

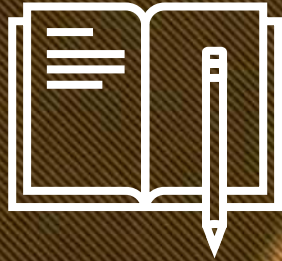


2015

Memoria de 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	22
2. Artículos en revistas	30
2.1. Servicio de Obstetricia	34
2.2. Servicio de Ginecología	35
2.3. Servicio de Medicina de la Reproducción	50
2.4. Servicio de Diagnóstico Ginecológico por Imagen	63
3. Ponencias	66
4. Comunicaciones y pósters	80
4.1. Servicio de Obstetricia	84
4.2. Servicio de Ginecología	87
4.3. Servicio de Medicina de la Reproducción	89
4.4. Servicio de Diagnóstico Ginecológico por Imagen	96
5. Tesis doctorales, ensayos clínicos y líneas de investigación	98
5.1. Tesis doctorales.....	99
5.2. Ensayos clínicos.....	100
5.3. Líneas de investigación	101
6. Actividades de comunicación	103
6.1. Comunicados de prensa	104
6.2. Medios de comunicación	111



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. 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, ECHEVARRIA M, RODRIGUEZ MA, RODRIGUEZ I, SABRIA J. Control de calidad en el cribado prenatal de aneuploidias. En: Bienestar fetal. Editorial Ed. Eduquil. Guayaquil. 2015. 225-232.

COMAS C, ECHEVARRIA M. Chapter 5: non-invasive prenatal testing for aneuploidies. En: Donald School TextBook of Power Point Presentation on Advanced Ultrasound in Obst&Gynec. Editorial Jaypee Brothers Medical Publishers. 2015. 130-139.

COMAS C, MARTINEZ JM, GALINDO A. Ecocardiography in early pregnancy: a new challenge in prenatal diagnosis. En: Textbook of Perinatal medicine. 3rd Edition. Editorial Jaypee Brothers Medical Publishers. 2015. 466-481.

CARRERA JM, COMAS C. Natural history of fetal compromise in intrauterine growth restriction. En: Textbook of Perinatal medicine. 3rd Edition. Editorial

Jaypee Brothers Medical Publishers. 2015. 1-2.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

ARA C, BERNET L, DUEÑAS B. Secreciones mamarias. En: Manual de práctica clínica en senología 2015. Editorial SESPM. 2015. 1-2.

ARA C, DE LEON JM, DELGADO C, FABREGAS R. Patología mamaria benigna. Lesiones benignas y proliferativas sin atipia. En: Manual de práctica clínica en senología 2015. Editorial SESPM. 2015. 1-2.

CUSIDO MT, LINOSSI C, BALMAÑA J, SANZ J. Consejo genético en el cancer de mama. En: Manual de práctica clínica en senología 2015. Editorial SESPM. 2015. 317-322.

FABRA G, FDEZ.-CID C, CASTELLA M, LUQUE O, TRESSERRA F. Estudio citologico de la mama y ganglios regionales. En: Manual de práctica

clínica en senología 2015. Editorial SESPM. 2015. 74-78.

FABREGAS R, COROLEU B, CHUECA A. Fertilidad y cáncer de mama. En: Manual de práctica clínica en senología 2015. Editorial SESPM. 2015. 376-378.

FABREGAS R, ARA C. Fibroadenoma. En: Manual de práctica clínica en senología 2015. Editorial SESPM. 2015. 1-2.

IZQUIERDO M, MODOLELL A. Lesiones premalignas y preinvasoras en patología mamaria. Generalidades y clasificación. En: Manual de práctica clínica en senología 2015. Editorial SESPM. 132-135.

IZQUIERDO M, PRATS DE PUIG M. Enfermedad de Paget del pezón. En: Manual de práctica clínica en senología 2015. Editorial SESPM. 351-352.

IZQUIERDO M, SABADELL MD. Estilo de vida y cáncer de mama. En: Manual de práctica clínica en senología 2015. Editorial SESPM. 37-39

MALLAFRE M, CARRERA S. Atención fisioterápica en la cirugía oncoplástica y en el linfedema. En: Manual de práctica clínica en senología 2015. Editorial SESPM. 306-316

MODOLELL A, SABADELL MD, IZQUIERDO M, PRATS DE PUIG M. Consenso de St. Gallen 2015. En: Manual de práctica

clínica en senología 2015. Editorial SESPM. 409-416.

TRESSERRA F, MARTINEZ MA, SOLE MT. **Manejo de las muestras para tests inmunohistoquímicos, moleculares y genéticos.** En: Manual de práctica clínica en senología 2015. Editorial SESPM. 2015. 192-197.

