza actividades y cursos en la universidad, tanto para la formación continuada de especialistas como para la formación de nuevos médicos especialistas.

INVESTIGACIÓN Y ACCIÓN SOCIAL La Fundación realiza acciones de responsabilidad social para el público en general, como esta exposición, pero además promueve ayudas económicas a la investigación a través de becas y becas.



XI edición «Concierto in Memoriam» La sociedad española se vuelca con las víctimas en el Auditorio Nacional

El Auditorio Nacional de Música acogió ayer la XI edición del «Concierto in Memoriam», organizado por la Fundación Víctimas del Terrorismo. El homenaje contó, una vez más, con el apoyo de la Casa Real, representada por los Príncipes de Asturias. En la imagen, de izquierda a derecha, Leopoldo González Echenique, Jorge Fernández Díaz, Soraya Sáenz de Santamaría, Jesús Posada, los Príncipes de Asturias, Mari Mar Blanes, José Ignacio Wert y Ana Botella. Precisamente ayer, Jorge Fernández defendió en el Senado la «doctrina Paro» para hacer frente a terroristas, asesinos en serie y violadores.



Inauguración de la exposición «Ser mujer. Hoy en Barcelona» Homenaje a la mujer de la Fundación Dexeus

El Museo Marítimo de Barcelona acoge desde hoy, Día Internacional de la Mujer, el proyecto de comunicación más ambicioso de la Fundación Dexeus, la exposición «Ser mujer. Hoy en Barcelona», un homenaje a todas las mujeres que se articula a través de un compendio de testimonios reales de mujeres contados en primera persona. La muestra ha sido definida por el presidente de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer, Pedro N. Barri, como «una gran apuesta por la socialización de la ciencia, el conocimiento compartido y el acceso a la información». En la imagen, de izquierda a derecha, Pedro N. Barri, Salvador Esteve, y Xavier Trias.



Noticias agencias

Muestran la evolución de la mujer en los últimos 25 años en Barcelona

07-03-2013 / 20:30 h EFE

La exposición 'Ser mujer. Hoy', de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer, mostrará en el Museo Marítimo de Barcelona a partir de mañana y hasta septiembre la evolución de la mujer en los últimos 25 años, desde el punto de vista fisiológico, social y científico.

El Día Internacional de la Mujer ha sido la fecha escogida para que esta exposición divulgativa, en la que las mujeres reflexionan sobre los cambios sociales y las nuevas posibilidades médicas que les abren nuevas oportunidades, desembarque en Barcelona, un año después de estrenarse en Madrid y después de pasar por Tarragona.

El alcalde de Barcelona, Xavier Trias, que ha inaugurado oficialmente esta tarde la muestra ha destacado el papel de Salud de la Mujer Dexeus como "centro catalán de referencia y prestigio en el sector médico de marco mundial".

En el acto, el doctor Pere N. Barrí, el presidente de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer, ha explicado que la exposición es "una gran apuesta por la socialización de la ciencia, nuestra apuesta por el conocimiento compartido y el acceso a la información".

Es también, ha indicado, "un homenaje a todas las mujeres, a través de un compendio de realidades expuestas de viva voz por testigos de mujeres reales".



MedicinaTV » Noticias » Los embarazos en mujeres de más de 40 años aumentan un 62% en los últimos 10 años

Por Textos Por enfermedad



07/03/2013

Los embarazos en mujeres de más de 40 años aumentan un 62% en los últimos 10 años

8+1 0 Entrar

Twitter 2

La progresiva incorporación de la mujer al ámbito laboral ha sido uno de los motivos del retraso en la edad de la maternidad, hasta el punto de que los embarazos en mujeres de más de 40 años han aumentado un 62,3 por ciento en los últimos diez años.

Así lo ha aseverado la doctora Alicia Úbeda, del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Quirón Dexeus de Barcelona, durante un encuentro organizado por el Grupo Hospitalario Quirón con motivo del Día Internacional de la Mujer que se celebra este viernes, 8 de marzo.

Esta experta ha explicado que en los últimos años también se ha ampliado la horquilla de edad en la que se considera joven a una mujer pero, pese a ello, al organismo "le siguen pesando igual los años".

"La frase 30 años por fuera, 40 por dentro hay que sopesarla bien y tomar precauciones, porque el embarazo a estas edades implica mayores riesgos y las técnicas de reproducción asistida no revierten el reloj biológico", ha destacado.

En cambio, el doctor José Luis Prieto, del Hospital Quirón San José de Madrid, ha apuntado que el retraso en la edad de la maternidad también puede aportar beneficios para la madre y el bebé en algunos aspectos.

"Suelen ser bebés más deseados, por lo que la relación es más fuerte y hay un menor índice de depresión postparto. Y las mujeres que han sido madres más mayores suelen envejecer más lentamente y viven más años", ha defendido.

Por otro lado, el doctor Pablo Asensio, del Departamento de Medicina Interna del Hospital Quirón A Coruña, ha destacado como los cambios experimentados por la mujer en las cuatro últimas décadas "han incidido en la calidad de su envejecimiento, equiparándolo al del hombre".

Esto se debe "especialmente" a la adquisición de hábitos de vida poco saludables, como el tabaco, el sedentarismo y los cambios en la alimentación.

La mujer se iguala al hombre en algunas enfermedades

"Esto ha hecho que la mujer se haya igualado al hombre en algunas enfermedades determinadas por factores ambientales, como las cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer", ha destacado.

En el caso del tabaco, el doctor Dick Pasker, del área de Neumología del Hospital Quirón de Torrevieja (Alicante), ha recordado que "ya hay 23 millones de mujeres adultas fumadoras y un millón y medio de adolescentes que están iniciándose en este hábito".

"La introducción en el mercado de los cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán ha sido un acierto publicitario, pero un factor muy negativo para las mujeres, ya que muchas de ellas hubieran dejado de fumar, pero optaron por el tabaco 'light' en la creencia de que afectaría menos a su salud", ha dicho.

Por su parte, la doctora Jinoé Zulueta, del área de Ginecología y Unidad de Mama del Hospital Quirón Bizkaia, ha destacado como en los últimos años ha destacado la importancia de las revisiones ginecológicas y la concienciación de las mujeres de la necesidad de actuar preventivamente o buscando diagnósticos precoces, como en el caso de las mamografías de 'screening' programadas.

elEconomista.es

Madrid

Seguro: Póliza de Responsabilidad Civil de "información pública"

Periodo: Noticias y Opiniones | Temas | Eventos | Tecnología | Salud | Gestión | Actuales

Los embarazos en mujeres de más de 40 años aumentan un 62% en los últimos 10 años

La progresiva incorporación de la mujer al ámbito laboral ha sido uno de los motivos del retraso en la edad de la maternidad, hasta el punto de que los embarazos en mujeres de más de 40 años han aumentado un 62,3 por ciento en los últimos diez años. MADRID, 7 (EUROPA PRESS)

Así lo ha aseverado la doctora Alicia Úbeda, del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Quirón Dexeus de Barcelona, durante un encuentro organizado por el Grupo Hospitalario Quirón con motivo del Día Internacional de la Mujer que se celebra este viernes, 8 de marzo.

Esta experta ha explicado que en los últimos años también se ha ampliado la horquilla de edad en la que se considera joven a una mujer pero, pese a ello, al organismo "le siguen pesando igual los años".

"La frase 30 años por fuera, 40 por dentro hay que sopesarla bien y tomar precauciones, porque el embarazo a estas edades implica mayores riesgos y las técnicas de reproducción asistida no revierten el reloj biológico", ha destacado.

En cambio, el doctor José Luis Prieto, del Hospital Quirón San José de Madrid, ha apuntado que el retraso en la edad de la maternidad también puede aportar beneficios para la madre y el bebé en algunos aspectos.

"Suelen ser bebés más deseados, por lo que la relación es más fuerte y hay un menor índice de depresión postparto. Y las mujeres que han sido madres más mayores suelen envejecer más lentamente y viven más años", ha defendido.

Por otro lado, el doctor Pablo Asensio, del Departamento de Medicina Interna del Hospital Quirón A Coruña, ha destacado como los cambios experimentados por la mujer en las cuatro últimas décadas "han incidido en la calidad de su envejecimiento, equiparándolo al del hombre".

Esto se debe "especialmente" a la adquisición de hábitos de vida poco saludables, como el tabaco, el sedentarismo y los cambios en la alimentación.

LA MUJER SE IGUALA AL HOMBRE EN ALGUNAS ENFERMEDADES

"Esto ha hecho que la mujer se haya igualado al hombre en algunas enfermedades determinadas por factores ambientales, como las cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer", ha destacado.

En el caso del tabaco, el doctor Dick Pasker, del área de Neumología del Hospital Quirón de Torrevieja (Alicante), ha recordado que "ya hay 23 millones de mujeres adultas fumadoras y un millón y medio de adolescentes que están iniciándose en este hábito".

"La introducción en el mercado de los cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán ha sido un acierto publicitario, pero un factor muy negativo para las mujeres, ya que muchas de ellas hubieran dejado de fumar, pero optaron por el tabaco 'light' en la creencia de que afectaría menos a su salud", ha dicho.

Por su parte, la doctora Jineo Zulueta, del área de Ginecología y Unidad de Mama del Hospital Quirón Bizkaia, ha destacado como en los últimos años ha destacado la importancia de las revisiones ginecológicas y la concienciación de las mujeres de la necesidad de actuar preventivamente o buscando diagnósticos precoces, como en el caso de las mamografías de 'screening' programadas.

lainformacion.com



MADRID 2020

Los embarazos en mujeres de más de 40 años aumentan un 62% en los últimos 10 años

7/03/2013 17:20

La progresiva incorporación de la mujer al ámbito laboral ha sido uno de los motivos del retraso en la edad de la maternidad, hasta el punto de que los embarazos en mujeres de más de 40 años han aumentado un 62,3 por ciento en los últimos diez años.

ELSEMANALDIGITAL.COM PERIÓDICO PERMANENTE EN INTERNET 6 octubre 2014, Actual

España Mundo Economía Motor Medios Deportes Blogs Reportajes

Galería de fotos: Hematología / P10 El Grupo - Triductor - Chelidrio - Seguro - C100

Inicio — ÚLTIMA HORA

TAMBIÉN TIENE EFECTOS BENEFICIOSOS

Los embarazos en mujeres de más de 40 años aumentan un 62% en los últimos 10 años

El Semanal Digital

La progresiva incorporación de la mujer al ámbito laboral ha sido uno de los motivos del retraso en la edad de la maternidad, hasta el punto de que los embarazos en mujeres de más de 40 años han aumentado un 62,3 por ciento en los últimos diez años.

La progresiva incorporación de la mujer al ámbito laboral ha sido uno de los motivos del retraso en la edad de la maternidad, hasta el punto de que los embarazos en mujeres de más de 40 años han aumentado un 62,3 por ciento en los últimos diez años.

Así lo ha aseverado la doctora Alicia Úbeda, del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Quirón Dexeus de Barcelona, durante un encuentro organizado por el Grupo Hospitalario Quirón con motivo del Día Internacional de la Mujer que se celebra este viernes, 8 de marzo.

Esta experta ha explicado que en los últimos años también se ha ampliado la horquilla de edad en la que se considera joven a una mujer pero, pese a ello, al organismo "le siguen pesando igual los años".

"La frase 30 años por fuera, 40 por dentro hay que sopesarla bien y tomar precauciones, porque el embarazo a estas edades implica mayores riesgos y las técnicas de reproducción asistida no revierten el reloj biológico", ha destacado.

En cambio, el doctor José Luis Prieto, del Hospital Quirón San José de Madrid, ha apuntado que el retraso en la edad de la maternidad también puede aportar beneficios para la madre y el bebé en algunos aspectos.

"Suelen ser bebés más deseados, por lo que la relación es más fuerte y hay un menor índice de depresión postparto. Y las mujeres que han sido madres más mayores suelen envejecer más lentamente y viven más años", ha defendido.

Por otro lado, el doctor Pablo Asensio, del Departamento de Medicina Interna del Hospital Quirón A Coruña, ha destacado como los cambios experimentados por la mujer en las cuatro últimas décadas "han incidido en la calidad de su envejecimiento, equiparándolo al del hombre".

Esto se debe "especialmente" a la adquisición de hábitos de vida poco saludables, como el tabaco, el sedentarismo y los cambios en la alimentación.

LA MUJER SE IGUALA AL HOMBRE EN ALGUNAS ENFERMEDADES

"Esto ha hecho que la mujer se haya igualado al hombre en algunas enfermedades determinadas por factores ambientales, como las cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer", ha destacado.

En el caso del tabaco, el doctor Dick Pasker, del área de Neumología del Hospital Quirón de Torre Vieja (Alicante), ha recordado que "ya hay 23 millones de mujeres adultas fumadoras y un millón y medio de adolescentes que están iniciándose en este hábito".

"La introducción en el mercado de los cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán ha sido un acierto publicitario, pero un factor muy negativo para las mujeres, ya que muchas de ellas hubieran dejado de fumar, pero optaron por el tabaco 'light' en la creencia de que afectaría menos a su salud", ha dicho.

Por su parte, la doctora Jineo Zulueta, del área de Ginecología y Unidad de Mama del Hospital Quirón Bizkaia, ha destacado como en los últimos años ha destacado la importancia de las revisiones ginecológicas y la concienciación de las mujeres de la necesidad de actuar preventivamente o buscando diagnósticos precoces, como en el caso de las mamografías de "screening" programadas.

Los embarazos en mujeres de más de 40 años aumentan un 62% en los últimos 10 años

TAMBIÉN TIENE EFECTOS BENEFICIOSOS



MADRID, 7 (EUROPA PRESS)

La progresiva incorporación de la mujer al ámbito laboral ha sido uno de los motivos del retraso en la edad de la maternidad, hasta el punto de que los embarazos en mujeres de más de 40 años han aumentado un 62,3 por ciento en los últimos diez años.

Así lo ha aseverado la doctora Alicia Úbeda, del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Quirón Dexeus de Barcelona, durante un encuentro organizado por el Grupo Hospitalario Quirón con motivo del Día Internacional de la Mujer que se celebra este viernes, 8 de marzo.

Esta experta ha explicado que en los últimos años también se ha ampliado la horquilla de edad en la que se considera joven a una mujer pero, pese a ello, al organismo "le siguen pesando igual los años".

"La frase 30 años por fuera, 40 por dentro hay que sopesarla bien y tomar precauciones, porque el embarazo a estas edades implica mayores riesgos y las técnicas de reproducción asistida no revierten el reloj biológico", ha destacado.

En cambio, el doctor José Luis Prieto, del Hospital Quirón San José de Madrid, ha apuntado que el retraso en la edad de la maternidad también puede aportar beneficios para la madre y el bebé en algunos aspectos.

"Suelen ser bebés más deseados, por lo que la relación es más fuerte y hay un menor índice de depresión postparto. Y las mujeres que han sido madres más mayores suelen envejecer más lentamente y viven más años", ha defendido.

Por otro lado, el doctor Pablo Asensio, del Departamento de Medicina Interna del Hospital Quirón A Coruña, ha destacado como los cambios experimentados por la mujer en las cuatro últimas décadas "han incidido en la calidad de su envejecimiento, equiparándolo al del hombre".

Esto se debe "especialmente" a la adquisición de hábitos de vida poco saludables, como el tabaco, el sedentarismo y los cambios en la alimentación.

LA MUJER SE IGUALA AL HOMBRE EN ALGUNAS ENFERMEDADES

"Esto ha hecho que la mujer se haya igualado al hombre en algunas enfermedades determinadas por factores ambientales, como las cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer", ha destacado.

En el caso del tabaco, el doctor Dick Pasker, del área de Neumología del Hospital Quirón de Torre Vieja (Alicante), ha recordado que "ya hay 23 millones de mujeres adultas fumadoras y un millón y medio de adolescentes que están iniciándose en este hábito".

"La introducción en el mercado de los cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán ha sido un acierto publicitario, pero un factor muy negativo para las mujeres, ya que muchas de ellas hubieran dejado de fumar, pero optaron por el tabaco 'light' en la creencia de que afectaría menos a su salud", ha dicho.

Por su parte, la doctora Jineo Zulueta, del área de Ginecología y Unidad de Mama del Hospital Quirón Bizkaia, ha destacado como en los últimos años ha destacado la importancia de las revisiones ginecológicas y la concienciación de las mujeres de la necesidad de actuar preventivamente o buscando diagnósticos precoces, como en el caso de las mamografías de "screening" programadas.

MADRID, 7 (EUROPA PRESS)

La progresiva incorporación de la mujer al ámbito laboral ha sido uno de los motivos del retraso en la edad de la maternidad, hasta el punto de que los embarazos en mujeres de más de 40 años han aumentado un 62,3 por ciento en los últimos diez años.

Así lo ha aseverado la doctora Alicia Úbeda, del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Quirón Dexeus de Barcelona, durante un encuentro organizado por el Grupo Hospitalario Quirón con motivo del Día Internacional de la Mujer que se celebra este viernes, 8 de marzo.

Esta experta ha explicado que en los últimos años también se ha ampliado la horquilla de edad en la que se considera joven a una mujer pero, pese a ello, al organismo "le siguen pesando igual los años".

"La frase 30 años por fuera, 40 por dentro hay que sopesarla bien y tomar precauciones, porque el embarazo a estas edades implica mayores riesgos y las técnicas de reproducción asistida no revierten el reloj biológico", ha destacado.

En cambio, el doctor José Luis Prieto, del Hospital Quirón San José de Madrid, ha apuntado que el retraso en la edad de la maternidad también puede aportar beneficios para la madre y el bebé en algunos aspectos.

"Suelen ser bebés más deseados, por lo que la relación es más fuerte y hay un menor índice de depresión postparto. Y las mujeres que han sido madres más mayores suelen envejecer más lentamente y viven más años", ha defendido.

Por otro lado, el doctor Pablo Asensio, del Departamento de Medicina Interna del Hospital Quirón A Coruña, ha destacado como los cambios experimentados por la mujer en las cuatro últimas décadas "han incidido en la calidad de su envejecimiento, equiparándolo al del hombre".

Esto se debe "especialmente" a la adquisición de hábitos de vida poco saludables, como el tabaco, el sedentarismo y los cambios en la alimentación.

LA MUJER SE IGUALA AL HOMBRE EN ALGUNAS ENFERMEDADES

"Esto ha hecho que la mujer se haya igualado al hombre en algunas enfermedades determinadas por factores ambientales, como las cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer", ha destacado.

En el caso del tabaco, el doctor Dick Pasker, del área de Neumología del Hospital Quirón de Torre Vieja (Alicante), ha recordado que "ya hay 23 millones de mujeres adultas fumadoras y un millón y medio de adolescentes que están iniciándose en este hábito".

"La introducción en el mercado de los cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán ha sido un acierto publicitario, pero un factor muy negativo para las mujeres, ya que muchas de ellas hubieran dejado de fumar, pero optaron por el tabaco 'light' en la creencia de que afectaría menos a su salud", ha dicho.

Por su parte, la doctora Jinoe Zulueta, del área de Ginecología y Unidad de Mama del Hospital Quirón Bizcaia, ha destacado como en los últimos años ha destacado la importancia de las revisiones ginecológicas y la concienciación de las mujeres de la necesidad de actuar preventivamente o buscando diagnósticos precoces, como en el caso de las mamografías de 'screening' programadas.

infosalus.com

ACTUALIDAD INVESTIGACIÓN FARMACIA ASISTENCIA ESTÉTICA NUTRICIÓN MUJER MAYORES PATOL. Buscar

Este artículo tiene más de 11 años. Última actualización: 07/03/2013
- TAMBIÉN TIENE EFECTOS BENEFICIOSOS

Los embarazos en mujeres de más de 40 años aumentan un 62% en los últimos 10 años

MADRID, 7 Mar. (EUROPA PRESS) -

La progresiva incorporación de la mujer al ámbito laboral ha sido uno de los motivos del retraso en la edad de la maternidad, hasta el punto de que los embarazos en mujeres de más de 40 años han aumentado un 62,3 por ciento en los últimos diez años.

Así lo ha aseverado la doctora Alicia Úbeda, del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Quirón Dexeus de Barcelona, durante un encuentro organizado por el Grupo Hospitalario Quirón con motivo del Día Internacional de la Mujer que se celebra este viernes, 8 de marzo.

Esta experta ha explicado que en los últimos años también se ha ampliado la horquilla de edad en la que se considera joven a una mujer pero, pese a ello, al organismo "le siguen pesando igual los años".

"La frase 30 años por fuera, 40 por dentro hay que sopesarla bien y tomar precauciones, porque el embarazo a estas edades implica mayores riesgos y las técnicas de reproducción asistida no revierten el reloj biológico", ha destacado.

En cambio, el doctor José Luis Prieto, del Hospital Quirón San José de Madrid, ha apuntado que el retraso en la edad de la maternidad también puede aportar beneficios para la madre y el bebé en algunos aspectos.

"Suelen ser bebés más deseados, por lo que la relación es más fuerte y hay un menor índice de depresión postparto. Y las mujeres que han sido madres más mayores suelen envejecer más lentamente y viven más años", ha defendido.

Por otro lado, el doctor Pablo Asensio, del Departamento de Medicina Interna del Hospital Quirón A Coruña, ha destacado como los cambios experimentados por la mujer en las cuatro últimas décadas "han incidido en la calidad de su envejecimiento, equiparándolo al del hombre".

Esto se debe "especialmente" a la adquisición de hábitos de vida poco saludables, como el tabaco, el sedentarismo y los cambios en la alimentación.

LA MUJER SE IGUALA AL HOMBRE EN ALGUNAS ENFERMEDADES

"Esto ha hecho que la mujer se haya igualado al hombre en algunas enfermedades determinadas por factores ambientales, como las cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer", ha destacado.

En el caso del tabaco, el doctor Dick Pasker, del área de Neumología del Hospital Quirón de Torre Vieja (Alicante), ha recordado que "ya hay 23 millones de mujeres adultas fumadoras y un millón y medio de adolescentes que están iniciándose en este hábito".

"La introducción en el mercado de los cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán ha sido un acierto publicitario, pero un factor muy negativo para las mujeres, ya que muchas de ellas hubieran dejado de fumar, pero optaron por el tabaco 'light' en la creencia de que afectaría menos a su salud", ha dicho.

Por su parte, la doctora Jinoe Zulueta, del área de Ginecología y Unidad de Mama del Hospital Quirón Bizcaia, ha destacado como en los últimos años ha destacado la importancia de las revisiones ginecológicas y la concienciación de las mujeres de la necesidad de actuar preventivamente o buscando diagnósticos precoces, como en el caso de las mamografías de 'screening' programadas.



SEGRE LLEIDA 17/03/13
 Pàgina: 16
 11563,00 € 254,77 € 32,27 % 971 4642000

INFANTESA SEURETAT

Els Mossos eviten l'ablació a 13 nenes de Lleida en 5 anys

Van posar en marxa un pla el 2008 per protegir les menors d'aquesta pràctica || Els pares poden enfrontar-se a penes de presó

M. MAS

LLEIDA | Els Mossos d'Esquadra han evitat la mutilació genital a 13 nenes lleidatanes (10 al pla i 3 al Pirineu) en cinc anys, segons les dades de la policia Autònoma. A mitjans de l'any 2008, els Mossos van posar en marxa un protocol contra l'ablació que s'ha presentat a les comunitats immigrants en què als seus pares d'origen es permetia aquesta pràctica i el primer any ja van protegir tres nenes.

Els casos sospitosos van arribar a la policia autonòmica, o bé des dels centres sanitaris o per col·legis d'escoles que descobrien que els alumnes de paisos on es practica l'ablació viatjaran al seu país d'origen.



Imatge d'arxiu de la comissaria dels Mossos d'Esquadra a Lleida.

OPERACIONS

La Fundació Dexeus ha reconstruït el clitoris a 39 dones, dos de lleidatanes, des del 2008

Normalment, la mutilació es practica als paisos d'origen, com Gàmbia o el Senegal, i una mesura de protecció és evitar que les menors hi viatgin o que els pares firmen un document en què es comprometen a no permetre aquesta pràctica. Un dels objectius del protocol és explicar als pares que si les seues fi-

LES CLAUS

L'ablació

■ Aquesta pràctica consisteix en l'extirpació total o parcial dels genitals externs femenins i es porta a terme en comunitats africanes que justifiquen aquesta pràctica per creences ancestrals errònies.

Catalunya, pionera

■ La Fundació Dexeus, que reconstruïx el clitoris a dones que han patit una ablació, ha sigut pionera a Espanya en aquest tipus d'operacions.

lles, normalment entre els 4 i els 12 anys, són sotmeses a una ablació de clitoris poden enfrontar-se a penes de presó que varien entre 4 i 12 anys i que també els en poden retirar la custòdia.

A tot Catalunya, des que va començar a posar-se en marxa el protocol el 2008, els Mossos han intervingut en la protecció de 264 nenes amb risc de ser víctimes d'una ablació. A més, gràcies a un programa de la Fundació Dexeus han reconstruït el clitoris a 39 dones que havien estat mutilades. Dos són residents de la ciutat de Lleida.

Medicina

Salud de la mujer

La píldora anticonceptiva, una opció nada embarazosa

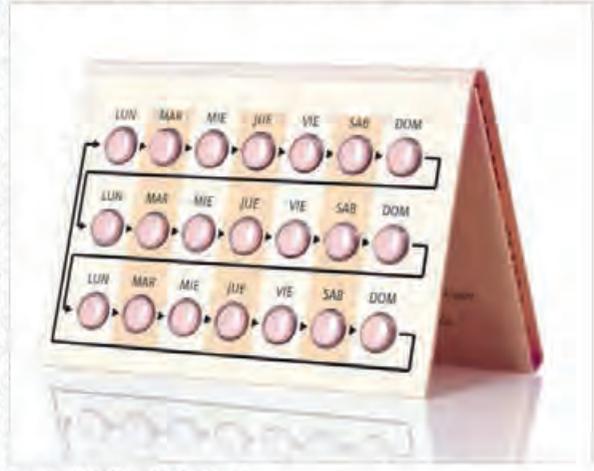
La correcta planificació i administració de les anticonceptius hormonals fa que la possibilitat de embaràs sea pràcticament nul·la, parecida a la de ligadura de trompas

ANNE TORRELL

La aparició de la píldora anticonceptiva suposa tota una revolució social per a la dona. En la dècada de les 30 les circumstàncies de les dones elevades de andrògens, estrès i programes d'abstinència la contracepció femenina "Però no fins fins 1960 que la agència americana de regulació de aliments i medicaments (FDA), munció que ha a aprobat el ús del primer anticonceptiu hormonal. Les mares espanyoles van començar a usar la regulació hormonal fins 1978. Este munció anticonceptiu es el més utilitzat després del preservatiu, segun la encuesta DAPHNE que se publica cada dos años, junto con el método, el parche, el anillo y la inyección. La píldora forma parte de lo que se conoce como métodos hormonales. El dispositivo anticonceptivo o DIU puede consistir o no en hormonas. La correcta planificación y administración de los anticonceptivos logra que la posibilidad de embarazo sea prácticamente nula. En cualquier caso, siempre será el profesional sanitario quien decida qué método es el más adecuado para cada mujer.

Las hormonas que contienen estos tratamientos son muy similares a las que producen los ovarios durante el ciclo menstrual. De esta manera, las células tras la fabricación de gonadotropinas, las hormonas que regulan la reproducción. No existe un método ideal, cada una tiene unas características particulares para adaptarse a las necesidades de cada caso. "En función de las condiciones de cada mujer la idoneidad del tratamiento será diferente. La clave es que hay muchos métodos disponibles y que han demostrado ser altamente eficaces", explica Francisca Martínez, jefa de la unidad de anticoncepción de Salud de la Mujer Dexeus. Si la mujer tiene reglas irregulares o abundantes generalmente se recomienda un tratamiento hormonal. En cambio, "en algunas mujeres no está indicada la toma de estrógenos, debido a la frecuencia por ejemplo, y se debe optar por el DIU o por alternativas que sólo llevan progesterona", aclara Martínez. La píldora está sujeta a una toma diaria y siempre a la misma hora, el método, en cambio, es semanal, el parche mensual y la inyección trimestral. El anillo y el DIU están contraindicados, la mujer puede alargarlo cuanto desee.

Recientemente, en Francia una polémica sobre la píldora hizo dudar a mu-



Este tipo de píldora no afecta a la salud general.

de una ligadura de trompas (1996).

A pesar de que la píldora sea un método ampliamente extendido entre la población, todavía quedan muchos mitos en torno a su uso y a sus efectos secundarios. La mayoría son falsos. Uno de los aspectos más consultados es de si los dispositivos entorpecen. Los especialistas son rotundos: no existe una base científica que reconozca las ventajas de interrumpir la toma cada cierto tiempo. De hecho, aclara Martínez, "si se toman correctamente la mujer está más expuesta a riesgos porque estos son más frecuentes en los primeros meses de inicio del tratamiento". Por tanto, el uso prolongado de la píldora no afecta a la salud general y, si no existe un motivo claro por el que desear su interrupción, la mujer puede alargarlo cuanto desee.

Recientemente, en Francia una polémica sobre la píldora hizo dudar a mu-

chas mujeres acerca de los efectos de su consumo. Tanto en España como en Francia la mayoría de los anticonceptivos no están cubiertos por la Seguridad Social. Por otro, muchas mujeres utilizan unas pastillas pensadas para el tratamiento del seno (Dexa), que el ciclo cubiertas. Estas llevan una dosis de estrógenos más alta que las píldoras anticonceptivas, lo que puede producir un mayor riesgo de tromboembolismo. Sin embargo, el especialista siempre analiza cada caso particular con el fin de

Uno de los grandes beneficios de los tratamientos hormonales es que protegen frente al cáncer de ovario

identificar aquellas mujeres que tengan cierta predisposición al tromboembolismo venoso, en cuyo caso el tratamiento anticonceptivo debe valorarse. Tanto la Sociedad Española de Contracepción y la de Ginecología y Obstetricia, así como la alarma general, manifiestan que no se han aportado datos ni evidencias nuevas que hagan modificar las recomendaciones en cuanto al uso de anticonceptivos orales, insistiendo a seguir utilizando todos los productos autorizados y disponibles en España según la recomendación médica.

Uno de los grandes beneficios que los expertos destacan de los tratamientos hormonales es que protegen frente al cáncer de ovario, un tumor de difícil diagnóstico. Las estadísticas poblacionales muestran como las mujeres que han utilizado anticoncepción hormonal durante muchos años tienen una menor tasa de cáncer de ovario. También consiguen aliviar los síntomas más molestos asociados con las menstruaciones como son el dolor de la regla, el sangrado abundante e irregular o el síndrome premenstrual. Pero a pesar de las muchas ventajas de estos anticonceptivos, los especialistas recalcan la importancia de utilizar también métodos de barrera como el preservativo para evitar riesgos de enfermedades de transmisión sexual, especialmente durante la adolescencia o cuando no se tenga una pareja estable.

Exposición Ser Dona. Avui
 VEN
 Fundación Dexeus
 mmb

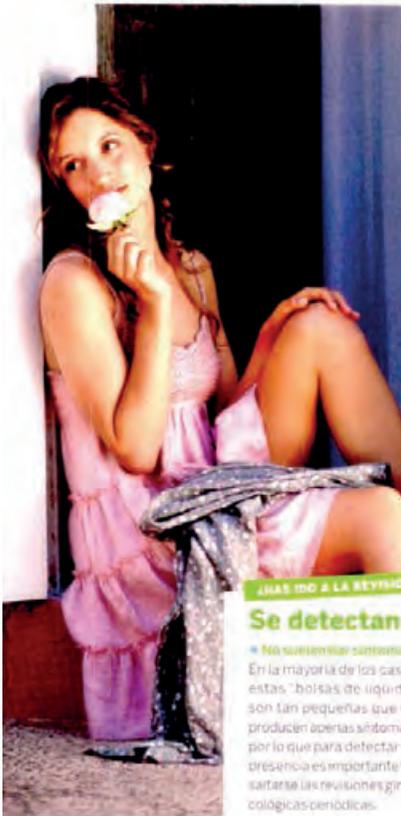


CENTRO DE SALUD

SALUD FEMENINA

Quistes en los ovarios: no te alarmes ante su presencia

Entre un 15 y un 20% de las mujeres desarrolla uno o varios quistes de ovario a lo largo de su vida, pero no hay que preocuparse en exceso ante su presencia, ya que en la mayoría de los casos estos desaparecen por sí mismos y sin necesidad de tratamiento.



DR. BERNAT SERRA
Coord. Serra de Quistes de Ovario de la Mujer Dexeus

Cuando una mujer escucha las palabras "quiste de ovario" puede sentir cierto pavor o tensión, pero no es necesario alarmarse; un quiste no es más que un saco o pequeña bolsa llena de líquido o de otro tejido. Y su presencia se considera normal, sobre todo cuando aparecen en mujeres en edad fértil. En la mayoría de los casos se trata de quistes benignos que desaparecen por sí mismos. Sin embargo, para poder enfrentarse a ello y dejar atrás los temores conviene saber a qué se deben, cómo se suelen diagnosticar y cuándo es necesario un tratamiento para eliminarlos.

¿CUÁNDO CONVIENE UN TRATAMIENTO?

La mayoría de las veces los quistes desaparecen por sí mismos aunque en ocasiones requieren tratamiento:

- **Si causan dolor.** Algunos pueden provocar un dolor sordo o agudo en el abdomen y sobre todo al realizar ciertas actividades. En especial sucede con los quistes más grandes, ya que provocan una torsión en el ovario.
- **Si sangran o revientan.** Esto puede desencadenar problemas graves que exigen un tratamiento inmediato, a veces incluso quirúrgico.
- **Si son "sospechosos".** Los quistes catalogados como malignos son los cancerosos o precancerosos. Afortunadamente, son muy poco frecuentes. Pueden

¿HAS IDO A LA REVISIÓN?

Se detectan por casualidad

- **No suelen dar síntomas.** En la mayoría de los casos estas "bolsas de líquido" son tan pequeñas que no producen apenas síntomas, por lo que para detectar su presencia es importante hacerse las revisiones ginecológicas periódicas.
- **Es difícil prevenirlas.** En la actualidad no se conocen medidas médicas para prevenir o protegerse frente a la eventual aparición de un quiste de ovario, de manera que realizar una ecografía es la única forma efectiva de detectarlo y tratarlo.
- **Es el primer paso.** En función del tipo de quiste que se detecte con la ecografía, el ginecólogo decide pautar un tratamiento u otro. En caso de sospecha de malignidad, el especialista puede realizar análisis de sangre u otros, un TAC, un escaner



Audios Levántate y Cárdenas

Levántate Y Cárdenas - Viernes 5 de abril de 2013

Levántate Y Cárdenas - Viernes 5 de abril de 2013

Europa FM. Rostro con dos caras.
Dr. Bernat Serra de Salud de la mujer Dexeus.





2. LAVANGUARDIA MONOGRÁFICO ESPECIAL SABADO 6 ABRIL 2012

Dr. Bernat Serra Ginecología y Obstetricia

“La suplementación nutricional es muy importante durante el embarazo”

Cada etapa de la vida tiene sus necesidades nutricionales y es importante atenderlas para garantizar nuestra salud y bienestar. Durante el embarazo este hecho adquiere todavía mayor relevancia: gestación, lactancia, maternidad. Es muy importante que la mujer cubra, en cada etapa del embarazo y tras el parto, todos los requerimientos nutricionales de acuerdo con los cambios fisiológicos que su cuerpo va experimentando y con las exigencias de desarrollo de su futuro bebé. Nos lo explica el Dr. Bernat Serra, Jefe del Servicio de Obstetricia del Instituto Universitario Dexeus.

¿Hay que prestar especial atención a la alimentación durante el embarazo?
Por supuesto. El embarazo constituye un lugar de desarrollo momento de la vida de la mujer en que la alimentación juega un papel de gran importancia, para junto a las necesidades físicas en atenderlas desde las fajas, que previenen de un elevado aporte de nutrientes para los procesos de división y crecimiento celular.

¿Una dieta equilibrada es suficiente para cubrir todas las necesidades nutricionales durante el periodo de gestación?
Antes del embarazo y durante el primer trimestre de gestación aumentan las necesidades de vitaminas y minerales, entre los folatos, la vitamina B12 y el yodo. Por eso es importante que la mujer, desde que desea tener un bebé, consulte a su ginecóloga y sepa el momento oportuno para recibir la suplementación nutricional.

Un inadecuado aporte vitamínico puede condicionar la aparición de problemas en el desarrollo del feto
Como ejemplo, puede condicionar la aparición de problemas como son los defectos del sistema nervioso fetal, abortos de repetición y crecimiento intrauterino restringido entre otras complicaciones fundamentalmente relacionadas con un inadecuado aporte de folatos.

¿Qué son los folatos?
Los folatos son importantes desde que se inicia la diferenciación del embrión hasta el final de la lactancia. Son diferentes formas de la vitamina B9, importantes para el organismo ya que participan en los procesos normales de división celular, crecimiento de tejidos durante el embarazo y células de la sangre. El organismo no puede sintetizar dicha vitamina, por lo que debe ser aportada a través de una alimentación equilibrada y, en caso necesario, con la ayuda de suplementos alimenticios.

En algunos países, las lactancias llevan un suplemento de ácido fólico para reducir el riesgo de problemas relacionados con la falta de folatos, pero éste hace necesario. A su vez, la alimentación animal, que desde un punto de vista nutricional es cada vez de poca utilidad, no siempre asegura que las necesidades vitamínicas de las mujeres embarazadas estén correctamente cubiertas.

Por otro lado, un 10% de las mujeres presentan una alteración genética que no les permite transformar el ácido fólico ingerido en su forma biológicamente activa, que es el ácido levometilfolato. En estos casos la suplementación directamente con la forma activa evita la dificultad de transformar el ácido fólico ingerido.

¿Qué otros aspectos nutricionales debe tener en cuenta una mujer embarazada? Omega-3, hierro, yodo...
Un elemento recientemente incorporado a los suplementos dietéticos para embarazadas son los ácidos grasos insaturados omega-3 (DHA), que aporta numerosos beneficios nutricionales, energéticos y funcionales para el organismo, especialmente durante la gestación y la lactancia, ya que contribuye al normal desarrollo del cerebro y los ojos del feto y del lactante.

Los ácidos grasos Omega-3 no pueden ser producidos por el propio cuerpo. Debe ser ingeridos con la dieta. La principal fuente de estos ácidos grasos son el pescado, las nueces y los aceites vegetales, que no siempre se ingieren en cantidad suficiente como para asegurar un aporte adecuado. La madre en la última parte de DHA por el feto, ya que éste no puede producir ácidos grasos insaturados. Durante el embarazo, el mayor porcentaje DHA al feto a través de la placenta y durante la lactancia, a través de la leche materna. Se recomienda la ingesta de DHA a partir del segundo trimestre del embarazo para cubrir las necesidades incrementales de este nutriente al inicio del embarazo y de la lactancia.

Otros dos componentes importantes de los suplementos alimenticios para la embarazada son el hierro y el yodo. El primero porque la anemia por falta de hierro constituye un problema muy frecuente en las mujeres embarazadas; y el segundo porque la glándula tiroidea fetal precisa de este mineral para la producción de las hormonas tiroideas.

Los beneficios de la suplementación durante el embarazo (hierro, por tanto, gran alcance...)
Si la suplementación previa al inicio del embarazo y durante el primer trimestre ha demostrado reducir la incidencia de malformaciones en el feto, fundamentalmente la espina bífida. Sin embargo, los estudios nutricionales previamente hechos altamente cuestionan que la suplementación vitamínica se prolongue más allá del primer trimestre, durante todo el embarazo y en el periodo de lactancia materna.

Femibion Pronatal es un **multivitamínico** que aporta los nutrientes necesarios a las mujeres embarazadas, desde la pre-concepción hasta la lactancia.

www.femibion.es

Los Mossos abordaron 31 casos de niñas en riesgo de ablación en 2012

BARCELONA, 7 Abr. (EUROPA PRESS) -

Los Mossos d'Esquadra abordaron en 2012 un total de 31 casos de niñas pequeñas en riesgo de sufrir una ablación, de los que seis se han consumado, mientras que este año se han registrado ocho casos.

En una entrevista de Europa Press, la coordinadora de la Unidad de Apoyo a la Atención de Víctimas de la Conselleria de Interior, Alba Alfageme, ha detallado que los casos que les llegan al departamento son una ínfima parte de la realidad, ya que están ante "una gran problemática que no aflora".

Según ha indicado, en los últimos dos años se han encontrado con que las familias que quieren mutilar a sus hijas, siempre en un viaje de regreso a sus países de origen, "ahora lo hacen de manera más velada y soterrada, usando mecanismos para llevarla a cabo sin levantar sospechas", puesto que saben que están incurriendo en un delito penado con entre seis y 12 años de prisión según el artículo 149.2 del Código Penal.

También han detectado que hay muchas niñas que se van a sus países y ya no vuelven, cuando antes había más retornos; antes la familia avisaba a las niñas cuando se preveía un viaje a su país de origen y ahora ni siquiera se las informa y hacen "viajes más sorpresa" para no levantar sospechas en el entorno escolar y médico de la menor.

DE 0 A 6 AÑOS

La mayoría de casos se registran en comunidades de países de África subsahariana, entre ellos Senegal y Gambia, y la edad de las niñas oscila entre los cero y seis años, ha indicado la técnica de Interior, que sin embargo también puntualiza que cada vez hay más familias concienciadas que rechazan esta práctica.

Desde 2009, cuando se registraron 55 casos, la tendencia ha sido bastante similar, con 28 casos en 2010, 36 en 2011 y 31 este 2012, y en una media del 70% de los casos se ha conseguido evitar.

La presidenta de la Asociación de Mujeres Inmigrantes Subsaharianas (Adis) Bombo Mdir, ha explicado a Europa Press que las familias optan por practicar la ablación a sus hijas por una mezcla de tradición y estereotipos, que les hacen creer que si no están mutiladas "no serán buenas mujeres ni conseguirán casarse".

"La mujer africana es reconocida por el marido y por tener hijos", y si no ha pasado por la ablación en las comunidades donde se practica, socialmente se la considera alguien sucio, impuro, contrario a la religión musulmana y por lo tanto es rechazada.

La ablación genera importantes problemas en la sexualidad de la mujer y en su salud, y desde la asociación trabajan para desmontar mitos, tanto entre las mujeres como entre los hombres, para que tomen conciencia de la gravedad de una intervención de este tipo.

La asociación, creada en 2004 y en la que participan 22 mujeres, tiene entre sus principales objetivos luchar contra esta práctica y trabajar temas de género de manera transversal, y entre otras cuestiones promueve que las mujeres mutiladas se operen.

La reconstrucción genital es gratuita y dura unos 45 minutos, y según cifras de 2012 de la Fundación Dexeus, donde se practica, en 4 años se han realizado 39 operaciones, aunque según Mdir, el problema es que hay una larga lista de espera.

L'Informatiu Diàriament a les 14 h. per La 1 i de dilluns a divendres a les 16 h. per La 1. **1**

L'Informatiu 2 - 08/04/2013 08 abr. 2013

Ifiaki Urdangarin ja ha informat a Rei que vol marxar a treballar a Qatar. Hi podria anar acompanyant Valero Rivera per encarregar-se de l'organització del mundial d'handbol. La infanta Cristina es quedaria a Barcelona fins que s'acabi el curs escolar./I el barri del Carmel de ... veure més sobre "L'Informatiu 2 - 08/04/2013"



"SER DONA. AVUI"
Exposició al Museu Marítim
Fins l'1 de setembre **1**



Primera condemna a Espanya per mutilació genital

Els matins: Primera condemna per una ablació feta fora d'Espanya **1**

3 alacarta BETA Versió HTML5



OBITUARIOS

Músico de su tiempo

JOSÉ MARÍA FRANCO GIL (1927-2013) Director de orquesta

José María Franco Gil era un hombre sencillo, nada afecto a las posturas del poder... Músico de su tiempo...

Desde entonces y, a pesar de la fuerte oposición que recibió por parte de algunos sectores... Músico de su tiempo...



Ana Vega, Pedro N. Barri y Sir Robert Geoffrey Edwards en una fotografía del 2007

Millones de ilusiones

SIR ROBERT GEOFFREY EDWARDS (1925-2013) Billiogo pionero en la investigación en medicina reproductiva y fecundación in vitro

Bob Edwards acertó en el mundo de la fertilidad... Sir Robert Geoffrey Edwards (1925-2013) Billiogo pionero en la investigación en medicina reproductiva y fecundación in vitro...

memoriam que compartí con él, sus experimentos... Sir Robert Geoffrey Edwards (1925-2013) Billiogo pionero en la investigación en medicina reproductiva y fecundación in vitro...

Obituary for Fernando Torà i Figueras, Director of Hospicio San Iñaki.

Obituary for Oscar Arellano Roque, Director of Hospicio San Iñaki.

Advertisement for 'Hoy hace un año' (Today one year ago) with a list of names and dates.

Advertisement for 'a prop teu a Barcelona cementiri és natura' (at your disposal in Barcelona cemetery is nature).

Salud y Medicina

OPINIÓN



I+D+i de la industria farmacéutica

Todos coincidimos en que la I+D+i es la piedra angular para el desarrollo de las sociedades modernas... I+D+i de la industria farmacéutica...

SALUD DE LA MUJER

Detectar el síndrome de Down sin riesgos ya es posible

Con un simple análisis de sangre de la madre, el test no invasivo permite saber si el niño tendrá el síndrome de Down o trisomía 21



Esta técnica tiene una fiabilidad del 99% e identifica prácticamente el total de los casos

Aunque no existe un método capaz de asegurar que el feto es sano realmente antes de nacer... Esta técnica tiene una fiabilidad del 99% e identifica prácticamente el total de los casos...

Advertisement for Dexeus prenatal testing, showing a woman's profile and the product name.

Especial Salud y Medicina

Edades Biológicas de la Mujer

SÁBADO 27 DE ABRIL DEL 2013

Un largo viaje que se inicia en el útero materno

El diagnóstico prenatal consigue detectar el 90% de anomalías fetales, las malformaciones son las más frecuentes

ANCHA SENDÍN

Do Gregorio Marañón, de linaje médico y escritor español, que él no sabía escribir, sino saber y saber saber crecer y saber y no decir en su día. Como se sabe, el amor. Cada al nacimiento humano. Unos días cada individuo va recibiendo su destino por la vida. Las mujeres, además, tienen el importante papel de albergar en su útero esa vida del día durante nueve meses. Desde la gestación se inicia un largo camino que en la infancia de la mujer se prolonga. Durante la juventud se fortalecen la mujer adulta experimentando gestos e importantes condiciones físicas, hormonales y emocionales. En la madurez empiezan a planearse nuevos retos e inquietudes con la



Ecografía de 20 semanas de gestación.

La proporción de defectos susceptibles de ser tratados antes del nacimiento es muy pequeña

concepción y la fertilidad como protagonistas. Con la menopausia se abre otro camino, una nueva etapa vital. El aumento de la esperanza de vida, que se genera 65 años en las mujeres, ha permitido que el momento de la vida que se vive sea un proceso de cambio. No es sorprendente, por lo tanto, que en la vida de la mujer se viva en la vida adulta. Nueva mesa cuadrada por las, aunque puede pensar un pro-

yecto de vida de la mujer, coordinado por los ginecólogos José María Lallo y Piedad Blain, miembros del comité médico de Salud y Medicina. Toda la información que se necesita para saber más, se indica con el desarrollo de la vida. Durante los que se forman que se vive en la vida adulta. Nueva mesa cuadrada por las, aunque puede pensar un pro-

yecto de vida de la mujer, coordinado por los ginecólogos José María Lallo y Piedad Blain, miembros del comité médico de Salud y Medicina. Toda la información que se necesita para saber más, se indica con el desarrollo de la vida. Durante los que se forman que se vive en la vida adulta. Nueva mesa cuadrada por las, aunque puede pensar un pro-

yecto de vida de la mujer, coordinado por los ginecólogos José María Lallo y Piedad Blain, miembros del comité médico de Salud y Medicina. Toda la información que se necesita para saber más, se indica con el desarrollo de la vida. Durante los que se forman que se vive en la vida adulta. Nueva mesa cuadrada por las, aunque puede pensar un pro-

yecto de vida de la mujer, coordinado por los ginecólogos José María Lallo y Piedad Blain, miembros del comité médico de Salud y Medicina. Toda la información que se necesita para saber más, se indica con el desarrollo de la vida. Durante los que se forman que se vive en la vida adulta. Nueva mesa cuadrada por las, aunque puede pensar un pro-

yecto de vida de la mujer, coordinado por los ginecólogos José María Lallo y Piedad Blain, miembros del comité médico de Salud y Medicina. Toda la información que se necesita para saber más, se indica con el desarrollo de la vida. Durante los que se forman que se vive en la vida adulta. Nueva mesa cuadrada por las, aunque puede pensar un pro-

Hay muchos tipos de anomalías cromosómicas, el síndrome de Down supone la mitad de casos



Exposición **Ser Dona. Avui**



Fundación Dexeus

Distrito en página siguiente

CENTRO DE SALUD



Puede ser un aviso de "algo más"

Un cambio en el patrón habitual de la regla puede alertar de una alteración oculta. Observa si:

• **Tu ciclo se alarga...**
Cuando se sufre síndrome de ovario poliquístico los ovarios carecen de la calidad suficiente para ovular a mitad de ciclo y se alargan los días entre menstruaciones.

• **Las reglas son más abundantes o dolorosas.**
Los quistes de ovario o miomas, aunque no provocan alteraciones menstruales, sí pueden ser el origen de reglas más cuantiosas o con dolor.

SALUD FEMENINA

Qué puede indicar una regla irregular

Si la menstruación desaparece, se adelanta, se atrasa, se acorta... y si te sucede más de un mes es importante averiguar qué es lo que está provocando el desajuste



DRA. ALICIA UBEDA
Jefe del Servicio de Ginecología de Salud de la Mujer Dexeus, Barcelona

Hay dos períodos de la vida de la mujer durante los cuales las menstruaciones irregulares son normales: en la adolescencia (porque el ovario todavía no está maduro) y antes de la menopausia, cuando el agotamiento de los ovarios hace que las reglas sufran alteraciones. A excepción de estos momentos (y del embarazo), los ciclos deberían ser regulares y por eso si esta periodicidad se ve alterada de forma reiterada (lo

que supone un verdadero "caos" para la mujer) hay que averiguar qué factores pueden estar causando este desajuste:

- **La mayoría de veces...** la irregularidad en la regla es algo esporádico que se subsana por sí mismo y no necesita tratamiento.
- **Sin embargo,** las alteraciones en el ciclo son debidas, en muchos casos, a factores no ginecológicos. Y es que el ciclo menstrual está regulado por la acción de las hormonas. Cualquier cosa que las desequilibre puede acabar alterando el ciclo menstrual y si la situación

de irregularidad se repite puede ser necesario cambiar ciertos hábitos o pautar un tratamiento.

QUÉ DESEQUILIBRAN TUS HORMONAS

Los retrasos, las reglas más abundantes, los sangrados inesperados... pueden tener varias causas:

- **Una alteración física** que desestabiliza el organismo... Un problema de tiroides puede estar tras el desequilibrio porque esta glándula produce las hormonas tiroideas, que marcan el ritmo del metabolismo y pueden interferir en la ovulación. Otra

hormona que también influye en el ciclo menstrual es la prolactina, producida en la hipófisis del cerebro, y por ello un trastorno en esta zona (provocado por ejemplo por un infarto cerebral), una infección, un traumatismo...) puede repercutir en la regla.

- **La comida** puede ser el origen del problema... La anorexia o las dietas muy restrictivas a veces influyen en la producción de las hormonas y hacen que el cuerpo suprima la regla como medida de ahorro de energía. Por otro lado, en personas con intolerancia a la lactosa o

SPIEGEL ONLINE INTERNATIONAL

Frankfurt (Germany) | London (Germany) | Buenos Aires (Argentina) | Barcelona (Spain)

Parenthood for Sale: Spain in Crisis Becomes Fertility Destination

By Helene Zuber

Even as the economy has tanked, Spain in recent years has become a destination for women and couples seeking to become pregnant through in vitro fertilization. Egg donors are plentiful.

It was nearly five years ago that Mónica Campos first started using her body to make money. Spain's construction industry was collapsing and Campos' husband Eduardo had to give up his business selling used luxury cars as his customer base dried up. Soon, the couple was no longer able to afford their monthly mortgage payment on a house with a garden in Maçanet de la Selva. The bank was threatening to foreclose and Campos could already picture herself on the street, with a four-year-old and an infant.

"I needed money desperately," says Campos, 34, who has long, dyed-blond hair. She worked for a time as a model while still in high school, but as the real-estate crisis hit Spain, she approached a private clinic for reproductive medicine in Granollers, near Barcelona, about becoming an egg donor.

For each donation cycle, Campos received just under €1,000 (\$1,300), as recommended by the Bioethics Committee of Catalonia, as compensation for both her time and the inconvenience. But for Campos, the fee she received was far more than that -- it was the answer in her search for a way out of her family's financial misery.

Despite a legal limit of six donations, Campos had her eggs harvested 14 times in just under two years. She earned around €10,000, exploiting her body to keep her family from plunging into poverty. Since both she and her husband were self-employed, neither of them could claim unemployment benefits. Only after a year did they start receiving a family allowance of €640 a month. "It's a risk I was willing to take," Campos says of her donations. "I didn't care."

At the same time Campos was struggling to provide for her family, a German woman in her mid-thirties, living in the city of Freiburg, was engaged in a struggle of another kind. She wanted to get pregnant, but it simply wasn't working. Even treatments with natural remedies and acupuncture made no difference.

Top Fertility Destination

After years of failed attempts, the woman, now 40, traveled to Barcelona in early April. There, at Clinica Eugén, doctors impregnated her with a donor egg fertilized with her husband's sperm. Because this procedure is illegal in Germany, her name cannot be used here. She was filled with hope for a positive outcome when Valérie Vermaeve, medical director at the renowned fertility clinic, squeezed her hand and said, "This time you have all you need for a pregnancy."

The stories of the two women are not directly linked. Both, however, take place in Spain -- and both are the product of personal crisis.

And, they are telling. Over the last two decades, Barcelona has become the top destination for European couples and single women trying to have children. Patients also travel here from North Africa, the United Arab Emirates and Russia -- and increasing numbers come from Germany. The most cutting edge in vitro fertilization techniques were developed here, and are regulated by a 2006 law. Spain's first test tube baby was born almost 30 years ago at a Barcelona clinic called Dexeus, which also achieved the country's first birth as a result of egg donation.

Angelina Jolie s'ha sotmès a una doble mastectomia preventiva dels pits

SOCIETAT, VÍDEOS | 14/05/2013 - 19:57h



L'actriu **Angelina Jolie** s'ha sotmès a una doble mastectomia preventiva de càncer de mama en tenir un 87% de possibilitats de patir aquesta malaltia i un 50% de desenvolupar un càncer d'ovaris. **Jolie** té el gen defectuós BRCA1 i s'ha sotmès a una doble mastectomia com a mesura dràstica per reduir les seves possibilitats de patir un càncer de mama similar al que va acabar amb la vida de la seva mare. Ho ha explicat públicament ella mateixa amb un article a *The New York Times* titulat *La meua elecció mèdica*.

N'hem parlat amb **Maite Cusidó**, cap de la Unitat de Risc Oncològic de l'Institut Universitari Dexeus. La sociòloga **Cristina Sánchez Miret** també hi ha dit la seva.

Etiquetes: angelina jolie, Cristina Sánchez Miret, masectomia

El blog d'El món 

Entrevista d'actualitat

  **“El cas d'Angelina Jolie ha fet augmentar les consultes”**

15/05/2013



La mastectomia a què s'ha sotmès l'actriu nord-americana servirà d'exemple, segons la Dra. **Maite Cusidó**, cap de la Unitat de Risc Oncològic de Salut de la Dona Dexeus. Recorda, però que, com a norma general, no es recomana a tothom, ni de bon tros. S'han de seleccionar les famílies que tenen risc de desenvolupar un càncer de mama d'origen genètic, investigant els antecedents familiars. Cusidó afegeix que, abans de prendre la decisió definitiva, és bo prendre's tot el temps que calgui.

Tags: [Salut](#) [Societat](#)

15/05/2013  16:20

Cal operar-se per prevenir el càncer de mama?



 **Cal operar-se per prevenir el càncer de mama?**

     **+ opcions**     **3**

Inicia sessió  **Tweet** 3  **+1** 0  **+** 8  

Enllaç: <http://www.tv3.cat/3alacarta/#> **Insereix vídeo** `<object classid="clsid:d27cdb61`  **Condicions d'ús**

Ahir vam saber que l'actriu Angelina Jolie s'ha sotmès a una doble mastectomia per reduir el risc de desenvolupar càncer de mama en el futur. Però, és recomanable sotmetre's a aquesta operació preventiva en cas de ser portador del gen, o hi ha alternatives? En parlem amb Maite Cusidó, cap de la Unitat de Risc Oncològic de Salut de la Dona Dexeus.



Mastectomía preventiva

Se somete a una mastectomía para prevenir el cáncer

Societat

La biòloga Anna Veiga: "Semblava que la tècnica no era possible en humans"

Actualitzat a les **16:37 h 16/05/2013** [comentaris](#)

La biòloga Anna Veiga, directora del centre de Recerca i desenvolupament del Servei de Reproducció Assistida de l'Institut Dexeus, considera la clonació de cèl·lules mare embrionàries humanes un gran avenç científic. La tècnica ja s'havia provat amb animals, però es dubtava que es pogués dur a terme amb l'espècie humana.



MARÇOLIN, T. DE 1960 DE 2014.

La mastectomía preventiva permite reducir el riesgo de padecer cáncer de mama, pero no garantiza la supervivencia

La decisión de la actriz Angelina Jolie de someterse a una doble mastectomía preventiva ante un elevado riesgo de padecer cáncer ginecológico ha reabierto el debate acerca de la importancia de la prevención y la detección precoz del cáncer, en este caso, hereditario. Las unidades de riesgo oncológico, como la de Salud de la Mujer Dexeus, tienen como objetivo la detección precoz mediante estudios genéticos que analizan el comportamiento hereditario de algunos genes.

Actualmente la mayoría de los cánceres que existen son esporádicos, sólo entre el 20% y 25% son hereditarios, de los cuales entre el 10% y el 20% responden a una agregación familiar y el 5%-10% son puramente hereditarios.

El cáncer de mama es el más frecuente en la mujer, con un riesgo acumulado a lo largo de la vida del 8,9% para la población general el cual varía en función de la edad. El cáncer de ovario es menos frecuente pero tienen una mortalidad mayor siendo la cuarta causa de muerte por cáncer en las mujeres.

Ante la gran prevalencia de estos dos cánceres, un grupo de científicos norteamericanos consiguieron clonar en 1994 el gen BRCA1 para el cual se estima un 85% de riesgo de cáncer de mama y 39% de cáncer de ovario. Un año más tarde se clonó BRCA2 el cual se asocia a un riesgo de cáncer de mama y de ovario inferior a BRCA1, siendo del 80% para el cáncer de mama hasta los 70 años y de alrededor del 11 % para cáncer de ovario. Por otro lado, el riesgo de desarrollo de un cáncer de ovario después del de mama es del 12% para BRCA1 y del 7% para BRCA2.

El diagnóstico de estos dos genes se realiza a partir de una muestra de sangre periférica. Si el test sale negativo significa que no se tiene los genes BRCA, aunque eso no significa que no se tengan otros que también predispongan a la aparición de cáncer de mama u ovario. La mastectomía preventiva. Los primeros estudios nos mostraron que la mastectomía reduce el riesgo de sufrir cáncer de mama y de ovario en un 89,5% en los grupos de riesgo moderado y en un 90% en los grupos de riesgo alto. Se considera que una persona está dentro de un grupo de riesgo alto cuando se tienen familiares de primer grado, como madres o hermanas, con uno o dos casos de cáncer de mama u ovario, con un cáncer de mama detectado a una edad muy temprana o con cáncer de mama y ovario a la vez. Actualmente la mastectomía conservadora de piel presenta una reducción de riesgo cercana al 100%.

Científics americans aconseguen clonar cèl·lules embrionàries humanes

16/05/2013 | El matí de Catalunya Ràdio

"Amb la clonació es poden aconseguir cèl·lules amb pacients determinats." Anna Veiga, cap de Recerca i Desenvolupament del Servei de Reproducció Assistida de l'Institut Dexeus.



Afegeix-lo als Meus Àudios

Descarrega-te'l

Escolta'l en pop-up

Podcast del programa

iTunes

Inicia sessió

Tweet 0

+1 0

+ 0

Enllaç

Embed



La clonació humana és cada dia més a prop

MIGNIA Una investigació obre la porta a la clonació humana

16/05/2013 12:48h Societat - Vídeos Comenta COMPARTEIX

Log In

Tweet 2

g+1 0

La clonació humana és cada dia més a prop

Científics de la Universitat d'Oregon han aconseguit clonar embrions humans amb finalitats mèdiques i se certifica doncs, que la clonació humana cada dia és més a prop. És un avenç important perquè se n'han pogut extreure cèl·lules mare que a la llarga podrien curar malalties o facilitar trasplantaments d'òrgans.

N'hem parlat amb **Anna Veiga**, directora del centre de medicina regenerativa de Barcelona.

Etiquetes: Anna Veiga, clonació

informativostelecinco.com

Inicio Lo último Economía Tecnología Sociedad Deportes + seccion

> Informativos Telecinco a la carta

16.05.2013 ¿CLONACIÓN DE EMBRIONES?

B **BTV** **notícies .cat**

BTV.cat BTVNotícies

SOCIETAT MOBILITAT POLÍTICA ECONOMIA TECNO

Et pot interessar Entrevistes Interactius Enquestes Infos Idiomes Mapa

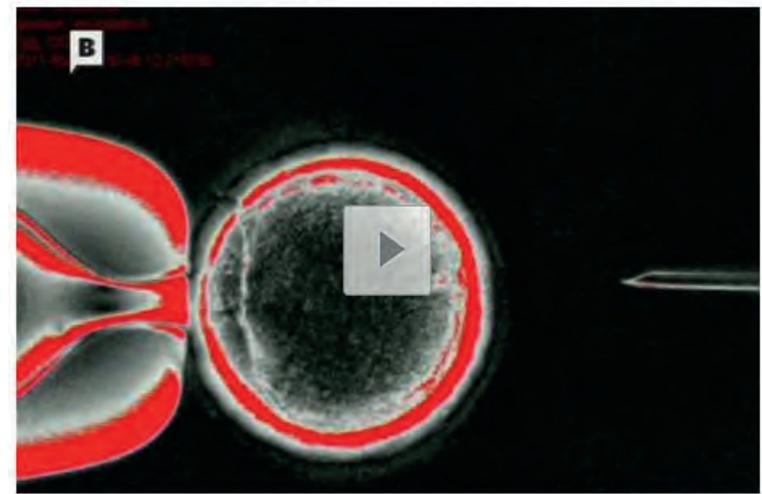
Distintes

Ciutat Vella | Exemple | Sants - Montjuïc | Les Corts | Sarrià - Sant Gervasi | Gràcia | Horta - Guinard

PORTADA > SOCIETAT

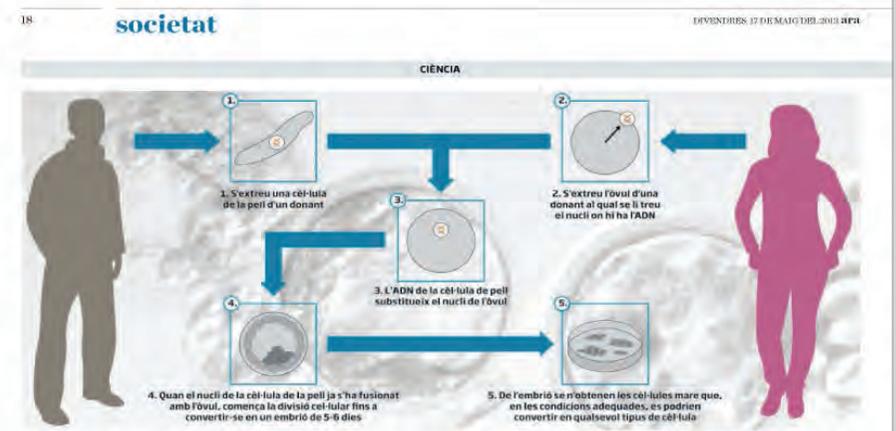
La biòloga Anna Veiga celebra la troballa aconseguida per científics nord-americans

Tweet 0 Inicia sessió



Actualitzat el 16.05.2013 a les 17:00 Anna Sans [Comenta >](#)

Un equip d'investigadors d'Oregon ha fet un pas clau en la clonació terapèutica perquè han aconseguit, per primera vegada, clonar cèl·lules mare d'un embrió humà. Un avenç que obre la porta a la possibilitat de fer teràpia amb la medicina regenerativa. La biòloga Anna Veiga assegura que és un avenç importantíssim i reitera, que en cap cas s'utilitzarà per a la clonació d'humans. Un fet que, a més, es prohibeix en totes les legislacions del món existents.



Clonar, un poder a l'abast de l'home

La recerca d'Oregon és un èxit per al futur de la medicina regenerativa, però obre també un debat ètic

Reportatge

L. BOSNILLA / M.L. FERHADO BARCELONA

La clonació de cèl·lules mare humanes que ha aconseguit un grup d'investigadors de la Universitat d'Oregon ha obert un debat ètic. Els seus fins són terapèutics i no reproductius. I tot i costar llangui, la fita d'Oregon representa un pas més en el camí cap a la clonació humana. "S'ha aconseguit desenvolupar un embrió fins a la fase de blastòcit; no l'han implantat però potser podria haver-se desenvolupat tot i que, probablement, no hauria arribat a la fase de fetsus, ja que el sistema encara és molt ineficient, però a ningú se li acudiria fer-ho", sosté Jordi Barqueró, investigador de l'Institut de Recerca de la Vall Hebron (VIHO).

La biòloga Anna Veiga nega que l'objectiu final sigui la clonació humana, que, a més, prohibeixen tots els països que han legislat sobre aquest tema. "Quin sentit tindria clonar humans? Per fer que? Per resoldre problemes d'infertilitat? Les tècniques actuals ja les resoltem amb èxit". "Quin sentit tindria clonar humans? Per fer que? Per resoldre problemes d'infertilitat? Les tècniques actuals ja les resoltem amb èxit".

Agustins són els camps en què s'investiga amb cèl·lules mare embrionàries procedents de bancs que s'han creat arreu i hi ha en marxa diversos assaigs amb pacients. Els autors de la recerca d'Oregon diuen que unes bones candidates són les malalties mitocondrials, com la fibrosi quística. S'obre la porta a tractar qualsevol malaltia degenerativa "on que les cèl·lules mare que deixen de funcionar se substitueixen per unes de noves amb la seva funció restaurada", diu Veiga. I amb participació que com que les cèl·lules transplantades s'han originat mitjançant clonació, l'ADN serà el mateix que el del receptor i, per tant, el seu sistema immunitari les acceptarà com a pròpies i no les rebutjarà. El vicepresident de l'Institut Dorjode Biotècnica, Ramon Maria Nogues, tem però, que aquest avenç "sanciti expectatives desproporcionades" o "es presenten com a solució miraculosa a no sé quantes malalties quan no té aplicació en un futur immediat". Sosté que encara hi ha molts interrogants científics perquè "no se sap fins a quin punt les cèl·lules mare obtingudes per aquest sistema podrien afegir processos no esperats, com ara cancerígens". I Barqueró no alegeix: "Encara està per veure's si les cèl·lules que s'han aconseguit al laboratori són iguals que les embrionàries".

Objectiu
"Quin sentit tindria clonar humans?", es pregunta la biòloga Anna Veiga.

Benefici
Les cèl·lules mare clonades eviten el rebuig immunitari.

Critiques de l'Església
El grup d'Oregon ja havia aconseguit clonar embrions de primats superiors però la clonació de cèl·lules humanes es resisteix. Per fer-ho han recuperat una tècnica en la qual feia anys que es treballava però que havia quedat abandonada davant les

cèl·lules mare induïdes, les iPS. L'Església catòlica ha qualificat la recerca d'immoral. La Conferència Episcopal Catòlica dels Estats Units va dir abans que la investigació podria ser utilitzada per "aquelles que volen produir nous clonats com a còpies d'altres persones". El cardinal de Boston, Sean O'Malley, va reafirmar la clonació de cèl·lules humanes fins i tot si s'utilitza per a fins terapèutics perquè "tracta els éssers humans com a productes manufacturats per satisfer els desitjos d'altres". Nogues apunta, però, que no es pot dir que sigui un embrió humà, ja que "és un òvul al qual s'ha extret el nucli". És una manipulació al laboratori". I en el que s'ha acordat els científics és en el fet que la recerca en clonació té uns límits. És que posa la sentència.

"Els científics a Espanya no tenim futur"

Reportatge

SALVADOR ALMERAZ VALÈNCIA

En nom de la biòloga Nuria Martí Guàrdia ja forma part de la història de la recerca científica pel fet de ser una de les integrants del grup de treball de la Universitat d'Oregon que ha aconseguit clonar cèl·lules mare humanes. La seva participació en aquest projecte té molts anys, ja que Martí va haver de posar rumb als Estats Units després de veure's afectada per l'EBRO del Centre d'Investigacions Príncep Felip (CIPF) de València. A finals del 2011, Martí i 113 companys més van ser acomiadats del CIPF, i es va acabar amb 14 línies de recerca capdavanteres a l'Estat. Des del moment que la direcció va plantejar els acomiadaments per la càrrega en picat de les subvencions, Martí va començar a buscar alternatives. Va ser llavors quan aquesta llicència d'investigacions biològiques per a la Universitat de València va decidir enviar el seu currículum al grup de treball que lidera el professor Shoukhrat Mitalipov. Al mateix temps que Martí veia que havia de

54 SOCIEDAD

VIERNES 17 DE MAYO DE 2013 ABC (almorcedad)

Ocho claves para entender la técnica que haría posible la clonación humana

► ¿Para qué sirve? ¿Ayudará a los enfermos? ¿Existen alternativas?

N. RAMÍREZ DE CASTRO MADRID

Cuando parecía que el debate sobre el uso de embriones y la clonación parecía superado, la Universidad de Oregón (Estados Unidos) anuncia la obtención de células madre embrionarias con la técnica que dio origen a la oveja Dolly. Se trata de un paso aplaudido por la comunidad científica porque la técnica podría ayudar a regenerar órganos. Pero la investigación también tiene numerosas aristas al abrir una puerta peligrosa a la clonación reproductiva. Para conocer en detalle las implicaciones de esta investigación, ABC ha hablado con expertos en medicina reproductiva y genéticos:

1. ¿Cómo lo hicieron?

Se tomó una célula de la piel de una persona, se extrajo su núcleo (con la información genética del individuo) y se fusionó con un óvulo de una mujer al que previamente se eliminó su núcleo y su ADN. El resultado es un blastocisto, un embrión de pocos días. En teoría, porque madre lo ha probado, si se dejara completar su desarrollo y se introdujera en el útero de una mujer podría dar lugar a una vida. La técnica utilizada se conoce como transferencia nuclear o clonación terapéutica.

2. Clonación terapéutica o reproductiva, ¿son iguales?

No. El camino seguido es el mismo pero no el fin. La reproductiva persigue generar clones de seres vivos, como la famosa oveja Dolly. La terapéutica tiene como objetivo obtener un embrión para extraer sus células madre. Esas células se pueden convertir en casi cualquier tejido (neuronas, células sanguíneas, musculares...) y utilizarlas para regenerar órganos y tejidos dañados sin riesgos de rechazo.

3. ¿Las dos plantean problemas éticos?

Si. La clonación reproductiva es censurada por todos los científicos, sin excepción, y es ilegal. La terapéutica es legal en muchos países, incluido el nuestro, pero obliga a destruir el embrión para extraer sus células. Aunque la estrategia también divide a los expertos en bioética y a los investigadores «La clave de este debate ético está en el nombre que le damos a un organismo pluricelular, ¿a qué le llamamos embrión?», pregunta Carlos Simón, director científico del Instituto Valenciano de Infertilidad y catedrático de Ginecología.

4. ¿Cuál era el objetivo de la Universidad de Oregón? Desde que nació Dolly, numerosos grupos de investigación han intentado reproducir esa misma técnica en humanos. Su objetivo no era lograr el nacimiento de un clon humano como se muestra en la película «La Isla», sino un embrión clínico para extraerle células madre útiles para trasplante. Nadie lo había logrado hasta ahora. «Los científicos de Oregón han demostrado que la técnica que había funcionado hasta ahora en animales también es eficaz en humanos», explica Anna Veiga, directora del Instituto de Líneas Celulares de Barcelona. Además han re-

ducido el número de óvulos necesarios para que la técnica sea eficaz.

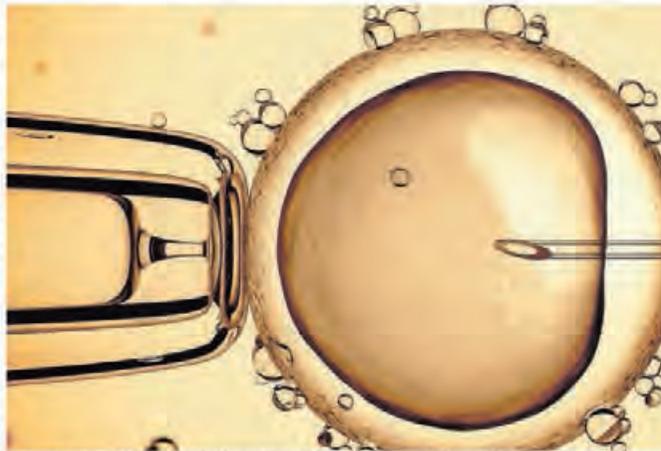
5. ¿Se puede clonar a una persona? De momento es ciencia ficción, aunque todos los científicos consultados aseguran que se ha dado el primer paso. Otros mamíferos (gatos, perros, toros...) se han clonado. No se ha logrado con monjes, los más cercanos a los humanos. Sin embargo, se ha dado el primer paso para lograrlo.

6. ¿Existe alternativa a la utilización de células embrionarias? Si, se llaman iPS. Con estas células se dan forma a un nuevo tipo celular descubierta por el japonés Shinya Yama-

naka. Este investigador halló una alternativa ética que permite generar estas células iPS, similares a las embrionarias sin utilizar embriones. Óvulos y sin clonación. Estas células en el laboratorio también se transforman en células musculares, cardíacas, nerviosas... para reparar órganos dañados y tratar enfermedades incurables. El hallazgo le sirvió el Nobel de Medicina.

7. Si existe esta alternativa, ¿por qué era necesario volver a la clonación terapéutica?

«No era necesario», opina Felipe Prósper, experto en Terapia Celular de la Clínica de la Universidad de Navarra «con la técnica de Yamanaka ya peder-



El proceso implica la fusión del núcleo de una célula adulta humana con un óvulo sin núcleo

MONSEÑOR MARIO IZCJA (OBISPO DE BILBAO Y MADRID)

«No existe ninguna ventaja terapéutica en la utilización de células "clonadas"»

LAURA DANIELE

El obispo de Bilbao, monseñor Mario Izcja, acogió ayer con «enorme cautela» la noticia de que un grupo de investigadores de la Universidad de Oregón ha logrado obtener células madre embrionarias de seres humanos por clonación. Y es que son pocos los obispos dentro de la Iglesia católica que pue-

den poner en valor desde un punto de vista moral y médico a la vez, un hallazgo científico tan delicado como este. Monseñor Izcja es doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra, con una tesis doctoral sobre Bioética y Eutanasia. Para el prelado son muy suficiente informaciones sobre el procedimiento seguido por esos investigadores como para saber si realmente nos hallamos ante un embrión humano o ante un ser protoembrionario, donde solo una pequeña parte de la información genética ha sido «expresada» y, por tanto, su multiplicación y constitución es errática y muy «limitada». Pese a ello, subraya a



ARC que «simultáneamente del comienzo de la vida humana, cualquier intervención que asoció la máxima generación de un ser humano es atencionalmente inapropiada».

El prelado recordó que pese a que desde un punto de vista ético el fin no justifica los medios, «el axioma no es

BRASIL EN PORTADA



En 2001, Angelina Jolie con su madre Marcheline, que murió de cáncer de mama cinco años después, a los 56 años.

Angelina, la mujer más sexy del planeta, se ha extirpado los pechos para evitar el cáncer que segó la vida de su madre con 56 años. Pero también ha abierto un debate sobre el futuro del diagnóstico genético. Por Sol Muiños

Si estas fuy parais. Si Angelina Jolie se extirpó los pechos para adelantarse a un posible cáncer de mama, un escote con dos hermosas pitucas es para vida por delante. Si un hombre como Brad Pitt aplaudió el nuevo perfil de su novia, no se habla más. La decisión de Lara Croft ha causado revuelo y controversia. Aunque llamativa, la medida no es ni mucho menos, piensa, Jolie lo contaba en una carta. Mi quasi suegra, publicada en el New York Times. «Cuando conocí mi situación, opté por la prevención para minimizar el riesgo al máximo, y me decidí por una doble mastectomía preventiva, que disminuye hasta el 5 por ciento el casi 80 por ciento de probabilidades que tenía de padecer un cáncer de pecho. La amenaza «escrita en su ADN» es la alteración del gen BRCA1, culpable de la enfermedad. Dos días después se informó de que planes prescindir de sus ovarios por la misma razón. Le sobran excusas: seis hijos y algo más, la ausencia de su madre. Basta con echar un vistazo a un vídeo de YouTube en el que aparece Marcheline Bertrand con sus niños, Angelina y James, en Hawái, para comprender la unidad que estracion, y entender que la actriz no quiera que la historia se repita.

Marcheline, a quien su hijo llamaba «mamá de golosinas», murió en 2007, tras una década de lucha contra el cáncer. Con 56 años, Angelina, de 37, es la nieta de Maddox Chivan, Pax Thion, Zoltara Matley, Shalbi Nouvel, Krisi Leon y Vivienne Marcheline, que creció sin abuela materna. Respecto a la puterna, Jane Pitt, con quien se dice que Angelina no tenía una relación muy amable, ha felicitado a su nieta. «Estamos muy orgullosos de Ange. Esto significa mucho para la familia, especialmente nuestros nietos», comentó en People.

Pero de repente todo el mundo quiere saber más. Hasta la doctora que hizo la operación a Angelina, Kristi M. Funk, del Pink Lotus Breast Center (California), ha contado los pormenores de la intervención en su blog en Pinklotusbreastcenter.com. La noticia es trending topic. Y las mujeres del planeta repasan sus biografías buscando antecedentes del cáncer femenino por excelencia, el de mama-ovario. Se preguntan si algo tan drástico es la mejor medida de prevención. Sospechan del poder médico y económico de la celebrity y desconfían de poder amarrar, siendo mujeres normales que no aceptan disponer de los 5.000 dólares que a la bella le ha costado detectar su fatal rebeldía genética. Las cosas son así solo en parte. Todas las mujeres viven con un 12 por ciento de posibilidades de padecer cáncer. Si se hereda, el porcentaje sube hasta 70-80 por ciento en la mama y el 50 por ciento en los ovarios. ¿Cómo saberlo? En España, los análisis genéticos son gratuitos si se solicitan en las Unidades de Cáncer Familiar de los grandes hospitales de la Seguridad Social y en muchos centros privados. Puede acudir al CNIO Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, www.cnio.es siempre que exista el riesgo de portar esa mutación. «Ha de generalizarse ese análisis? No mucho más. Antes se valoran criterios como la edad, el número de familiares afectados y la historia generacional, madre, hermanas, abuelas, tías... El cáncer hereditario es muy malogrado. Una vez que se sospecha, se procede al análisis de sangre, y si es positivo en alguno de los genes, BRCA1 y BRCA2, la paciente debe decidirse», explica la doctora Raquel Bratos Lorenza, de la Unidad del Consejo Genético Hereditario del MD Anderson Center de Madrid.

16 JUNIO 2013

La experiencia de Dexeus

■ “La principal herramienta para recuperar el abdomen tras un embarazo es el ejercicio hipopresivo”, asegura Núria Sans, fisioterapeuta responsable de la unidad de suelo pélvico de Dexeus Salut de la Dona. En ese ámbito empezó la gimnasia de moda, en los trabajos terapéuticos para devolver a su sitio un abdomen relajado hormonalmente para dar cabida al feto en crecimiento, quince centímetros extra y un aumento de presión notable sobre el suelo pélvico. “La implantación de este tipo de ejercicio como parte de la preparación deportiva supone un mayor respeto a la anatomía femenina”, defiende la fisioterapeuta.

Recuperar la forma física del abdomen y de la musculatura pélvica no es sólo una preocupación estética.

Según la especialista de Dexeus, mantener la laxitud perjudica la sensibilidad sexual, aumenta el dolor en las relaciones, y favorece el descuelgue del recto, la vagina y la vejiga de la orina.

Los abdominales hipopresivos se encargan de recuperar el abdomen sin perjudicar el suelo pélvico y mejorando la espalda. “Además de tener ese efecto protector, producen un drenaje de la pelvis que ayuda a la relocalización de los órganos desplazados por el embarazo”, explica Sans. El diafragma acaba arrastrando hacia arriba todo el contenido abdominal.

“Durante el embarazo no se pueden realizar”, advierte la fisioterapeuta. “se produce una laxitud hormonal imprescindible” para que el útero crezca.

informativostelecinco.com

Inicio Lo último Economía Tecnología **Sociedad** Deportes + secciones

27.05.2013 | EUROPA PRESS - MADRID

El consumo de alcohol entre los jóvenes continúa aumentando en España y cada vez se comienza a beber a edades más tempranas, de ahí que desde la Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria (AEPap) se considere una “vergüenza” que el consumo “vaya a más” y desde las autoridades sanitarias no se tomen medidas para evitarlo.

“Es una edad muy temprana, y con 12 años se estima que uno de cada cinco escolares ya ha experimentado con el alcohol”, lamenta esta experta.

Los pediatras han mostrados su preocupación porque también está aumentando entre los jóvenes el botellón, ya que lo practican uno de cada tres jóvenes, y el consumo intensivo durante los fines de semana, ya que dos de cada tres de los que beben dicen haberse emborrachado.

De hecho, ha destacado que ahora “está de moda” entre los jóvenes una práctica llamada como ‘binge drinking’, que consiste en beber más de cinco copas “a toda velocidad” en dos horas, “para que los efectos del alcohol sean máximos”.

Asimismo, también ha alertado de otras formas “más anecdóticas” pero que también están en conocimiento de los jóvenes, como el ‘eyeballing’, echar gotas de alcohol por los ojos; el ‘tampax on the rock’ o el ‘tampvodka’, que consiste en introducir por la vagina o el ano un tampón mojado en alcohol, o el ‘oxy shot’, que es tomar alcohol con oxígeno, a través de los inhaladores que utilizan los pacientes con asma.

Por todo ello, considera necesario poner en marcha programas preventivos y de asesoramiento a las familias, a nivel escolar y comunitario, para ofrecer una “educación en valores” y alertar de los riesgos de dicho consumo.

“Los padres de adolescentes deben estar pendientes de los niños y ver cómo vuelven a casa, cerrar los ojos no tiene sentido. Hay que escucharles, hablar con ellos, estar pendientes de sus problemas y explicarles el problema que puede causar este consumo en el futuro, porque puede generar alteraciones cerebrales o del hígado”, aconseja esta experta.



GRAZIA REPORTAJE

CADA VEZ MÁS MUJERES RECURREN A LA CONGELACION DE SUS OVULOS HASTA QUE LES LLEGUE SU MOMENTO OPORTUNO PARA LA MATERNIDAD. Y A VECES LLEGA TARDE. ¿UNA NUEVA REVOLUCIÓN FEMENINA?

Por H. Arnáiz

MADRES SIN EDAD

Vinós

ultracongelados

CENTRO DE SALUD

SALUD FEMENINA

Descubre qué indican los cambios en las mamas

Bultos, dolor, hinchazón, enrojecimiento o secreción en el pezón... son cambios en el aspecto habitual del pecho a los que hay que prestar atención porque, aunque no suelen indicar nada grave, el médico debe valorar si es necesario un tratamiento

DRA. CARMEN ARA
 Coordinadora Ginecología, Obstetricia y Medicina de Salud de la Mujer Dexeus

Solemos asustarnos ante señales poco "comunes" en el pecho y es cierto que al notar estos cambios debes consultar al especialista, pero no hay motivos para que te preocupes en exceso ya que en el 90% de estos casos corresponden a alteraciones benignas. Sin embargo, conviene que sepas a qué pueden deberse estos cambios.

QUÉ PUEDE CAUSAR HINCHAZÓN O DOLOR

La hinchazón y el dolor en los pechos hasta 10 días antes de tener la regla (fenómeno conocido como mastodinia) son norma-

les y desaparecen con la propia menstruación. Estas molestias pueden acrecentarse a partir de los 40 años, y aumentar a medida que se acerca la menopausia. En este caso, aparte de esperar a que finalice la regla para que desaparezca esa hinchazón y el dolor, puede ayudar tomar antiinflamatorios o aplicar una pomada.

• **Pero también...** Una mama inflamada puede ser consecuencia de una infección: de una mastitis, es decir, la inflamación de la glándula mamaria; o una galactoforitis, que afecta a los conductos de la mama. En ambos casos la mama puede estar algo caliente y suele acompañarse de dolor y/o enrojecimiento.

• **Para tratarlo**, como ocurre con cualquier infección, el médico puede recetarte un tratamiento a base de antibiótico. Ante estos síntomas es conveniente realizar una ecografía para descartar cualquier otra causa: menos común pero más seria como, por ejemplo, un cáncer inflamatorio. Y si la infección

¿TU LO HACES?

Así debes autoexplorarte

Observa tus mamas periódicamente para poder detectar cambios:

- Estírate en la cama y levanta el brazo de la mama que vas a explorar. Coloca la mano plana encima del pecho.
- Desplaza la palma desde la periferia al pezón siguiendo el sentido de las agujas del reloj.
- Exprime suavemente el pezón y después repite todo el procedimiento con la otra mama.
- Ponte delante del espejo con los brazos en jarras. Comprueba que los pechos sean iguales.
- Pon los brazos en cruz, súbelos y bájalos. Comprueba que el pezón no esté retraído.

54 | **SABER VIVIR**



OPINIÓN DE ESPECIALISTAS

Medicina

Salud de la mujer

Vitrificación de óvulos, la mejor alternativa para preservar la fertilidad

Representa actualmente una alternativa de interés para mujeres que por cuestiones médicas, profesionales o personales deciden posponer la maternidad

ANNA TORRELLÉ
Ginecóloga

Trabaja se conoce poco acerca de la vitrificación de óvulos, pero una técnica de criopreservación consigue una tasa de supervivencia de los óvulos superior al 90%. Se trata de realizar en la posibilidad de congelarlos al poco tiempo de su extracción con altas concentraciones de crioprotectores, de manera que las células se deshidraten muy rápido y se garantiza la supervivencia. La realidad social hace que muchas mujeres se planteen el embarazo más allá de la edad biológica normal, es decir, cuando quizás la fertilidad se ha visto comprometida. Por ello, cada vez son más las que deciden congelar sus óvulos antes de los 30 años para así, una vez decidan ser madres, disponer de ellos y las probabilidades de embarazo sean mayores. Generalmente son mujeres que deciden posponer su embarazo, ya sea porque no tienen pareja y quieren esperar a encontrarla o por cuestiones profesionales. "Cuando en ese momento la mujer no está preparada para tener hijos pero sabe que en su futuro quiere ser madre. Preservar sus óvulos es una buena opción para que posteriormente, debido a la edad, no tenga problemas para quedarse embarazada", explica Mónica Borda, jefa de la sección de biología de Salud de la



Los óvulos se congelan con altas concentraciones de crioprotectores.

Muchas mujeres se plantean el embarazo más allá de la edad biológica, cuando la fertilidad puede estar comprometida

Dona Dexeus.

Para no ser los únicos casos en los que se puede optar por la vitrificación para la preservación de la fertilidad. Esta técnica resulta especialmente útil en mujeres que por cuestiones médicas la probabilidad de ser madre se vea mermada o incluso desaparezca. En el caso, por ejemplo, de pacientes con determinados tipos de cáncer. Un buen ejemplo fue el primer nacimiento por congelación de óvulos el pasado 19 de julio de 2012 en una mujer que había tenido cáncer de ovario. De manera preventiva debían extraerse los dos ovarios, de modo que no podría ser madre. Los especialistas de Salud de la

Dona Dexeus, donde tuvo lugar el proceso, le propusieron la vitrificación de óvulos antes de la intervención. Tras recuperarse del cáncer, la paciente se sometió a un proceso de fecundación in vitro y consiguió ser madre (ya que conservó el suyo). Además, todavía dispone de óvulos criopreservados por lo que, si lo decide, podrá volver

a quedarse embarazada. "Es importante que la población y los especialistas conozcan esta opción. En ese momento evidentemente lo prioritario es la salud de la mujer, pero si es joven y quiere preservar la fertilidad debe hacerlo antes del tratamiento, siempre que el oncólogo le autorice antes", apunta esta especialista.

También tiene intervenciones indicadas en diagnóstico preimplantacional. A algunas mujeres se les hace un estudio genético de sus embriones porque se conoce de antemano la existencia de riesgo genético asociado y quiere evitarlo. "Pueden ser casos de portadoras de alguna enfermedad que cuando los dos progenitores son portadores el riesgo de transmitirlo es uno de cada cuatro", indica esta bióloga. Si a esto se le suma que la función ovárica de la mujer es en la adultez y la respuesta a la estimulación es baja, quizás con un ciclo de fecundación in vitro se obtengan pocos óvulos. El diagnóstico genético preimplantacional es una técnica compleja y costosa, ya que se deben biopsiar los embriones para diagnosticar si están libres de la enfermedad antes de transferirlos al útero. Si no se obtiene un mínimo de diez óvulos no sale a cuenta realizarlo y las probabilidades de embarazo son menores. Vitrificando los ovocitos se puede hacer más de un proceso de estimulación hasta sumar la cantidad necesaria. De esta forma, asegura Mónica Borda, "mujeres que solo tenían una probabilidad de embarazo de menos del 20%, consiguen una tasa superior al 50%".

La criopreservación de ovocitos conlleva una mayor complejidad que la congelación de espermia. Entre otras

Vitrificando los ovocitos se puede hacer más de un proceso de estimulación hasta sumar la cantidad necesaria

ES CURIOSO CÓMO AL QUIEN TAN PEQUEÑO PUEDE CUMPLIR UNA ILUSIÓN TAN GRANDE

¡Un bebé de 6 meses puede ya cumplir sus primeros sueños!

93 227 47 27

Dexeus

gent de paraula

PORTADA VÍDEOS EL PROGRAMA TVE CATALUNYA

Gent de paraula - Pere Barri - 7/06/2013

07 juny 2013

Cristina Puig repassa amb el Doctor Barri els avenços en matèria de fertilitat i reproducció d'ençà del naixement de la primera "mena proveta" a Espanya, gràcies a l'equip del que ell en va formar part. També parlen dels riscos de retardar la maternitat, la congelació d'òvuls, la possibilitat de ser mare després d'una malaltia com el càncer i la trajectòria d'una família de metges. A més, el programa visita l'exposició "Ser dona avul" organitzada per la Fundació Dexeus i que fins el setembre es pot veure a les Drassanes de Barcelona.

▶ veure menys sobre "Gent de paraula - Pere Barri - 7/06/2013"



Crecer de **feliz.es**

Embarazo **Parto y Maternidad** El bebé Niños Recetas Compras Blogs

Muy útil

Inicio > Parto y Maternidad > Preparación > Qué hacer si el parto se retrasa



1

Ya he salido de cuentas y... ¡aún no me pongo de parto!



2

Factores que inciden en el retraso del parto



3

El bebé después de la semana 40



4

Tres trucos para favorecer el inicio del parto



5

El parto después de la semana 42



Salud y Medicina 16

SÁBADO
22 DE JUNIO DEL 2013

@salud.medica facebook.com/salud.medica



¿Mastectomía preventiva?

Extirpar mamas y ovarios en pacientes con un diagnóstico positivo claro reduce la probabilidad de desarrollar cáncer

El caso de la actriz estadounidense, corresponde a un grupo de pacientes de alto riesgo

ANICHA SENDIN

Donde que Angelina Jolie hizo pública su mastectomía preventiva a muchas mujeres les ha surgido una pregunta: ¿de qué sirve la prevención? ¿de extirpar las mamas para evitar un cáncer? El caso de la actriz estadounidense, sin embargo, corresponde a un grupo de pacientes de alto riesgo que, en muchos casos, representa la mayoría de mujeres. Son pacientes, las de alto riesgo, las que tienen una alteración genética: las mutaciones de BRCA1 y 2, con una predisposición muy alta de desarrollar cáncer de mama o de ovario. Esta categoría posee un importante impacto hereditario, por tanto, suelen extirparse varios casos en una misma familia. "A veces en algunas familias se ve claramente la carga hereditaria pero al hacer el estudio no se encuentra la



La decisión de Angelina Jolie ha generado cierta polémica entre la comunidad científica.

A partir de un diagnóstico positivo conviene ampliar el estudio a otros familiares

mutación de BRCA. En estos casos el mayor riesgo también se puede plantear la mastectomía", explica Maitu Castiella, jefe de la unidad de riesgo que dirige el Servicio de Salud de la Mujer Dexeus.

El cáncer de mama es el más frecuente en mujeres, pero la mayoría son casos esporádicos, es decir, aislados en una misma familia. La prevención de este tipo de casos, especialmente en aquellas mujeres que presentan antecedentes familiares de riesgo, es un parámetro de riesgo que se debe analizar. En estas mujeres es conveniente realizar una consulta de riesgo oncológico. Se analizan los antecedentes y se calcula el riesgo para determinar si cabe hacer un estudio genético. El BRCA predispone sobre todo a mama y ovario. "Si en el estudio genético se detecta la mutación familiar el riesgo aumenta del 85% para el cáncer de mama y del 40% de ovario. Además, todos sus familiares directos, hermanos

o hijos, tienen un 50% de probabilidad de tener la alteración", dice ella. Cuando se da que a partir de un diagnóstico conviene ampliar el estudio a otros familiares.

El programa de prevención no siempre comporta una mastectomía. A algunas pacientes se les plantea simplemente un control de alto riesgo, que consiste en una mamografía anual a partir de los 25 a 30 años. "Sabemos que son tumores que con frecuencia aparecen en mujeres jóvenes", apunta Castiella. Además, si los seis meses se incorpora una resonancia magnética, también una vez al año. De esta forma, asegura esta especialista, "no se puede evitar que el cáncer aparezca pero sí se consigue detectarlo de manera precoz y, por tanto, disminuir las probabilidades de supervivencia por encima del 95%", sin embargo, no existe ninguna técnica de detección eficaz para el cáncer de ovario, que en estas mujeres el riesgo está aumentado. Actualmente, pese a todas las controles con ecografía y marcadores tumorales, la mayoría se diagnostican en fase avanzada.

Otra alternativa para los programas preventivos. Por un lado, la mastectomía, que consiste en extirpar las mamas, reduce el riesgo a más del 95%. Siempre se programa con una cirugía reconstructiva en el mismo acto quirúrgico. "Pero la mastectomía, la extirpación de los

ovarios, es la opción que más aconsejamos ya que reduce el riesgo de cáncer de ovario, que es el que más preocupa". Además, asegura Castiella, si se hacen mujeres antes de la menopausia, también reduce el riesgo de cáncer de mama a la mitad. En cambio, al eliminar el pecho no se reduce el riesgo de ovario. El principal inconveniente de la mastectomía es que compromete la fertilidad y conlleva riesgo de mastopatía precoz. Por ello, normalmente se plantea a los 45 años cuando la mujer ya ha tenido hijos. "Seguramente, en un futuro Angelina Jolie acabó optando por una mastectomía porque el mayor riesgo es el de cáncer de ovario, que es el que merita un madre", analiza esta especialista. En cualquier caso, el especialista siempre aconseja a la mujer con todas las alternativas posibles y en la paciente quien finalmente decide.

TE CUIDAMOS EN TODAS LAS ETAPAS DE TU VIDA



42

EL PUNT AVUI
DIMECRES, 18 DE SETEMBRE DEL 2014

Societat



Salut Novetats en reproducció i debat ètic

Amb tres arrels d'ADN

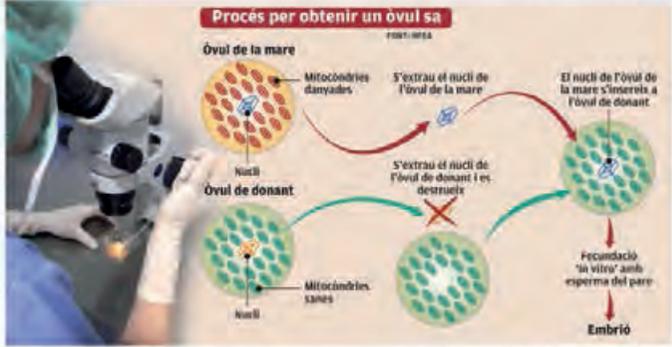
NOVETAT El govern britànic autoritzarà una tècnica que permet obtenir embrions amb material genètic del pare, de la mare i d'una donant **OBJECTIU** El procés evita la transmissió de malalties causades per danys en l'ADN mitocondrial

Q. Aranda / M. Ceballos
LONDRES / BARCELONA

El govern britànic ha donat el seu suport a una tècnica que permetria evitar la transmissió de malalties causades per defectes en l'ADN mitocondrial, un tipus de material genètic que resideix en les cèl·lules que formen els mitocondris. La tècnica utilitza la fecundació de símil (Zygote Intrafallopian Tube Transfer, ZIFT), però, a diferència de la procediment habitual, s'insereix material genètic de tres persones diferents: la mare, el pare i una donant d'òvuls. A la Gran Bretanya, alguns científics van aconseguir procediments al Regne Unit, aquells que van ser el primer pas per demostrar que es pot fer.

El mètode, anomenat transferència mitocondrial, ocorre a través d'una donant, però també pot procedir de la mare (el mateix ADN danys que pot provocar malalties al futur nadó). Els mitocondris són els orgànuls que generen energia per a les cèl·lules i contenen una petita porció del seu material genètic. La tracció d'un ADN que els humans heretem en un 99,9 per cent de les nostres cèl·lules a través dels mitocondris de l'òvul. Aquest tipus de transmissió fa que l'ADN mitocondrial no es recombini i que, per tant, es consideri més fàcil de curar a través que, per exemple, l'evolució de les cèl·lules entre poblacions humanes.

El procediment té el suport de l'Associació de Pediatres i Embriologia Humana (IPEAH) del Regne Unit i consisteix a extreure el nucli de l'òvul d'una donant sana i reemplaçar-lo pel nucli d'un òvul de la futura mare.



Les xifres

10

famílies podrien beneficiar-se cada any al Regne Unit d'aquesta tècnica que evita malalties hereditàries.

37

genomes d'ADN dels mitocondris, arribat dels més de 20.000 gens de l'ADN contingut al nucli cel·lular.

tantament els detalls de la tècnica, que podria entrar en vigor en un màxim de dos anys. El pas es porta a terme després d'un període de consulti pública en què la comunitat científica de les opinions recollides s'han mostrat a favor. Alguns casos de tractament seria oferir a través del sistema públic de salut, el National Health Service (NHS).

Científics de la Universitat de Newcastle, al nord d'Anglaterra, han demostrat que el procediment funciona en models animals. La responsabilitat

vernalment del programa, la professora Sally Doherty, destaca la responsabilitat de vigilar el mètode i la tècnica, així com el fet de garantir que el nadó que neix sigui prou saludable, per tal de prevenir altres tipus de riscos sanitàries.

Alguns grups de creients religiosos ja han expressat la seva inquietud per la iniciativa perquè, asseguren, implicaria la destrucció d'embrions congelats al si de la mare. A més, la tècnica crea una línia que alguns consideren vermella en considerar-la que fa que les

modificacions genètiques d'un embrió passin a totes les generacions futures. Un fet que alguns científics, pot multiplicar el risc de complicacions imprèvistes.

Després, però, s'arriba al fet que els científics que l'ADN dels mitocondris van ser creats el 1981, els 25.000 gens que contenen l'ADN mitocondrial que són hereditaris i que són transmesos per al sistema reproductiu de la mare.

La tècnica que treballa el govern britànic prevén que, a diferència de la donant d'òvuls i el pare (la identitat dels quals els nens tenen directament), la donant de mitocondris s'ha eliminat en l'embrió.

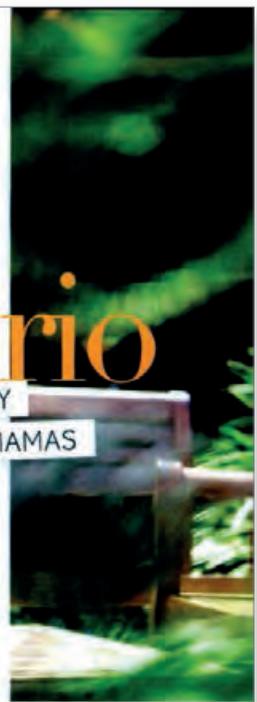
Fills sans sense renunciar a la filiació genètica

Tècnicament, el procediment que el govern britànic està disposat a autoritzar "se del fet tècnic no de desobediència", afirma Montserrat Boada, cap de biologia del servei de reproducció de l'Institut Dexeus. L'única alternativa que actualment es pot oferir a dones que presenten danys a l'ADN mitocondrial que volen tenir fills sans és recombinar òvuls de donant. En aquest cas, però, s'hi podria establir una relació genètica amb la mare. A l'Estat espanyol, la llei no permetria específicament aquest mètode, però sí que permet el diagnòstic genètic preimplantacionari per evitar malalties hereditàries. "Aquí farem una consulta als centres de reproducció assistida que, en cada cas, decideixi si autoritzar o no el fet de la tècnica".

SALUD DOSSIER

Càncer de mama hereditari

TODO SOBRE EL TEST GENÉTICO Y LA EXTIRPACIÓN DE MAMAS



La decisión de la actriz Angelina Jolie de someterse a una doble mastectomía preventiva ante su elevado riesgo de padecer cáncer de mama ha puesto en primer plano la dura realidad del cáncer de mama hereditario. En *Clara* tratamos el tema en profundidad para entender el porqué de esta difícil elección.

La mayoría de los cánceres que se diagnostican son esporádicos, es decir, todos tenemos el mismo riesgo de padecerlos. Solo entre el 5% y el 10% son hereditarios, es decir, pueden estar ligados a una mutación genética. De entre los hereditarios, en el 60% de los casos

se trata de cánceres de mama, ovario, colon y en menor medida, también de tiroides.

CÓMO SE DETECTA EL CÁNCER HEREDITARIO
Los hospitales públicos cuentan con unidades de consejo genético para detectar tumores

familiares: "Identificar a estos pacientes, portadores de mutaciones vinculadas a un alto riesgo de desarrollar la enfermedad, permite adelantarse a la aparición del tumor, ya sea intensificando los controles o combatiendo la aparición del tumor a través de la cirugía preventiva", explica la doctora Raquel Bratos, oncóloga médica de la Unidad de Consejo Genético en Cáncer Hereditario del MD Anderson Cáncer Center Madrid.

QUIÉN DEBE SOMETERSE A UN TEST GENÉTICO

En las unidades de consejo genético, los especialistas elaboran un exhaustivo estudio de la historia clínica personal y familiar de la paciente. "Desarrollamos el árbol genealógico de la paciente para analizar con qué antecedentes familiares cuenta

NUESTROS EXPERTOS



Dr. Rafael Fabregas
Genetólogo y director del Comité de Ética y Mastología de la Clínica Dexeus

"El médico debe valorar con la paciente todas las opciones y debe explicar las implicaciones psicológicas que comporta la cirugía. Es importante saber individualizar en cada caso la mejor opción para la mujer".



Dra. Raquel Bratos
Oncóloga de la Unidad de Consejo Genético en Cáncer Hereditario del MD Anderson Cáncer Center Madrid

"Identificar a las pacientes con un alto riesgo de desarrollar la enfermedad aporta importantes beneficios a la hora de adelantarse a la aparición del tumor".



CENTRO DE SALUD

SALUD FEMENINA

Los cambios que provoca el descenso hormonal

A partir de los 40 años se empiezan a percibir cambios por la menor producción de estrógenos. Es normal y no tiene por qué ser negativo: saber por qué ocurre y cómo cuidarte en esos momentos te ayudará a vivir con plenitud cada nueva etapa



DRA. ALICIA UBEDA
Jefe de Servicio de Ginecología de Salud en el Museo Dexeus

Llega un momento en la vida de toda mujer en el que se empiezan a notar por primera vez ciertos cambios físicos, a percibir alteraciones del humor, a acusar nuevas dolencias... Es normal y en gran medida se debe a factores hormonales, es decir, a que se producen menos estrógenos. Comprender cómo suceden esos cambios (que no tienen por qué ser malos) y a qué se deben es esencial para asimilarlos.

• **¿Cuándo empieza este proceso?** Es a partir de la cuarta década cuando se perciben los primeros cambios relacionados con

la menor producción de estrógenos, aunque la herencia, las enfermedades, los tratamientos o la cirugía de ovarios pueden modificar el inicio. En cualquier caso, no se trata de un proceso brusco sino que de manera sutil y en diferente intensidad, se van presentando poco a poco los primeros cambios físicos y psicológicos.

QUE NOTAS A PARTIR DE LA CUARTA DÉCADA
Entre los 18 y los 35 años las reglas suelen ser regulares pero a partir de los 40 pueden empezar a notarse las primeras irregularidades en el ciclo menstrual motivadas por una ovulación que pierde precisión.

• **¿Qué más te pasa?** En el aspecto psicológico es normal sentir cierta irritabilidad. Además, es una época de cambios físicos: las primeras arrugas suelen aparecer (porque la piel pierde colágeno, elastina, hidratación y glándulas sebáceas) y el cabello también pierde calidad, porque se da cierta atrofia del folículo piloso.

ASÍ MEDIRÁS

Tu sexualidad evoluciona con los años

A los 40... Puedes percibir sequedad vaginal, lo que puede llevar a cierta disminución de la libido. En estos casos usar un lubricante vaginal es una opción sencilla para evitar este síntoma.

A los 50... Si eres fumadora o acostumbras a beber alcohol conviene que dejes de hacerlo. Estos hábitos disminuyen todavía más los estrógenos, lo que intensifica la sensación de sequedad vaginal.

Tras la menopausia... La desaparición de la menstruación juega a tu favor porque se elimina el "miedo al embarazo", lo que se transforma en sentimiento de seguridad. Aprovechalo.

48 VIVIR

REPORTAJES, ARTE, NOSTALGIA, ACTUALIDAD...
EXTRA GLAMOUR

CÁNCER DE MAMA
EL NUEVO DILEMA

LA EXTIRPACIÓN PREVENTIVA DE LAS MAMAS EN PACIENTES SANAS CON ALTO RIESGO DE CÁNCER PLANTEA UN DEBATE GLOBAL. ANALIZAMOS LOS ARGUMENTOS A FAVOR Y EN CONTRA.



Suplemento 3.33 | Publicación periódica
MEDICINABLE

Mastectomía

EL GRAN DILEMA

¿Optarías por una CIRUGÍA profiláctica como la que se acaba de realizar Angelina Jolie? Analizamos los pros y los contras de esta decisión para ver en qué medida ayuda a evitar un futuro cáncer.

POR AMOR SÁEZ



el caso de Angelina Jolie ha abierto el debate. La actriz ha declarado, en una carta publicada el pasado mes de mayo en *The New York Times*, haberse extirpado las dos glándulas mamarias para tratar de prevenir un posible cáncer de mama. Los expertos aplauden su determinación, ya que, al detectarse mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2, tenía entre un 60 y un 80% más de riesgo de padecer esta enfermedad, la misma que se cobró la vida de su madre y su tía. Desgranamos las variantes de una decisión tan drástica.

¿Ser portador de una mutación de los genes BRCA1 o BRCA2 significa inevitablemente padecer un cáncer de mama?
ES CONDICIONANTE... «Realmente supone que el riesgo de desarrollar a lo

TEST GENÉTICO

La prueba Tras una exploración física y una completa historia clínica y familiar, un análisis de sangre sirve para decodificar los genes BRCA1 y BRCA2. Entre 14 días (por privado) y un año después (sistema público), tu oncólogo, ginecólogo, cirujano o enfermero recibe los resultados.

¿Para quién? Si ya padeces la enfermedad y/o tienes antecedentes de cáncer en la familia.

Precio En el sistema público está cubierto bajo prescripción. En el privado, cuesta unos 2.000 €.

Dónde Myriad Genetics España (Madrid, tel. 800 806 408); Centro Integral Oncológico Clara Corral (Madrid, tel. 902 10 74 69) y SEOM (www.seom.org).

033 126 www.wiley.com

REPORTAR

Noche del viernes al sábado 01.30h **1**
 Domingos 20.30h **24h**
 Miércoles, 05:30h y 16:00h **24h**

PORTADA VÍDEOS TODOS LOS PROGRAMAS SOMOS REPORT PARTICIPACIÓN

Report - Mi cuerpo vale 03 jul 2013

Donar semen, óvulos o someterse a ensayos clínicos a cambio de dinero se ha convertido en una opción para algunas personas en paro o con deudas hipotecarias. Hay quien va un poco más allá y vende su riñón en Internet.





Salud de la Mujer Dexeus alcanza más de un 60% de éxito de embarazo en pacientes de mal pronóstico
8 de Julio 2013

- El screening genético preimplantacional (PGS) en pacientes con baja respuesta sumado a la acumulación de ovocitos a través de vibración mejora la tasa de embarazo y reduce el número de intentos fallidos.
- Esta estrategia se ha presentado hoy en el encuentro anual del ESHRE, el principal congreso europeo de reproducción e embriología que tiene lugar del 7 al 10 de julio en Londres.

Barcelona, 8 de julio de 2013 – Un estudio elaborado y presentado por los expertos de Salud de la Mujer Dexeus (Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción del Hospital Universitario Gurién Dexeus) en el encuentro anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE) demuestra que la acumulación de ovocitos previa a la realización de un ciclo de diagnóstico o screening genético preimplantacional (PGS) alcanza una tasa de gestación clínica del 61,5% en pacientes con mal pronóstico reproductivo. El estudio se ha aplicado en pacientes procedentes de fecundación in vitro (FIV) que hayan tenido algún tipo de dificultad en el proceso de la reproducción asistida, y que tuvieran alguna de estas indicaciones: edad materna avanzada, fallos de implantación, abortos de repetición, factor masculino severo y otros.

Según palabras del Dr. Buenaventura Coroleu, Jefe del Servicio de Medicina de la Reproducción de Salud de la Mujer Dexeus, "el Diagnóstico o Screening Genético Preimplantacional (PGS) es una técnica de cribaje genético que permite seleccionar embriones sin anomalías genéticas/cromosómicas que incrementa las probabilidades de gestación y disminuye el riesgo de pérdidas embrionarias, mejorando así la efectividad del FIV".

La Dra. Mónica Parriego, especialista en Diagnóstico Genético Preimplantacional del Servicio de Medicina de la Reproducción de Salud de la Mujer Dexeus ha presentado hoy, en el European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), principal congreso europeo del sector que ha reunido a más de 7000 profesionales internacionales expertos en reproducción, el estudio elaborado en base a esta nueva estrategia desarrollada en Salud de la Mujer Dexeus.

El estudio se ha realizado entre enero de 2011 y diciembre de 2012 sobre 46 parejas con una respuesta inicial al tratamiento insuficiente para una técnica de PGS. El proceso consiste en realizar tantos ciclos de estimulación ovárica como fueran necesarios (media de dos ciclos) para obtener 10 ovocitos, cifra útil para el óptimo desarrollo de la técnica de diagnóstico genético preimplantacional. La edad media de las pacientes que se sometieron a este tratamiento y cuyas experiencias fueron recogidas en el estudio era de 38 años.

Se insertaron 12,6 ± 4,1 ovocitos por paciente y se obtuvo una tasa de fecundación del 73,8%. Es preciso remarcar que las tasas de fecundación de los ovocitos vibrados fueron equiparables a las obtenidas con los ovocitos frescos, y que los resultados obtenidos respaldan la estrategia de acumulación de ovocitos fueron muy superiores a los que hubieran obtenido realizando el PGS con un único ciclo.

Al 66,5% de las pacientes del estudio se les pudo practicar la transferencia embrionaria, consiguiendo un 61,5% de tasa de embarazo. Se trata de un porcentaje de éxito superior al habitual que según los últimos datos disponibles del Registro Nacional de Técnicas de Reproducción Asistida de la Sociedad Española de Fertilidad, es del 39,6% para PGS (Registro SEF 2010; www.registrosef.com).



Noticias agencias

Consiguen más de un 60% de éxito de embarazo en pacientes con mal pronóstico

DSG/2013 / 14, 10 h EFE

Los expertos de Salud de la Mujer Dexeus han presentado hoy, en el congreso European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) en Londres, un estudio que demuestra como han conseguido una tasa del 61,5% de embarazos en pacientes con mal pronóstico reproductivo.

Según un comunicado de la clínica de Salud de la Mujer Dexeus, el estudio demuestra que "la acumulación de ovocitos previa a la realización de un ciclo de diagnóstico o "screening" genético preimplantacional alcanzase una tasa de gestación clínica del 61,5% de en pacientes de mal pronóstico reproductivo".

La especialista en Diagnóstico Genético Preimplantacional Mónica Parriego ha presentado el informe delante de 7.000 profesionales internacionales expertos en reproducción en el encuentro anual que tiene lugar desde hoy hasta el diez de julio.

El tratamiento consiste, según el comunicado, "en realizar tantos ciclos de estimulación ovárica como fueran necesarios para obtener diez ovocitos, cifra útil para el óptimo desarrollo de la técnica de diagnóstico genético preimplantacional".

La media de edad de las pacientes sometidas a este tratamiento es de 38 años.

CENTRO DE SALUD



SALUD FEMENINA

Aleja las infecciones controlando la humedad

El aumento de las temperaturas, el sudor y los baños en el agua favorecen la multiplicación de los hongos, que pueden infectar la zona íntima provocando síntomas molestos como picor, escozor, inflamación... Descubre cómo actuar ante su presencia



DRA. OLGA SALAS
Responsable Unif. Tracto Genital
Interior, Dep. de Ginecología,
Ginecología y Reproducción
Institut Universitari Dexeus

Durante los meses estivales puedes pasar horas con un bañador mojado, sudar más... y ese incremento de humedad en la zona íntima favorece la proliferación de hongos (sobre todo de candidas) que infectan la zona. Es una alteración común (2 de cada 3 mujeres sufren una infección vulvovaginal por hongos a lo largo de su vida) y aunque no resulta peligrosa si es muy molesta. El picor o la quemazón en la vulva o vagina, el aumento de flujo (que además es de color blanco y consistencia pastosa)

y el enrojecimiento y sensación de inflamación en las partes externas de la vagina son los síntomas más característicos de este tipo de infección de la zona íntima.

VALORA TU RIESGO DE SUFRIR CANDIDIASIS

Se calcula que entre un 10 y un 50% de las mujeres pueden ser portadoras de candidas pero no manifiestan síntomas. Sin embargo, en determinadas circunstancias se facilita su multiplicación y se produce una colonización. Aunque la infección por hongos se puede transmitir por vía sexual, este no es el principal mecanismo para contraerla: lo

que más favorece la aparición de una candidiasis son los cambios en la flora vaginal normal, que puede desencadenarse en determinadas circunstancias:

- **Si has estado tomando antibióticos en los últimos meses...** Los lactobacilos son los microorganismos predominantes en la flora vaginal normal y son "buenos", ya que evitan que otro tipo de patógenos que también viven ahí infecten los tejidos. Los antibióticos a veces pueden deteriorar parte de esa flora vaginal protectora y esos otros microorganismos patógenos pueden aprovechar la circunstancia para colonizar e infectar la vagina.

44 SABER VIVIR

BBC

Ingresar

Menú

MUNDO BETA

Noticias | Última Hora | América Latina | Internacional | Economía | Tecnología | C

El médico español que "recupera" clítoris mutilados

Linda Pressly
BBC

© 29 julio 2013

Compartir

Rosa y Wenkune (no son sus nombres reales) son víctimas de la mutilación genital y esperan que una operación les cambie la vida. En Barcelona, España, hay un médico que les ofrece cirugía reconstructiva a mujeres africanas que, de niñas, sufrieron ablación de clítoris.



Rosa y su pareja Thiago.

Faltan tres semanas para su operación y Wenkune tiene miedo.

"Cualquier cirugía es algo aterrador. Pero esto es tan serio, te afecta tanto. Es difícil imaginar que algo que te han quitado hace tanto tiempo pueda ser reemplazado. No tienes idea de cómo te enfrentarás al cambio que viene", reflexiona.

Wenkune nació en Burkina Faso y lleva viviendo en España una década. Esta activista por los derechos de la mujer roza los 40 años y es madre de cuatro niños. Vive con el recuerdo de lo que le pasó cuando tenía cinco años.

"Es como una película en mi cabeza. Cada vez que voy a mi pueblo, me acuerdo. El lugar en el río donde me cortaron, la casa donde me llevaron después. Si has sido maltratada y abusada de esa manera, es algo que no te puedes sacar de la cabeza".

Ahora espera que la cirugía la pueda ayudar a recuperarse psicológicamente.

Lea también: Unas 30 millones de niñas en riesgo de sufrir ablación de clítoris



14 de julio de 2013

Medicina

Gestión sanitaria

Ginecología

SILVIA ONDATEGUI
Social Life Sciences
Emit & Young



A la cabeza de las patentes españolas

Cataluña recobra, por vez primera en cinco años, el liderazgo en el registro de patentes en España después de que, desde finales de 2007, quedara siempre por detrás de la Comunidad de Madrid. El peso catalán en el registro de innovaciones vuelve a crecer aunque la dinámica de registro sigue teniendo lugar principalmente a la baja. Según los datos recientes de la Oficina Española de Patentes y Marcas, para evaluar el tirón de patentes nacionales registradas, revela que Cataluña es la comunidad más activa en el momento de patentes. Para muestra un dato de este año: con 233 nuevas solicitudes entre enero y mayo, Cataluña representa el 18% del total de patentes presentadas. A continuación se sitúan Madrid, Andalucía y Valencia. Sorprende que un territorio tradicional-

Cataluña representa el 18% del total de patentes presentadas en España en los primeros meses del año

mente tan industrial como es el País Vasco tenga una pobre actividad innovadora. Ya que sólo ha tramitado 77 solicitudes de patentes en este periodo. En cualquier caso, Cataluña registra más cinco años de cada "registradora", si bien las cifras todavía están lejos de las que se contabilizarían antes del 2007. Las empresas innovadoras y que son activas a la hora de patentar, acaban disponiendo de unos activos intangibles que resultan de utilidad cuando se trata de captar inversiones. De la misma manera, también tienen la posibilidad de financiarse explotando la patente a través de un sistema de licencias. La teoría es clara pero, en materia de innovación, pocas veces resulta sencillo obtener los beneficios esperados de una patente en un tiempo limitado. Una patente es, en esencia, actividad intelectual que de ella se deriva una aplicación industrial. Mejores económicas, entre ellas Paul Krugman, premio Nobel 2008, han señalado la importancia que tiene la innovación para asegurar la competitividad del país. El debate en materia de patentes tiene relación con dos fuerzas: la innovación y la transferencia de tecnología. El equilibrio entre ambas genera un impacto en los niveles de salario, en la distribución de ingresos y en el acceso y producción de bienes.

Picor vaginal, posible infección

Candidiasis y *gardnerella* responden a cambios en la flora bacteriana

No todas las afecciones vaginales tienen una causa sexual. Las infecciones vaginales por hongos, conocidas como candidiasis, o la vaginosis bacteriana, especialmente *gardnerella*, son más frecuentes de lo que pensamos muchas personas. No se consiguen de transmisión sexual, de hecho afectan a todas las edades, si bien es cierto que pueden compararse con las relaciones. Tienen en común un exceso de flujo que generalmente cambia el olor, el color, la consistencia y que, además, produce picor. De hecho, éste es el síntoma más frecuente pero, señala Olga Salas, jefe de la unidad del tracto genital inferior de Salud de la Dona Dexeus, "en todo lo que pica son infecciones. Existen alteraciones no infecciosas por alergias, traumatismos o irritación vaginal, entre otras". Sea como fuere, precisamente todas las infecciones representan casos banales y benignos que suelen curarse con tratamiento tópico.



Durante el verano son más frecuentes las infecciones, especialmente por hongos.

Los especialistas recuerdan la importancia de no permanecer con la zona vaginal húmeda durante mucho tiempo

En la vagina sobreviven unas bacterias beneficiosas, los lactobacilos, que mantienen estable los niveles de otros microorganismos patógenos que provocan en el sistema reproductivo de una mujer. Estas bacterias se alimentan del ácido que se almacena en las células de la pared vaginal y lo metabolizan, convirtiéndolo, entre otras cosas, en ácido láctico y peróxido de hidrógeno. Esta condición favorece que la mucosa vaginal mantenga un entorno con un pH superior para sobrevivir. Por tanto, los lactobacilos hacen que sean organismos extraños que llegan a la vagina no encuentren un entorno adecuado para su proliferación. Ese equilibrio entre lactobacilos y otras bacterias forma lo que se conoce como flora bacteriana, imprescindible para mantener la vagina libre de infecciones. A esta condición se unen las hormonas que, con sus constantes cambios, generan una alteración en los niveles de los

microorganismos y, por tanto, predisponen a una infección. Así, durante el embarazo y la menopausia o tras haber usado anticonceptivos el riesgo aumenta. Los síntomas, asegura Olga Salas, son notorios y casi siempre reconocibles. A veces se manifiestan tal y como llegamos, aunque es importante acudir al especialista si se detectan y, especialmente, si empeoran. Prurito, irritación y enrojecimiento son las más frecuentes. Suelen aparecer en la zona vulvar. Además, con la candidiasis el flujo se vuelve de un blanco espeso y de una consistencia cremosa. En cambio, con la *gardnerella* el flujo suele ser de un color verdoso y de una consistencia más líquida. Algunas mujeres también experimentan dolor durante las relaciones sexuales y ardor al orinar.

El diagnóstico inicial es muy sencillo. Se recoge una muestra de flujo y, en el mismo momento, se lleva a cabo un examen en fresco para poder hacer un diagnóstico preliminar. Normalmente con sus constantes cambios, generan una infección. Se centra en el uso de cloro-



AUDIOS

Contenido de Hoy por Hoy

Médico español "recupera" clítoris mutilados



Médico español "recupera" clítoris mutilados. En Caracol Radio, Pere Barri Soldevila

HOY POR HOY | JULIO 31 DE 2013

00:00 00:00

llevar este audio a otro destino

W RADIO

Ingresar | Registro gratuito

Inicio | Escucha | Noticias | Multimedia | Especiales | Emisoras | Blogs W

Temas actuales: Expresidentes | Educación | Narcotráfico | ONU | Música | Ecuador | Fiscal general

Entrevistas W

Contenido de La W Radio

Doctor Pere Barri Soldevila explicó la reconstrucción genital para mujeres por ablación

El director del programa de reconstrucción genital en Barcelona, habló de cómo ha cambiado la vida de las víctimas de la técnica de ablación en África, con el proceso de reconstrucción.

LA W RADIO | AGOSTO 2 DE 2013

PLAY 00:00 00:00

llevar este audio a otro destino

Foto: EFE

CENTRO DE SALUD

SALUD FEMENINA

La incontinencia es un problema con solución

No solo es cuestión de edad ya que se puede sufrir a los 40 o a los 50 por diversas causas. Pero tampoco hay que considerarlo algo común, poco grave y con lo que hay que vivir. Existen soluciones efectivas para resolverlo

DR.ª MURIA SANO
Catedrática de Ginecología y Obstetricia en la Universidad de Murcia

Tener "miedo" a reír por temor a que se escape algo de orina, angustiarse al toset o correr por si algunas gotas mojan las braguitas... Según las encuestas, más del 30% de las mujeres sufre incontinencia en diferentes grados y estadios, pero apenas un 15% de ellas solicita ayuda médica, aunque afecte a su calidad de vida. Pero no hay motivos para seguir viviendo así:

escenas a diario, ya que la incontinencia urinaria se puede resolver en el 90% de los casos.

¿CUÁNDO HAY QUE IR AL MÉDICO?

- **A cualquier edad.** Se calcula que la incontinencia afecta hasta un 50% de las mujeres mayores de 60 años pero también afecta al 30% de las mujeres de mediana edad y al 20% de las jóvenes.
- **Al menor indicio.** Siempre que se presente este problema, sea cual sea el grado de afectación, pregunta a tu médico. Mediante técnicas de fisioterapia se pueden corregir las pérdidas y esta técnica, iniciada precozmente, puede prevenir la aparición de trastornos del suelo pélvico.

¿SABES POR QUÉ TE OCURRE?

- **Lo más habitual** es que la incontinencia tenga que ver con la debilidad de la musculatura que cierra y sostiene toda la parte baja del abdomen (vejiguita, recto e intestinos). Cuando "falla" esta com-

junto de músculos, conocido como suelo pélvico, los órganos que sostienen se pueden desplazar y en función de lo que se "muevan", se produce la incontinencia urinaria. Ocurre esta cuando aumenta repentinamente la presión intrabdominal (al andar, bailar, toser, estornudar, etc.).

- **En otras ocasiones**, cuando se sienten ganas impetuosas de ir al baño pero no da tiempo a llegar se produce una incontinencia de urgencia o el problema es consecuencia de que se

52 VIVIR





Salud y Medicina

el Periódico 11 DE AGOSTO DEL 2013

VENTANA DEL PACIENTE

Casi un millón de alérgicos al veneno de las abejas

CELA LLIBRAS

Presidenta de Asociación de Alérgicos al Picadura de Himenópteros (AAAPH)

ADAPHÍ murió hace 14 años en Lleida por iniciativa de algunas personas alérgicas. Desde entonces se ha creado una asociación que, principalmente, presta asistencia y dar apoyo moral y social a todos aquellos pacientes que comparten esta condición. También quiere mostrar la misma vulnerabilidad con las personas alérgicas a los picaduras de insectos.

Queremos dar a conocer esta sociedad a través de esta alergia, una muy desconocida, según los profesionales sanitarios, y dar la conciencia a la existencia de tratamientos para paliar los efectos ante una picadura y ante una reacción alérgica. También sensibilizamos a los profesionales sanitarios, en España hay cerca de un millón de personas alérgicas al veneno de abejas y avispas (más de 10 millones en el extranjero) y con un potencial peligro de muerte, pero que pueden ser tratados.

Queremos saber que tipo de alergia tiene un componente de alergia emocional muy importante, ya que a diferencia de otros alérgicos en los que pueden controlar a su alergia, en este caso no, ya que no podemos evitar la reacción alérgica de un insecto por lo que afecta a su vida y a su salud.



Actualmente la vida del paciente se ve afectada, especialmente la de algunos colectivos como pueden ser los comedores, ya que al llevar la comida tienen muchas probabilidades de que esa comida insectos y alérgicos. Nuestra asociación nació en diciembre de 2007 que el Servicio Catalán de la Salud conociese la gravedad de esta enfermedad de inmunorreactiva en toda la red de hospitales públicos de Cataluña y el suministro de los kits de diagnóstico y tratamiento de los hospitales, ya que este tratamiento debe ser necesariamente hospitalario y ante supervisión médica. Anteriormente se debía tratar en centros de salud.

Con la colaboración de:

farmaindustria

SALUD DE LA MUJER

¿Por qué no llega la cigüeña?

El estrés y la obesidad influyen negativamente a la hora de concebir, los especialistas aconsejan visitar al ginecólogo antes de querer ser madre



SOFA LARRUCEA

Relata el cuento que un buen día la cigüeña llegó a casa y con ella llegó la alegría de un hijo, lo que no explica la fibrosa es qué pasa cuando se llama a la cigüeña y ésta no aparece. El deseo de muchas parejas es ser padres. Un deseo que, en algunas ocasiones, se cumple con dificultad. A pesar de lo que algunas personas creen, la toma de anticonceptivos no influye en la fertilidad posterior de la mujer, lo que sí influyen son la edad —cada vez más tarde—, la obesidad, los malos hábitos de vida y el estrés. Por ello, intentar ser madre antes de los 40 años, una vida activa, no fumar y, sobre todo, no apretarse, son las claves para que la cigüeña llame cuando se llama.

La edad media en nuestro país para ser madre es de 31 años, de ellos, un 78% lo conseguirá. A más edad, mayor dificultad para concebir. Este porcentaje de éxito va disminuyendo conforme pasan los años. De este modo, hasta 35 lo lograrán en un 60% de los casos y de los 40 lo conseguirán en un 44% de los casos. La reserva ovárica de la mujer disminuye conforme pasan los años y a partir de los 37 esta disminución es más brusca. Además, la calidad de los óvulos cada

vez es peor", explica Sofía Fournier, médica adjunta especialista en obstetricia de la clínica Salud de la Mujer Dexeus. Las mujeres nacen con un número determinado de óvulos y, añade Fournier, "desde que empiezan a tener la regla van utilizando los mejores, por tanto, cada vez los quedan óvulos de peor calidad".

Pero no sólo la edad es un factor determinante. La obesidad y el sobrepeso, cada vez más frecuentes entre la población, son otro de los principales problemas. Según la última Encuesta Nacional de Salud, el sobrepeso ya afecta al 57% de la población, de este porcentaje un 17% tiene obesidad. Las mujeres que padecen estos problemas pueden encontrar complicaciones tanto en el momento de concebir como durante el embarazo del embarazo. Poseen un peor funcionamiento hormonal de los ovarios, se vuelven más lentos. Además, pueden tener problemas de arrastre o de tiroidea. La patología tiroidea

también es un factor que dificulta el embarazo o que aumenta la probabilidad de sufrir abortos durante el primer trimestre", añade la especialista Fournier. Por ello, la ginecóloga recomienda a visitar al médico antes de quedarse embarazada, hacer ejercicio y no fumar. El tabaco disminuye la fertilidad hasta un 50%. "Hoy en día tenemos mucho interés en que las parejas vengan al médico cuando se quieren quedar embarazadas para que les podamos aconsejar en cada caso", apunta. Entre otras cosas, es importante que se hagan un análisis de sangre para comprobar que su estado de salud general es correcto. "En el momento en que desean ser madres también recomendamos que empiecen a tomar un suplemento de ácido fólico, un medicamento para reducir el riesgo de que el bebé nazca con defectos serios en el desarrollo", explica la ginecóloga Sofía Fournier.

Muchas parejas empiezan a buscar el embarazo con alegría y entusiasmo, pero conforme pasa el tiempo pueden comenzar a apretarse y a preocuparse al ver que no hay resultado, aspecto que influye negativamente. "Estar demasiado que el estrés dificulta un poco el embarazo, por eso, no está de más practicar yoga o pilates para relajarnos. No deben obsesionarse, hay mujeres que se quedan embarazadas a la primera y otras que tardan más", señala la ginecóloga de Dexeus. "Una mujer joven y sana no tiene por qué tener dificultades para quedarse embarazada", añade. De hecho, se estima que el 80% de las parejas jóvenes consiguen concebir en el período de un año. Por ello, si se siguen unas sencillas pautas, en la mayoría de los casos no deben encontrar trabas. El día más fértil de una mujer, cuando el ciclo ovulatorio de 28 días, es el 14 desde el primer día de la regla. Por lo tanto, del 10 al 20 son los mejores días para poder concebir. Asimismo, la especialista recomienda mantener los relaciones con frecuencia de una a dos veces por día y en un día fértil, se debe tener relaciones más lentas. "Además, si se manifiesta a diario la capacidad del semen disminuye", concluye Fournier.

Elige tu método de prevención. Elegir el mejor centro, aún más.

El mejor método de prevención de embarazo.

EXCLUSIVO DEXEUS

91 227 81 51

Nueve meses

Mujeres mejor informadas y preparadas, nuevos AVANCES de diagnóstico prenatal y programas a la carta de preparación al PARTO y de recuperación han cambiado la forma de abordar el embarazo. Así es hoy la MATERNIDAD

Fotografía: Paul Belluurt. Texto: Carmen Lanchares

La maternidad de Kate Middleton, la embarazada más mediática del año (con permiso de Sara Carbonero), la de Penélope Cruz o la de Halle Berry, con 46 años, así como una larga lista de embarazos informados, además de tener más voz y voto en el proceso. Empecemos por el principio. ¿Hay una edad ideal para ser madre? «La edad idónea biológicamente es entre los 20 y 30 años, pero no coincide con la edad social en que solemos tener los hijos (32-4 años es la media en España). Ahora interpretamos como edad idónea aquella en la que la mujer se encuentra preparada para tener el bebé, siempre que no baje de los 16 o supere los 40 años. Hay mujeres que por condiciones laborales o sociales, como por ejemplo segundos matrimonios, tienen hijos más tarde», afirma la Dra. Ariana Serrano, médica adjunta y especialista en ginecología y obstetricia de Dexeus Salud de la Mujer (Tel. 912 274 760, Barcelona).

Pero más allá de moda y del boom mediático, hemos corroborado que en el siglo XXI, la maternidad se percibe y se

SALUD



¿CÓMO DETECTARLOS?
¿SUPONEN ALGÚN RIESGO?

Problemas de útero

SEÑALES QUE TE AVISAN

Muchas mujeres viven sin saber que tienen un problema en el útero hasta que intentan quedarse embarazadas. Estar atenta a sus síntomas te ayudará a ponerle remedio cuanto antes.

Dra. Alicia Úbeda
Jefe del Servicio de Ginecología de Salud de la Mujer Dexeus.

¿Qué señales pueden darnos una pista de que algo va mal en nuestro útero?
En general, unas reglas abundantes o muy dolorosas, que impiden la vida cotidiana de la mujer en esos días. De darse, debería consultarse con el ginecólogo para que estudie la posibilidad de que tengamos algún problema en el interior del útero y que a partir de dicho diagnóstico pueda orientarnos respecto a las posibles soluciones: tanto médicas como quirúrgicas que pueden aplicarse.

¿Y cuáles son los problemas que suelen afectar al útero?
Los dos problemas más importantes son los miomas o fibromas uterinos y las alteraciones de la mucosa menstrual (endometrio), que afectan a la calidad de la regla.

En el caso de los miomas, ¿cómo se manifiestan?
Según el número, el tamaño y la situación pueden no dar lugar a síntoma alguno o bien causar problemas de fertilidad o provocar menstruaciones muy abundantes y dolorosas.

¿Y qué síntomas provocan las alteraciones del endometrio?
El endometrio es la membrana o "alfombra" que recubre el interior del útero. Al desprenderse cada mes, da lugar a la menstruación. Sus cambios pueden deberse a un aumento del grosor (reglas más abundantes), una disminución del espesor (reglas más escasas) o crecimientos locales (que se denominan pólipos endometriales y que pueden provocar pérdidas entre reglas).

¿Cómo se tratan estas alteraciones del endometrio?
Depende del problema y de su origen. Si las reglas son abundantes por crecimiento del endometrio, pueden darse tratamientos que actúan la cantidad (tanto coagulantes como hormonales, según el caso); si es por defecto, pueden darse hormonas. En todos ellos, deberán estudiarse otras posibles causas: el tiroides, la prolactina, etc.

Todas esas patologías, ¿suelen detectarse en una revisión ginecológica habitual?
Sí. Si durante la revisión la mujer explica que sufre de reglas abundantes o dolorosas, o bien si durante la palpación el ginecólogo nota un nódulo uterino, probablemente solicitará que se

¿ES TU CASO?

Miomas uterinos, un problema muy extendido

¿Qué son?
Los miomas son un crecimiento de las fibras musculares que forman la cubierta exterior del útero. Pueden situarse en el interior, en el espesor o en el exterior del útero.

Muy habituales
Son el problema de útero más frecuente y hasta un 25% de las mujeres por menstruaciones pueden presentarlos. Se dan sobre todo en las mujeres entre 30 y 50 años.

Si no da problemas
Solo en un 20% de los casos da lugar a síntomas. Si no provoca molestias, en la mayoría de los casos no se trata, simplemente se controla si crece mediante exámenes periódicos.

Los tratamientos
Según los síntomas y el deseo de embarazo, pueden ser médicos, quirúrgicos o paliativos con ultrasonidos (HIFU) o embolización (oligometría) de las arterias que irrigan el útero.

FOTOS: OLYMPIA

CENTRO DE SALUD



SALUD FEMENINA

El riesgo de heredar un cáncer de ovario o mama

Si en tu familia ha habido casos de tumores ginecológicos es probable que te preocupe padecer la misma enfermedad en el futuro. Aunque no tiene por qué suceder, hoy en día existen formas de valorar tu riesgo de una manera muy precisa

DRA. MAITE CUSIDÓ
Jefe de la Unidad de Riesgo Oncológico de Salud de la Mujer Dexeus (Barcelona)

El caso de la actriz Angelina Jolie, que se sometió a una doble mastectomía para prevenir el cáncer de mama que habían tenido su madre y su tía, ha hecho resurgir un temor, el de si esos cánceres se heredan. Conviene aclarar conceptos para saber a qué atenerse.

¿SUFRIRÉ EL MISMO TUMOR QUE MI MADRE?
En realidad, que hayamos tenido algún familiar con cáncer no significa que vayamos a padecerlo porque esta enfermedad no es estrictamente hereditaria. Lo que se puede transmitir de padres a hijos son los factores de riesgo que pueden incrementar la posibilidad de sufrir la enfermedad, o más concretamente "errores" en ciertos genes que hacen que una persona sea más propensa a desarrollar el tumor.

• **Tu riesgo aumenta pero no significa que lo vayas a tener.** En el caso de los cánceres ginecológicos lo que aumenta el riesgo de sufrirlo es presentar alteraciones en dos genes en concreto, los conocidos BRCA1 y BRCA2. Por ejemplo, las portadoras de la mutación en el gen BRCA1 tienen sobre un 80% de riesgo de padecer cáncer de mama y un 39% de cáncer de ovarios. Todas las personas tenemos estos genes, por lo que las alteraciones de los mismos las podemos heredar tanto del padre como de la madre. Identificar esos "errores" precozmente aporta importantes beneficios a la hora de adelantarse a la aparición del tumor, ya sea intensificando los controles para atacarlo en sus primeras fases o, en el caso más extremo, frenando la aparición de la enfermedad con cirugía.

• **La mayor parte de los cánceres son de origen esporádico.** Solo entre el 20% y el 25% de los cánceres tienen

48 | LASO VIVIR



CATALUNYA
RÀDIO
Inicia sessió | Registra't

En directe | Àudios ▾ | Vídeos | Programes | Programació | Participa

INICI > AUDIOS > EL MATÍ DE CATALUNYA RÀDIO > MEDALLES D'OR DE LA GENERALITAT

Medalles d'Or de la Generalitat

10/09/2013 | El matí de Catalunya Ràdio

Parlem amb les tres dones que aquest any rebran el distintiu. Són la biòloga Anna Veiga, la cuinera Carme Rusalleda i l'activista Núria Gispert.

- [Afegeix-lo als Meus Àudios](#)
- [Descarrega-te'l](#)
- [Escolta'l en pop-up](#)
- [Podcast del programa](#)

Inicia sessió | Tweet 0 | +1 0 | + 1

Enllaç: Embed:

24 LA VANGUARDIA

POLÍTICA

MIÉRCOLES, 11 DE SEPTIEMBRE DE 2013

L'Onze de Setembre El reconocimiento de la Cámara

El Parlament entrega las Medallas d'Honor a la activista social Núria Gispert, la cocinera Carme Ruscalleda y la bióloga Anna Veiga

Catalanas de vanguardia



Talento y compromiso. El Parlament galardonó a Anna Veiga, Carme Ruscalleda y Núria Gispert por sus trayectorias vitales, "ejemplo de talento y potencial transformador"

BARCELONA Redacción

El Parlament ha otorgado un explícito reconocimiento a la contribución de las mujeres al progreso social, cultural y científico de la sociedad. La Cámara catalana entregó su Medalla d'Honor a la activista social Núria Gispert, la cocinera Carme Ruscalleda y la bióloga Anna Veiga el lunes. Se trataba, según la exposición de motivos, de "reconocer la incidencia creciente de las mujeres en varios ámbitos de la vida pública de Catalunya y destacar al mismo tiempo trayectorias vitales que son ejemplo del talento femenino y del potencial transformador que tiene para la sociedad".

El acto tuvo un profundo significado: tres mujeres galardonadas por un Parlament presidido por una mujer, y con la presencia cívica y orgullo de una mujer, la periodista Kiberdía Ricca. Y la curiosa singularidad de que una de las premiadas está compuesta, también, con la presidenta de la Cámara, Núria

de Gispert. La primera en recibir la medalla fue precisamente la cocinera social Núria Gispert, medalla ya llamada "mar de leche" desde 1936. Pero durante su intervención, su energía vital y su pasión por la justicia dejaron atravesado el peso de esa abstracción "insustancial" en los que se convirtió en una pionera del compromiso social y la emancipación de la mujer. Llevada en su gastronomía, fundadora de múltiples entidades, concejal en el Ayuntamiento de Barcelona y presidenta de Cáritas Gispert quiso compartir el galardón "con todas las que trabajan para mejorar las condiciones de vida de la gente" y reveló que "la honorificancia no es suficiente". Apeló a "la defensa de los más débiles", desde la calle o desde las instituciones, y evocó un alterado concepto de la política: la que se hace "mirando a los ojos de la gente".

Por su parte, la prestigiosa cocinera Carme Ruscalleda (Sant Pol de Mar, 1952) reunió su trayectoria en una sola frase: "La mujer me acompaña, pero ya también la trabajo". La persona que ha con-

tribuido a hacer de Catalunya "una potencia de primer orden en el ámbito de la gastronomía", cuyo reconocimiento en Sant Pol de Mar ha obtenido tres estrellas Michelin y que en el 2004 abrió una en Tokio que cuenta con dos estrellas, reconoció al ADN catalán como un trabajo de calidad y honorabilidad. Y lo reunió con una aguda ironía al decir que "algo más que un "delicious cup of café con leche".

Finalmente, el elogio del trabajo en equipo estuvo presente en la nominación de Anna Veiga (Barcelona 1950), doctora en ciencias biológicas, pionera desde el Instituto Danone en la fundación de vitro y que participó en el primer nacimiento en España con esa técnica, en 1984. Científica puntera en el estudio de las células madre, Veiga avisa contra los recortes en investigación porque "dahan al motor de la sociedad". A su vez, en su discurso de clausura, Artur Mas aludió a las galardonadas como un ejemplo "del talento femenino y catalán", que "representan la Catalunya que queremos construir".

Florencio Domínguez



Mas y Rajoy

La reanudación del diálogo entre el presidente de Gobierno español y el de la Generalitat se por sí misma una buena noticia, aunque del restablecimiento de la comunicación no haya salido más acuerdo que el de seguir hablando. En medio de una crisis institucional es bueno que los responsables políticos tengan una relación directa, aunque solo sea para expresarse directamente y a la carta las diferencias que los separan.

En que ocurre durante cinco meses entre sí los habrán leído o escuchado y no es seguro que a la salida cuenten lo que realmente se ha hablado. Hay más posibilidades de que cuenten lo que los intereses han hablado sobre el contenido de la conversación con Mariano Rajoy y Artur Mas son difíciles de creer. A pesar que se una sea la trayectoria del presidente del Gobierno parece poco probable que lo aceptado firmada que permitiera realizar en Catalunya una consulta sobre el derecho a decidir sin atarse en la construcción. El jefe del Gobierno central se acerca a sus interlocutores, pero eso no implica la razón ni acercarse a sus posiciones. Y a no que se le proponga a Rajoy i recalla que ha mantenido varias reuniones con el titular de la Moncloa para tratar sobre el final del gobierno. El lehendakari Urkullu ha expuesto sus planteamientos reiteradas veces, pero no ha logrado que se interloque cambie de postura.

Al Gobierno de Rajoy se le ha reprochado, y con no poca razón, no haber dado un combate ideológico y político más honesto para rebatir las argumentaciones del soberanismo catalán, la reprobada posibilidad de un momento de más "efervescencia cuando se libra una batalla ideológica de alta intensidad en la que está en juego un futuro conjunto de España

Rajoy escucha a sus interlocutores, pero ello no implica acercarse a sus posiciones

y Catalunya. Se destaca la diferencia de la actitud de Rajoy con la combatividad que muestra el Ejecutivo de Cameron hacia el independentismo escocés.

La agónica pasividad del Gobierno central no es fructuosa. Lo dicho de la boda, al modo de la opción por una estrategia diferente cuyo éxito o fracaso no determinará el tiempo. Rajoy ha agitado por una firmeza no ostentada, resistiendo que se guíe por los límites que establece el marco constitucional al tiempo que busca mostrar una cara amable hacia Catalunya que le garantice el acercamiento a sectores importantes de la sociedad catalana, sectores como el empresariado, a fin de que sean estos quienes, desde dentro, presionen al nacionalismo hacia la moderación.

Tal vez en la mente del jefe del Gobierno i líder del Partido Popular está el recuerdo de la facilidad con que en el pasado se ha actuado en Catalunya un sentimiento anti-PP que ha sido capitalizado en beneficio propio por otros partidos políticos y que ha propiciado la marginación y pérdida de eficacia del discurso de los populares en la sociedad catalana.

RECONeixEMENTS

Ruscalleda, Veiga i Gispert reben la Medalla d'Honor del Parlament

ARA

BARCELONA. La cuinera Carme Ruscalleda, la bióloga Anna Veiga i l'activista social Núria Gispert van rebre ahir la Medalla d'Honor en categoria d'or del Parlament. El president de la Generalitat, Artur Mas, va recalcar en la seva intervenció que la Catalunya que es vol construir "entre tots és la que representa el talent i els valors" de les tres persones guardonades. Amb la distinció concedida, el Parlament va reconèixer la incidència creixent de les dones en diversos àmbits de la vida pública de Catalunya i va destacar, a l'hora, trajectòries vitals que són exemple del talent femení.

Carme Ruscalleda (Sant Pol de Mar, 1952), una de les cuineres més reconegudes, va rebre la distinció per la seva contribució a fer de Catalunya una potència gastronòmica. Anna Veiga (Barcelona, 1956) és una de les biòlogues catalanes més prestigioses. La medalla premia la seva carrera científica, molt reconeguda en l'àmbit de la reproducció assistida, el tractament de l'esterilitat i el desenvolupament embrional. Núria Gispert (Barcelona, 1936), mestra de formació i activista social, va presidir Càritas Diocesana de Barcelona (1998-2004), tot i que també ha participat en la política municipal, així com en l'activisme veïnial i cívic. —



La presidenta del Parlament, Núria de Gispert, lliura la distinció a Carme Ruscalleda. ACP

JORNADES GASTRONOMIQUES DE LA

GAMBA DE VILANOVA

del 18 de juliol al 23 de setembre

Gamba de Vilanova

"una experiència enogastronòmica singular i única"

Una iniciativa del Consell de Vilanova i la Geltrú, el sector del peix de Catalunya, participen en la primera edició d'aquesta iniciativa que tindrà com a punt de partida la celebració de la Festa de la Gamba de Vilanova.

www.gambadevilanova.cat

De lunes a viernes a las 11:50 y a las 19:30 2

PARA TODOS LA2

PORTADA A LA CARTA ENCUENTROS DIGITALES EL PROGRAMA ● DIRECTO

Para Todos La 2 - Debate: Maternidad y Discapacidad 24 sep 2013

Para muchas mujeres la maternidad es la mejor experiencia de la vida, pero todos sabemos que los niños no vienen con un manual debajo del brazo. Y las mujeres con discapacidad todavía tienen más dificultades, como los prejuicios sociales. ¿Cómo los superan? ¿Son los mismos para padres que para madres? Coloquio entre **Ana Peláez**, Comisionada de Género del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, directora de Relaciones Internacionales de la ONCE y miembro del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU; **Estrella Gil**, autora de "Maternidad adaptada" y "Diario de una mamá canguro", escritos a raíz de su experiencia como madre con parálisis cerebral (<http://maternidad-adaptada.blogspot.com>); **Anna Gilabert**, psicóloga del Instituto Guttmann; y **Dalia Rodríguez**, ginecóloga del Instituto Universitario Dexeus.

▲ Ver menos sobre "Para Todos La 2 - Debate: Maternidad y Discapacidad"



ver video 2

PONLO EN TU WEB

Las 10 noticias DE LA SEMANA

Modelos Special Post Surgery Bras, de Women's Secret (22,90 €)

4

Meses de colaboración entre pacientes, médicos y la marca han dado como resultado un producto revolucionario. La top española Abiquena Alonso protagoniza la campaña.

'UNDERWEAR' SOLIDARIO

WOMEN'S SECRET Y LA CLÍNICA DEXEUS DISEÑAN UN SUJETADOR PARA MUJERES QUE HAN SUFRIDO UNA MASTECTOMÍA. ¡EL PROPÓSITO? NORMALIZAR SUS VIDAS.

Por Patricia Salas

«TARDABA DOS HORAS en maquillarme porque tenía que dibujarme las cejas. ¡Hasta me quedé un pestañeo!», recuerda Chel, catalana de 45 años, sin imitarlo. Su voz es fuerte y decidida. Ha sobrevivido a un severo cáncer de mama en su pecho derecho, pero no baja la guardia: «He tenido la suerte de poder costearme una peluca en condiciones, algo que no está al alcance de todas. Por eso quiero donarla a la Asociación Española Contra el Cáncer. Pero hasta que no supere los controles trimestrales que tengo que pasar este año no me atrevo a desprenderme de ella».

Chel es una de las cuatro pacientes de la Clínica Dexeus en Barcelona que ha colaborado en el diseño de la colección *Special Post Surgery Bras* de Women's Secret, «para que las mujeres que han sido operadas de cáncer de mama no tengan que ir a comprarse un sujetador ortopédico color carne a tiendas especializadas», cuenta la doctora Casado, jefa de la Unidad de Riesgo Oncológico de Salud de la Mujer Dexeus. «Tres médicos de la unidad de mastía hemos participado en el diseño de tres modelos de sujetadores —línea deportiva, casual y sofisticada— muy firmes, a precios asequibles y para todas las tallas y edades. ¿El objetivo? «Que las mujeres que hayan sufrido una mastectomía normalicen sus vidas, y puedan comprar la ropa interior en las mismas tiendas donde iban antes de operarse, sin tener que renunciar a su feminidad y sensualidad», explica.

La doctora Ana, jefa de la Unidad de Mastología de Salud de la Mujer Dexeus, es otra de las profesionales que se ha apuntado, sin dudar, a la iniciativa. «Tengo familiares que han sufrido la enfermedad, soy mujer y además, al final, acaba haciéndote amiga de tus pacientes», señala.

SUS CARACTERÍSTICAS
Se trata de sujetadores que llevan un botellito incorporado para sostener la prótesis mamaria. Los diseños son más altos en la zona del esternón, cerrados de coste, y los tejidos son más suaves y elásticos. «El proyecto ha sido ambicioso y ha contado con los mejores diseñadores y patronistas de Women's Secret, así como con pacientes, ortopedistas y ginecólogos del área de Oncología de Dexeus», detalla Anna Aubert, directora de marketing de la firma leonesa. Su precio no llega a los 25 euros, y están disponible desde esta semana en 70 puntos de venta de la marca y en su web, Womenssecret.com.

En su espíritu 'normalizador', se ha utilizado, además, a la misma modelo que en su catálogo de temporada. «La prevención es esencial. Cuando noté una pequeña malformación en mi pecho derecho no me alerté, me fui de viaje, después llegó la Navidad... y no acudí al ginecólogo hasta que tuve mi visita anual de rigor, dos meses después. Para entonces, el tumor ya estaba muy desarrollado», continúa relatando Chel, quien ya ha superado interminables sesiones de quimio, una mastectomía y otras sesiones de radioterapia. «Durante el año de tratamiento aprendí a escucharle, a cuidar mi alimentación y a parar cuando el cuerpo me lo pedía. Pero presenciaré continuar con mi rutina. Me salda el mundo a la que me encontraba mínimamente bien. Aprendí a convivir con el cáncer».

38 GRAZIA | 15 DE SEPTIEMBRE DE 2013



26 de septiembre de 2013 • 16:49

Lencería que combate el estigma del cáncer de mama

[Facebook](#) [Twitter](#) [Google+](#) [LinkedIn](#) [Pinterest](#) [Comentarios](#)

La firma Women'secret ha ideado, en colaboración con un equipo especialista en patología mamaria, una línea de lencería especialmente diseñada para mujeres que han sido operadas de cáncer de mama, con un diseño "funcional" pero que también tiene un "beneficio emocional".

"Las mujeres operadas de cáncer de mama no suelen utilizar ropa de ortopedia, que les recuerda cada día su enfermedad", ha explicado hoy el doctor Pedro N. Barri, presidente del Centro Salud de la Mujer Dexeus, que propuso a Women'secret esta iniciativa, y cuyo equipo de médicos ha participado en su diseño.

Médicos, patronistas y diseñadores de la firma de lencería española, junto con varias pacientes, han colaborado en la creación de cuatro conjuntos de ropa interior -formados por sujetador y braga-, que estarán disponibles a partir del 1 de octubre en setenta puntos de venta de la firma y en su tienda en internet.

"Antes, la vida de una paciente acababa cuando llegaba a nuestras manos, el tiempo que ganaba era pura casualidad. Ahora sobreviven el 90 por ciento de las pacientes, por eso tenemos que pensar no solo en cantidad, sino también en calidad de vida", ha argumentado Raia Fátregas, médico especialista en ginecología oncológica.

Chel Alcántud, una de las pacientes que ha participado en el proceso, ha contado hoy en la presentación en Madrid cómo, una vez operada, ya no podía ir a comprar a grandes almacenes, solo encontraba ropa interior adaptada a sus necesidades en un reducido número de ortopedias.

"Hay una deuda a la que vamos todas, y cuando entras en ella, es como 'Casa Cáncer', con una flecha que te señala y te dice, 'Tú has tenido cáncer, estás mastectomizada'", ha explicado emocionada esta mujer, que ya ha superado la enfermedad.

Los productos de estos puntos especializados, ha añadido, suelen ser más caros que el resto de establecimientos, y en el caso de los sujetadores superan los 60 euros.

"No se debe negociar con una enfermedad", ha dicho Alcántud, quien ha valorado positivamente que el precio de los diseñados por la firma de moda española sea el mismo que el resto de su catálogo, entre 23 y 27 euros.

Las diferencias con el resto de sujetadores de este catálogo es a simple vista imperceptible, aunque la pieza resulte una "auténtica obra de ingeniería", ha explicado Mar Ponce, responsable del departamento de corsetería de Women'secret y que ha participado en su diseño.

El sujetador tiene, además de los compartimentos para introducir las prótesis, tirantes "más anchos" para sujetar "mejor" y un cierre con más amplitud que los convencionales con el fin de adaptarse a la hinchazón que suele provocar la medicación.

También un escote y una sisa más altos para "disimular las diferencias de volumen" y ocultar diferencias de piel si la mastectomía ha alcanzado la axila, ha añadido Ponce.

Se ha partido de un "patrón de sujetador deportivo" y, aunque está especialmente destinado a las mujeres con estas características, "cualquier mujer puede utilizarlos".

En España se diagnostican cerca de 22.000 casos de cáncer de mama cada año -supone el 30 por ciento de los tumores que afectan a las mujeres-, mientras que se estima que una de cada ocho mujeres tiene riesgo de padecer esta enfermedad a lo largo de su vida.

EFE. Agencia EFE. Todos los derechos reservados. Para prohibir este tipo de reproducción sin autorización escrita de la Agencia EFE S.A.



HOLA.com **Imágenes de hoy**

PORTADA ACTUALIDAD MODA BELLEZA HOMBRE COCINA VIAJES NOVIAS DECORACIÓN SER M

George Clooney Fashion Week Madrid Viajes Guía de tiendas Hoteles ¡HOLA! Fashion ¡HOLA! En fo

ACTUALIDAD SOCIEDAD REALEZA CINE MUSICA ESTILO

< ANTERIOR

6 DE 35

SIGUIENTE >

María León, Verónica Mengod y Patricia Olmedilla, concienciadas con el cáncer de mamá



La directora de comunicación de Pedro del Hierro, **María León**, la esposa de Gonzalo de la Cierva, **Patricia Olmedilla** y la actriz **Verónica Mengod** han apoyado apoyan la iniciativa social impulsada por Women'secret y Salud de la Mujer Dexeus, donde ciencia y moda se han unido en la primera colección de ropa interior adaptada para las mujeres que han sufrido un cáncer de mama. Muy concienciadas con esta enfermedad, estas tres mujeres no han dudado en apoyar esta iniciativa social impulsada por la marca de lencería y baño.

Viernes 27-09-2013 archivo semanal: Memes

els matins

Els matins | Vídeos | Facebook | Twitter | Participa-hi | El programa

Actualitat - 27/08/2013

Primera col·lecció de roba interior per dones operades de càncer de mama

"Special Post-Surgery Bras", la primera col·lecció de roba interior pensada i dissenyada per dones operades de càncer de mama. És una proposta creada conjuntament entre l'àrea de ginecologia oncològica i mamària, ortopedistes i pacients de Salut de la Dona Dexeus i l'equip de disseny i patronatge de Women's Secret.

30 L'AVANÇADA VIERNES 27 SEPTIEMBRE 2013

Tendencias

El càncer de mama

“Soy mujer”

Una colección de sujetadores para mastectomizadas contribuye a romper estigmas

CELESTE LÓPEZ
madrid

Chell Alcañal insiste una y otra vez: “Si tengo cáncer y si me extirpan un pecho. Pero yo soy mujer. No es que siga siendo una mujer, es que soy mujer, me siento mujer y reivindico mi femineidad”. De esta manera explica el rechazo mental que le supone no tanto haber estado enferma o estarlo como que por el mero hecho de haber perdido un seno en el transcurso debía conformarse con ir a una tienda especial a comprarse un sujetador “precada para una mujer” que no tenga ese estigmatizante leonido. “Cuando regresé a tu casa después de la operación,

El càncer de mama es el más frecuente entre las mujeres

28,8% de los cánceres diagnosticados por mujeres con su mama.

Cáncer de mama entre de los 75 años

Una de cada ocho mujeres

fuente: ILSA. | @PASCUAL

cuando empiezo a recuperar mi día a día, algo tan absurdo como un sujetador te lo impide”, señala esta enferma de cáncer, también mastectomizada. Y encima, con la vergüenza de decirlo en alto, porque parece un asunto íntimo al lado de un problema mayor, como es vencer al cáncer. “Pero esto es lo que siento”, reñera.

Escentó sólo se hacía público en los pasillos de la consulta de oncología de la clínica Dexeus, de Barcelona. Un día, y otro, y otro. Hasta que psicólogos y oncólogos del centro se involucraron por la cuestión. Era cierto, las mujeres mastectomizadas consultaban sus necesidades: ortopédicas, cómodas, sí, pero poco femeninas. Instrumentales, pero no suyas. Y las mujeres, al margen de su edad, quieren sentirse así (no se equivocan, la mayoría de las veces hasta con serlo para sus mismas).

Y los responsables de Salud de la Mujer en Dexeus, con su presidente a la cabeza, Pere Barré, consultaron con Women's Secret para estudiar la posibilidad de diseñar una línea de ropa interior destinada especialmente para las mujeres que han sido operadas de cáncer de mama, que no les obligara

tro desafío hoy va más allá, garantizando la calidad de vida de las pacientes, ayudándolas a hacer realidad sus sueños y a retomar las riendas de su vida”. Y es que, como recuerda Fábregas, a diferencia de otros tumores, el de mama es muy agresivo con el cuerpo de la mujer. El doctor Barré explicó ayer que “esta iniciativa nace en el marco de las acciones de la responsabilidad social corporativa (RSC) Salud de la Mujer Dexeus ha abierto el comercio médico sin obtener ningún beneficio económico de la comercialización de esta colección”.

Pere Barré, presidente de Salud de la Mujer Dexeus

Lanzan una colección de ropa interior para mujeres con cáncer de mama

Directorio: Special Post Surgery Bras Salud Mujer Dexeus Mujer Dexeus Women Jaume Miquel



Foto: JOSÉ ANTONIO ROJO

MADRID, 27 Sep. (EUROPA PRESS) -

Salud de la Mujer Dexeus y Women'ssecret han presentado este jueves 'Special Post-Surgery Bras', la primera colección de ropa interior para mujeres que han sido operadas con cáncer de mama.

Esta iniciativa nace con el objetivo de garantizar que el cáncer de mama no impide a las mujeres que sigan siendo ellas mismas y, lo más importante, que pierdan su feminidad.

"La ciencia ha conseguido índices de curación del cáncer de mama de más del 90 por ciento y por eso nuestro desafío va más allá, garantizando la calidad de vida de las pacientes, ayudándolas a hacer realidad sus sueños y a retomar las riendas de su vida", ha comentado el presidente de Salud de la Mujer Dexeus, Pedro N. Barri.

De hecho, tal y como ha comentado el director general de Women'ssecret, Jaume Miquel, esta colección nació debido a que las pacientes no contaban con estos productos adaptados a ellas. "Además, el equipo de médicos de Salud de la mujer Dexeus, que claramente tienen contacto con las enfermas, tuvo la amabilidad de llamarnos y de proponernos el crear esta línea especial de ropa interior con el objetivo de poder dar ese plus técnico y esa funcionalidad a las prendas y al mismo tiempo conseguir que se sientan cómodas sin perder la feminidad", ha apostillado.

En concreto, la colección 'Special Post-Surgery Bras' permite a las mujeres operadas de un cáncer de mama comprar la ropa interior en los mismos establecimientos donde la compraban hasta entonces, sin tener que recurrir a tiendas de ortopedia. Asimismo, la mujer dispondrá de una mayor variedad de modelos, siempre adaptados a sus necesidades particulares, pero con diseños modernos, cómodos y orientados a que se "sienta guapa". El precio varía entre los 22,99 euros y los 24,99 euros, en función del modelo.

Medicina

Salud de la mujer

La reserva ovárica de la mujer con fecha de caducidad

En España la recepción de óvulos es un proceso anónimo, las características físicas entre donante y receptora deben ser lo más parecidas posibles



Dicen que tan lo que uno tiene es mejor recibir lo que le falta. La recepción de óvulos se empezó a practicar para dar respuesta a mujeres que tenían menopausia precoz y, por tanto, veían como se desvanecían sus sueños de estiramiento antes de lo previsto. "Cuando la menopausia empieza antes de los 45 años se considera una condición patológica", explica Fulvia Mancini, médica adjunta del servicio de medicina de la reproducción de Salud de la Dona Dexeus. Pero aunque el ovario deja de trabajar, el cuerpo se funciona. "Con tratamiento hormonal se puede simular un ciclo ovulatorio normal, se consigue que el útero tenga el grosor correcto y pueda gestar", afirma esta especialista. Sin embargo, hoy, en día la recepción de óvulos tiene muchas más aplicaciones.

Otro grupo de mujeres receptoras son las que cuentan con reserva ovárica muy baja. Son pacientes que, como explica Mancini, "a pesar de haber tenido una fertilidad buena y una esperanza de vida ginecológica normal, por diferentes causas la reserva ha ido disminuyendo". Esta situación puede darse en mujeres que han sufrido enfermedades como la endometriosis, haber tenido quimio o cirugía o que han pasado por cirugías entre otras causas. Cada mujer nace con una reserva ovárica determinada, al momento de ovular se crea en el ovario. Al nacer se pierde aproximadamente la mitad de la reserva y luego, progresivamente, esta va disminuyendo. "Es como lasir un auto: cuando el nivel de combustible baja, cada persona tiene una cantidad determinada, no hay manera de que aumente. La función del ovario que se carga durante más o menos tiempo", explica Mancini. Además, con el tiempo se ha ido creando una gran diferencia entre el sistema humano y las necesidades sociales. Algunas mujeres nacen con una reserva normal, pero cuando se dividen a ser madres el ovario se va no es otro. Suelen ser mujeres a partir de los 45 años. Las que han pasado por un proceso oncológico también pueden necesitar la recepción de óvulos.

Desde la Fundación Dexeus Salud de la Mujer han promovido un programa de preservación de fertilidad para mujeres que tienen cáncer. "Antes del tratamiento oncológico se hace una estimulación ovárica y se extraen los ovocitos, que se congelan para que,



La recepción de óvulos se empezó a practicar para mujeres con menopausia precoz.

tras superar la enfermedad, la paciente pueda ser madre", explica Mancini. En este caso son receptoras de sus propios óvulos.

Antes de acudir a la recepción de óvulos se realiza un diagnóstico para confirmar que realmente hay un problema de fertilidad. "Siempre se intenta hacer el proceso con sus propios óvulos pero, por ejemplo, a una mujer de 45 años por defecto se le va a proponer donación porque en la literatura médica no está descrito un embarazo a partir de esa edad con ovocitos propios por fecundación in vitro", explica Fulvia Mancini. Si finalmente se decide acudir a la donación de óvulos, el primer paso es encontrar una donante que se ajuste a las necesidades de la receptora. Este proceso se hace de forma totalmente anónima. Por ley, el grupo sanitario de la donante debe coincidir con el de la receptora, además de tener una talla y peso parecidos, y color de pelo, piel y ojos similares. Por otro lado, la receptora puede elegir, entre otras cosas, la nacionalidad de la donante, el nivel de estudios o que cuente con fertilidad probada.

La receptora puede elegir, entre otras cosas, la nacionalidad de la donante, el nivel de estudios o que cuente con fertilidad probada. Si los óvulos no son vitificados, el proceso de donante y receptora se inicia al mismo tiempo para que sea anónimo. Cabe resaltar después de introducir los ovocitos se hace la prueba in vitro para comprobar si el embarazo se ha producido con éxito. A partir de ahí solo quedará la dulce espera, la de los nueve meses.



Gestión sanitaria

SILVIA ONDATEGUI Social Life Sciences Ernst & Young

Una apuesta segura

La biotecnología es el sector que concentra el mayor número de operaciones corporativas en EEUU. Sus compañías alcanzan en el momento un billón de hasta un 10% de media en 2013. Además, los fondos que invierten en valores biotecnológicos son de los más rentables, y no solo en este año sino también en los últimos cinco ejercicios. Una muestra de la destacada actividad que se mueve en torno a este sector es que representa el 10% del total de operaciones de fusión y adquisiciones que han sido producidas en los primeros siete meses de este año en EEUU, y con un valor de casi 100 millones de dólares. Las compañías que han iniciado su cotización en las bolsas americanas han conseguido duplicar el precio de salida a los pocos meses. La biotecnología se basa en la innovación, en una búsqueda constante y en ciclos breves, en la propiedad intelectual. La

La biotecnología es el sector de moda, con una rentabilidad por encima de otros tradicionales.

siempre de la utilidad de vida y de la eficiencia del sistema sanitario. De hecho, la optimización de la inversión en I+D que persiguen las farmacéuticas explica por qué muchas han optado por comprar compañías de biotecnología. Hace unos años, una firma asociada dos nuevas adquisiciones por parte de Amgen, la mayor farmacéutica mundial, que ha adquirido Chire Pharmaceutica por 7.500 millones de euros. Poco antes Amgen pasó a manos de Bristol Myers y Human Genome Sciences a las de Glaxo. También en California, principal territorio de desarrollo tecnológico del Mediterráneo, se concentran inversiones en este sector. La más reciente es la que Glintel ha realizado con la compra del 35% de la "biotech" Analygn, empresa con sede en Hayward (California) y que está creando un nuevo fármaco para el tratamiento de enfermedades respiratorias severas. Lo que está claro es que la biotecnología es el sector de moda, con una rentabilidad por encima de otros tradicionales y que tiene un amplio recorrido tanto en el ámbito de la investigación como en el negocio. Una apuesta hoy por hoy segura dentro de la atmósfera que vive el país.



Levántate y Cárdenas - Jueves 3 de octubre de 2013

Levántate y Cárdenas - Jueves 3 de octubre de 2013

Europa FM. Rostro con dos caras.
Dr. Alberto Rodríguez Melcon de Salud de la mujer Dexeus.



el proyecto

SALUD, TAMBIÉN EN LENCERÍA

Las doctoras Carmen Ara, jefe de la Unidad de Mastología de Salud de la Mujer Dexeus, de Barcelona, y Maite Cusidó, jefe de la Unidad de Riesgo Oncológico del mismo centro, conocen bien a Txell Alcantud. Ella es una de sus pacientes, con la que han tenido que compartir momentos duros. Y otros más dulces. Solo habían transcurrido tres meses desde la mastectomía cuando le lanzaron la idea de colaborar en el proyecto Special Post-Surgery Bras, una colección de consertería diseñada por Women'secret para mujeres que han sufrido una operación de cáncer de mama. ¿Cuál era el objetivo? Encontrar un sujetador que les diera seguridad, con un forro diseñado para una prótesis externa de silicona y que protegiera la zona operada sin renunciar a la feminidad. «Fue una necesidad común para paliar el vacío en la oferta de servicios y productos complementarios a la medicina: imprescindibles para superar la enfermedad», comenta la doctora Maite Cusidó. Gracias a los tratamientos existentes, el cáncer de mama se supera en el 85% de los casos. «Tras la operación, la paciente desea recuperar el día a día cuanto antes», cuenta la doctora Carmen Ara.

Salud de la Mujer Dexeus, centro con una amplia experiencia en el tratamiento del cáncer de mama, Women'secret y Txell han trabajado durante un año hasta dar con la colección que acaba de ponerse a la venta. «La idea me entusiasmó. ¿Quién no tiene una amiga afectada? Por fin podría decirle: "Vamos a hacer la colección de sujetadores que podréis combinar con cualquier otra prenda de vuestras líneas!"», apunta Nuria Dias, directora de Diseño de la firma.

PRENDAS MÁS SUAVES Y SIN COSTURAS. El lema de la marca, *Cómoda, gupsy y 'sary'*, se ha plasmado en Special Post-Surgery Bras con piezas que combinan microfibras y encajes. «Cuando empezamos a trabajar, nos pareció fundamental la opinión de una paciente para conocer los problemas con los que suelen encontrarse», comenta Mar Ponce, responsable de Consertería de Women'secret. Txell se incorporó sin reservas. «Los sujetadores que necesitamos se compran en ortopedias y allí todo te indica que estás enferma. Ahora puedo entrar a una tienda de ropa interior con normalidad», explica Txell.

No sorprende que la iniciativa surgiera de un grupo de chicas, ya que es difícil que una mujer se decida a indicar a un profesional masculino preocupaciones relativas al ámbito estético. Txell narró sus necesidades. «Sus indicaciones nos ayudaron mucho. La prenda no tiene costuras, los tirantes y el lateral son anchos, el pecho alto y en la zona posterior hemos puesto el doble de corchetes porque el cuerpo cambia con la medicación», recuerda Mar. La colección empezó a gestarse sobre la base con la que la marca había trabajado en su línea Maternity. «No podíamos utilizar ans ni varillas y reforzamos la zona inferior», señalan. «En cuanto a los materiales, escogimos los más suaves, pues la piel está más sensible de lo normal. Siempre poliamidas y algodones, nunca poliéster».

El precio ha sido otro avance. «Algunas de mis pacientes no pueden costearse ciertos productos», dice Carmen. Las prendas de Special Post-Surgery Bras cuestan entre 22,95 y 39,95 euros.

Foto: M. Victoria Arceca - Fotos: M. Mira Rojas

De izquierda a derecha: Mar Ponce, responsable de Consertería de Women'secret; Txell Alcantud, paciente; Nuria Dias, directora de Diseño de Women'secret; la doctora Carmen Ara, jefe de la Unidad de Mastología de Salud de la Mujer Dexeus; y la doctora Maite Cusidó, jefe de la Unidad de Riesgo Oncológico de Salud de la Mujer Dexeus.

Este departamento de Consertería está trabajando en el proyecto de diseñar sujetadores que combinen microfibras y encajes. Las tallas van desde la B hasta la G y cuestan entre 22,95 y 39,95 euros. Pronto incluirán la talla D.

Esta prótesis de silicona es la que debe introducirse en el sujetador.



08/10/2013 17:04

Riscos de retardar la maternitat

#elsmatins

CONSULTORI "els matins"
A partir dels 37 anys comença a caure la fertilitat de la dona

Inicia sessió

Tweet 0 G+1 0 + 0

+ opcions

Quèquicom | 08/10/2013 | 34:40

Tinc la regla (o no...)

06:38/34:40

Inicia sessió

Tweet 0 G+1 0 + 6

+ opcions

Enllaç <http://www.tv3.cat/3alacarta/#> Insereix vídeo Condicions d'ús

Tres generacions de dones d'una mateixa família expliquen la seva primera menstruació. Odiada o desitjada, és un semàfor de fertilitat que desapareix amb la menopausa.



el pecho se mira y se toca

Cada año se detectan en España entre 22.000 y 24.000 nuevos casos de **cáncer de mama**. Una realidad frente a la que, más que alarmarse, hay que actuar extremando la prevención, autoexplorando los senos y llevando a rajatabla las revisiones ginecológicas

por **Virginia Madrid**
fotografía de Stephen Lee

WomensHealth.es | Otoño_Invierno 2013-2014 | WOMEN'S HEALTH 145

SALUD

¿A qué edad tendrás la menopausia?

HÁBITOS QUE INFLUYEN

Aunque no es una ciencia exacta, existen circunstancias que pueden adelantar o retrasar la aparición de la menopausia. Conócelas a fondo.

ASESORAMIENTO
Dr. Pascual García
Unidad de Menopausia de Salud de la Mujer Dexeus

Sabemos que todas vamos a pasar por ello, que es una etapa más en la vida de la mujer y que no tiene por qué ser traumática, pero... ¿No te gustaría saber cuándo te va a llegar? **Los factores** que pueden influir en su edad de aparición son numerosos. Los científicos, día a día, tratan de identificarlos y de conocer más sobre los mecanismos del climaterio.

EL PESO DE LA GENÉTICA
La reserva ovárica es el número de folículos con los que nacemos, imprescindibles en la posterior formación de los óvulos. Este número normalmente ronda el millón, una cifra que en un primer momento puede parecer alta. El problema es que la reserva ovárica se va reduciendo drásticamente año tras año: de hecho, se calcula que en la primera menstruación ya contamos solo con 400.000 folículos.

Ciertas formas de vivir pueden favorecer o retrasar la destrucción natural de nuestra reserva ovárica. En la siguiente página te contamos algunas de las que tienen más peso según recientes estudios.

El climaterio, en cifras

<p>ES MENOPAUSIA SI... Hace un año que no tienes la regla. Los síntomas (sofocos, sudores...) empiezan a notarse entre uno y dos años antes.</p>	<p>¿CUÁNDO SE PRESENTA? La menopausia aparece entre los 48 y los 54 años, según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.</p>	<p>MENOPAUSIA PRECOZ Ocurre cuando aparece antes de los 40 años, algo que les sucede aproximadamente a 1 de cada 100 mujeres.</p>
---	---	--

PHOTOS: GETTY IMAGES

El Escarabajo Verde Somos Documentales >

Vídeos | Escarabajolandia | Autobombo | ¿Quién anda ahí? | Tú sugieres | Blog

Más información sobre "El escarabajo verde"



El escarabajo verde - Mejor no saber

26 12 01 nov 2013

LA VANGUARDIA

Los análisis del genoma previenen enfermedades hereditarias

La reproducción asistida incorpora técnicas de secuenciación de ADN

JOSEP CORBELLA
Barcelona

El análisis del genoma de los padres que acuden a un servicio de reproducción asistida permite minimizar el riesgo de transmitir enfermedades hereditarias a sus hijos. Asimismo, el análisis del genoma de un embrión concebido in vitro permite descartar alteraciones de su ADN que puedan causar enfermedades graves.

Ante estos avances, el departamento de Salud de la Mujer del Institut Universitari Quirón Dexeus ha creado un servicio de medicina genómica y ha fichado al genetista Xavier Estivill del Centre de Regulació Genòmica (CRG) para diseñarlo y dirigirlo. El nuevo servicio no sólo ofrecerá análisis a parejas que se someten a tratamientos de reproducción asistida, sino que lo ampliará a parejas sin problemas de infertilidad. Asimismo, está previsto realizar análisis del genoma de pacientes con cáncer que se puedan beneficiar del resultado de la prueba para decidir cuál es el tratamiento más adecuado.

"No estaríamos ofreciendo la mejor medicina a nuestras pacientes si nos quedáramos al margen de los avances de la genómica", declara Pere Barri, director del departamento de obstetricia, ginecología y reproducción de Quirón Dexeus. "Los análisis del genoma, que hasta hace poco sólo se hacían con fines de investigación, están a punto para empezar a aplicarse en la práctica clínica diaria de los hospitales".

Los análisis se ofrecerán para prevenir aquellas enfermedades que se inician en la infancia cuando el padre y la madre tienen mutado un mismo gen –las llamadas enfermedades hereditarias recesivas–. Se trata de un grupo de más de 200 enfermedades entre las que destacan la fibrosis quística, el síndrome X frágil o la sordera congénita. Aunque cada una de ellas es infrecuente, un 25% de la po-

FICHAJE CIENTÍFICO
Dexeus ficha al genetista Xavier Estivill para dirigir el servicio de medicina genómica

MEJOR PREVENCIÓN
Se podrán evitar más de 200 enfermedades; entre ellas, la fibrosis quística o la sordera

blación es portadora de alguna mutación genética relacionada con estas enfermedades. "Cuando ocurren, son muy graves", informa Barri.

En cambio, los análisis no se utilizarán para detectar alteraciones genéticas que elevan el riesgo de sufrir de adultos trastornos de salud como hipertensión, obesidad o depresión. "Nuestro objetivo no es hacer que nazcan bebés a la carta, sino bebés sanos", destaca Estivill.

Los análisis se harán con el test qCarrier, desarrollado entre Dexeus y la empresa biotecnológica catalana qGenomics, de la que Estivill es socio fundador. Dicho test, diseñado para detectar las alteraciones genéticas más frecuentes en la población del sur de Europa, permite identificar más de 4.000 mutaciones en unos 200 genes distintos. Tendrá un coste próximo a los 500 euros para las personas que soliciten el análisis.

En los casos en que se aplique a células de embriones obtenidos in vitro, el test supondrá una mejora respecto a las técnicas actuales de diagnóstico preimplantatorio. Estas técnicas se aplican antes de implantar el embrión en el útero para cerciorarse de que no tiene anomalías cromosómicas. "Con el nuevo test, conseguiremos una resolución aún mayor", informa Estivill. "Aunque las técnicas actuales ya permiten prevenir enfermedades importantes, con qCarrier podremos detectar anomalías que aún se nos escapan".

Estivill compaginará este cargo en el Institut Quirón Dexeus, donde se incorporará el martes, con su posición de jefe del grupo de Genómica y Enfermedad en el Centre de Regulació Genòmica. "Después de tantos años haciendo investigación con el objetivo de mejorar la prevención y el tratamiento de enfermedades –explica–, la apuesta del departamento de Salud de la Mujer de Dexeus por la genómica me da la oportunidad de aplicar los resultados de las investigaciones a la práctica clínica diaria".

CENTRO DE SALUD



SALUD FEMENINA

¿Los pólipos ginecológicos hay que extirparlos?

Cuando a una mujer le diagnostican pólipos suelen asaltarle las mismas preguntas: ¿serán malignos?, ¿me los tengo que quitar? Pero no hay que alarmarse porque en el 99% de los casos no son cancerígenos. Eso sí, siempre conviene controlarlos



DRA. ALICIA ÚBEDA
Jefe del servicio de Ginecología
de Salud de la Mujer Dexeus
BARCELONA

Se trata de un trastorno común en la mujer y, sin embargo, todavía son muchas las que los confunden con los quistes o incluso con los miomas. Los más habituales son los pólipos endometriales, es decir, aquellos que se sitúan en el útero, mayoritariamente en el endometrio (membrana que recubre el interior del útero) y pueden aparecer de forma aislada o varios simultáneamente. Se consideran tumores porque en realidad son crecimientos

anormales de las células del tejido uterino aunque, por lo general, son benignos y no suponen un problema grave. Al igual que pasa con los miomas, son más habituales durante la etapa fértil (hasta un 3% de las mujeres los sufren) y el riesgo de desarrollarlos aumenta a partir de los 30 años

NO TE ALARMES SI APARECEN EN LA MENOPAUSIA

Es cierto que si se diagnostican pólipos en esta etapa se estudian más en profundidad. Y es que tradicionalmente se ha creído que el sangrado en la menopausia era signo

casi seguro de cáncer uterino, sin embargo, la experiencia de varias décadas tras estudiar a mujeres con sangrado anómalo, demuestra que la inmensa mayoría de las veces se deben a un funcionamiento temporal y circunstancial de los ovarios, a veces por pólipos endometriales y de forma mucho menos frecuente, a un cáncer de endometrio. Se estima que menos del 1% de estos tumores llega a ser maligno por lo que en estos casos se recomienda mucha calma, fijarse bien en las señales que te envía el cuerpo y, sobre todo, no saltarte las revisiones ginecológicas o los controles que sugiera el médico

52 | SALUD VIVIR



España vuelta y vuelta

De lunes a viernes de 12:00 a 13:00 horas

rne

España vuelta y vuelta - 04/12/13

04 dic 2013

Hoy nos hemos ido hasta el municipio madrileño de Campo Real para conocer cómo tratan su aceite y sus olivas. También hemos querido saber cómo va la campaña en Lleida, charlando con el presidente de la Denominación de Origen Les Garrigues, Joan Segura, y en Extremadura, con María José Clement. Además, hemos entrevistado al Doctor Buenaventura Coroleu, el primer médico en España que realizó con éxito hace 25 años una fecundación in vitro a través de donación de ovocitos. Por otra parte, nos hemos ido a Santander para conocer a los mejores soldadores de Cantabria: Íñigo García y Óscar Castaneda. Una profesión que dicen, tiene mucho futuro. Y para terminar, hemos hablado con Lola González, directora de Dabadum, el Salón del Ocio Infantil en Familia, que arranca en IFEMA mañana jueves, 5 de diciembre.

▲ [ver menos sobre "España vuelta y vuelta - 04/12/13"](#)

Suscribirse a Podcast



<http://www.actasanitaria.com/la-nueva-presidenta-de-asebir-busca-el-reconocimiento-de-la-especialidad-en-embriologia/>

acta sanitaria 

CONFÍA EN QUE SANIDAD DESARROLLE LA LEY DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

La nueva presidenta de Asebir busca el reconocimiento de la Especialidad en Embriología

CARMEN VILLODRES — MADRID 16 DIC. 2013 - 10:24 AM



Montserrat Boada

El séptimo Congreso de ASEBIR, celebrado en Sevilla en noviembre, abrió las puertas a una nueva presidenta, Montserrat Boada, y a una nueva generación que, desde la directiva, llega deseosa de aportar nuevas ideas. Son varios los escollos a saltar o rodear y a ellos se refiere la doctora Boada en esta conversación sin tapujos con Acta Sanitaria.

Montserrat Boada, especialista en Reproducción Humana Asistida que, actualmente, ejerce de embrióloga del Institut Universitari Dexeus de Barcelona, además de ser la jefa de la Sección de Biología y directora de los laboratorios de TRA del mismo centro, cargos que compagina con el de co-coordinadora y profesora del Master de Biología de la Reproducción, toma las riendas de la Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción (ASEBIR) con el anhelo de ampliar la oferta formativa de los más jóvenes y de garantizar la formación necesaria para que estén preparados cuando la especialidad sea reconocida, "ya que los embriólogos en España no tenemos una especialidad propia a pesar de que nacen más de 16.000 niños cada año con las técnicas reproductivas". En la actualidad existe un comité que lleva muchos años trabajando con Sanidad en pro de la consecución de la titulación, aunque reconoce que "no parece que vaya a ser reconocida en un corto espacio de tiempo" y puntualiza esperanzada que desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad "sí han recomendado que sigamos con un programa de formación, posiblemente de 4 años". Así que anuncia que, mientras tanto, lo que hará ASEBIR en plan resolutivo es otorgar un título propio de especialista a las personas que cumplan con los requisitos.

sm 

Salud y Medicina 22

SÁBADO 21 DE DICIEMBRE DEL 2013

 @saludymedicina  facebook.com/saludymedicina

Evitar la herencia de una enfermedad

El diagnóstico genético preimplantacional permite seleccionar embriones sin patología para transferirlos al útero materno

El síndrome Brugada tiene un riesgo de transmisión del 50% que, en algunos casos, puede evitarse con el DGP

ANCHOAS EN DÓN

Existen enfermedades que están presentes ya desde el nacimiento. Son las que se transmiten a través de los genes. Aunque éstas puedan estar presentes durante el desarrollo embrionario al parto, algunas son consecuencia de un defecto genético hereditario. Conocer de un legado de transmitir una enfermedad, desde hace un tiempo es posible detectar esta descendencia en algunas patologías con el diagnóstico genético preimplantacional (DGP). Es una técnica que combina la reproducción asistida y la genética molecular que permite analizar el ADN de los embriones para seleccionar aquellos libres de anomalías cromosómicas y mutaciones genéticas. De esta manera, se consigue evitar la enfermedad y evitar así la transmisión familiar de ciertas patologías.



En el laboratorio se realiza el análisis de las células para determinar si los embriones son portadores.

La normativa establece que la afección debe ser grave y de aparición precoz

Sin embargo, en todas las enfermedades no son susceptibles de aplicar el DGP todas las patologías. Es posible realizar esta selección de embriones en todos los casos. De entrada, la normativa establece que para poder optar al diagnóstico preimplantacional la enfermedad debe ser grave, de aparición precoz y no susceptible de tratamiento quirúrgico postnatal. Los casos que

no cumplen estos requisitos se evalúan de manera individualizada, por parte de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida. Es el caso, por ejemplo, del síndrome Brugada. "Aunque esta enfermedad no se considera de aparición precoz y puede ser detectada tras el nacimiento, sus efectos son serios, como la muerte súbita, hacen que sea una candidate a ser analizada", apunta Ana Abell, asesora genética de Salud de la Mujer Dexeus. El riesgo de transmitir la mutación es del 50%, aunque únicamente en un 30% desarrollará la enfermedad. Esto se debe a que

tiene una penetrancia incompleta, es decir, no todos los miembros que hayan heredado la mutación desarrollan esa misma enfermedad. Pero, como apunta el cardiólogo Ramon Brugada, "es muy difícil conocer a una madre que ha sobrevivido una mutación sobre la que aunque no haya tenido la mutación no tiene por qué tener riesgo". Por otro lado, "a pesar de que ya se han identificado más de 200 mutaciones en el gen BRG1, se desconocen los pronósticos en todas las familias con mutaciones", señala Ramon Brugada. Ello indica que la enfermedad es heterocigota, es decir, que basta

una copia mutada para causar la enfermedad. En consecuencia, para poder optar al diagnóstico preimplantacional en el caso de síndrome Brugada con el diagnóstico ya hecho, se hacen con este diagnóstico para identificar la mutación, pero para recurrir a un diagnóstico genético preimplantacional el centro de reproducción asistida deberá poder identificarla previamente al diagnóstico de Salud de la Mujer Dexeus. Desde esta organización se llama a formar parte de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, donde se evaluará el caso.

La técnica se realiza mediante reproducción asistida. Tras la estimulación ovárica, se extraen los óvulos de la paciente y se realiza una inseminación con el espermatozoide de la madre. Al tercer día de desarrollo, cuando los embriones han comenzado a dividirse, se realiza una biopsia de los mismos. "Extraemos una célula de cada embrión para descartar los que son portadores de la enfermedad. Si la célula es normal todo el embrión lo será y, por tanto, no es portador de la mutación", explica Mónica Paragón, coordinadora del programa de diagnóstico genético preimplantacional de Salud de la Mujer Dexeus. En otros casos se realiza el análisis de la célula para determinar si los embriones son portadores. En cualquier caso, se transfieren al laboratorio de fecundación in vitro, donde se originan de uno a tres embriones libres de la patología y se hacen desarrollo para ser transferidos al útero materno. "Desde aquí que no se controla más ningún embrión suyo es el desarrollo, que incluye la vida. El factor está también en el

Cuando los embriones tienen entre seis y diez células se realiza una biopsia

importante ya que el tener de más embriones para el análisis implica mayor probabilidad de que alguno de ellos sea portador. En cualquier caso el proceso se puede repetir", señala Mónica Paragón. La tasa de éxito puede ser del 50%, siempre que con la fecundación in vitro convencional ya que con tratamiento con parámetros no tienen problemas de fertilidad.

TE QUJIDAMOS EN TODAS LAS ETAPAS DE TU VIDA





La reforma de la llei de l'avortament, a debat

SOCIETAT, VÍDEOS | 23/12/2013 - 21:20h



Des que divendres el ministre de Justícia, **Alberto Ruiz-Gallardón**, va presentar la nova llei de l'avortament se succeeixen les reaccions. Fins i tot internacionalment, atès que la ministra dels Drets de la Dona i portaveu del govern francès, **Najat Vallaud-Belkacem**, veu un retrocés en aquesta llei. A aquells que afirmaven que la *lleï Zapatero*, la de terminis, afavoriria els avortaments, les dades els treuen la raó. L'avortament va baixar un 5% el 2012 a Espanya i un 3% a Catalunya. Una de les novetats que ha despertat més alarmes és la supressió del supòsit de malformació del fetus.

N'hem parlat amb **Xavier Guix**, psicòleg, **Bernat Serra**, cap d'Obstetrícia de Salut de la Dona Dexeus, i **Marta Fernández**, metge de família.

Etiquetes: avortament, gallardón, llei



Gran Vía de Carlos III, 71-75
08028 Barcelona
Tel. 93 227 47 00
Fax 93 417 02 98

info@dexeus.com
www.dexeus.com
www.fundaciondexeus.org