TRESSERRA F, MARTINEZ MA, ARDIACA C, IZQUIERDO M. **Lesiones precursoras y preinvasivas del cáncer de mama.** Hiperplasia atípica y carcinoma in situ. En: Manual de práctica clínica en senología 2015. Editorial SESPM. 2015. 136-141.

TRESSERRA F, ARDIACA C, MARTINEZ MA. **Clasificación anatomopatológica del cáncer de mama.** En: Manual de práctica clínica en senología 2015. Editorial SESPM. 2015. 163-170.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ARROYO G. En: Cuadernos de embriología clínica II. **Criterios ASEBIR de valoración morfológica de oocitos, embriones tempranos y blasto.** Editorial Ma. Victoria Hurtado de Mendoza y Acosta. 2015. 0-0.

BARRI PN. **Limites de la reproducción asistida.** En: Treinta años de técnicas de reproducción asistida. Editorial Fundació Grifols i Lucas. 2015. 19-23.

BARRI PN, BOADA M. **La ciencia no ha de parar nunca.** En: ¿Humanos o posthumanos?. Editorial Fragmenta. 2015. 79-80.

BOADA M. **Introducción.** En: Treinta años de técnicas de reproducción asistida. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas. 2015. 48.

DEVESA M, COROLEU B. **Hiporrespuesta sobrevenida.** En: Casos clínicos de reproducción asistida e infertilidad. Editorial Médica Panamericana. 2015. 4-6.

GONZALEZ C, BOADA M, MARTINEZ F, VEIGA A. **Maduración in Vitro. De folículo primordial a metafase II.** En: Hitos y mitos en reproducción asistida actual. Editorial Ed. Glosa. 2015. 29-44.

MANCINI F, BARRI PN. **Primary ovarian insufficiency.** En: The global library of women's medicine. 2015. 1756-2228.

MARTINEZ F. **Diabetes insípida.** En: Patologías endocrinas de baja prevalencia. Manual para el manejo en reproducción. Editorial Panamericana. 2015. 125-133.

VEIGA A. **La reproducción asistida: treinta años después del nacimiento de Victoria Anna.** En: Treinta años de técnicas de reproducción asistida. Editorial Fundació Grifols i Lucas. 2015. 12-17.

Control de calidad en el cribado prenatal de aneuploidías

Dra. Carmina Comas¹

Dra. Mónica Echevarría¹

Dra. M. Angeles Rodríguez¹

Dr. Ignacio Rodríguez²

Dr. Joan Sabrià³

¹ Sección de Medicina Fetal, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Institut Universitari Dexeus

² Estadística, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Institut Universitari Dexeus

³ Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona
Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

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

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

I. CONTROL DE CALIDAD EN EL CRIBADO PRENATAL DE ANEUPLOIDIAS

La importancia de la ecografía de 11-14 semanas viene dada por las repercusiones clínicas que su resultado conlleva. La evaluación de los marcadores ecográficos durante este periodo gestacional permite individualizar el riesgo de cromosomopatía, malformaciones estructurales, patología sindrómica y resultado perinatal adverso, con las implicaciones de cara al seguimiento y manejo de cada caso (indicación de técnica invasiva de diagnóstico prenatal, seguimiento ecográfico y fluxométrico estricto, monitorización de la longitud cervical, etc.). El cribado combinado temprano es el método más efectivo en la detección del síndrome de Down (SD). Incluye la determinación de parámetros bioquímicos (la fracción beta

libre de la hormona coriónica -βhCG- y la proteína plasmática A del embarazo -PAPP-A-), que se basan en técnicas de laboratorio automatizadas y estandarizadas, y la medición ecográfica de marcadores como la translucencia nucal (TN), medición manual, operador-dependiente y con controles de calidad recientemente establecidos, ambos en un periodo gestacional óptimo.

El abordaje del control de calidad del cribado prenatal de aneuploidías puede realizarse desde diversos enfoques complementarios. Es posible establecer un control de las mediciones interno (análisis de una o más muestras control, de valores conocidos, utilizadas al mismo tiempo y en paralelo con las muestras de los pacientes, evaluando la precisión del sistema analítico) o externo (distribución por medio de una entidad independiente de un material de control a un conjunto de entidades participantes), en base a una evaluación cualitativa o cuantitativa y todo ello de forma voluntaria (como ocurre en nuestro medio) u obligatoria (aceptada en diferentes países).

Por otro lado, es posible establecer un control epidemiológico de la calidad del cribado con indicadores poblacionales (como la distribución de las edades maternas), indicadores de resultados (como la distribución de las medianas) o de ambos (como la tasa de detección). Sólo este control epidemiológico asegura un control de calidad óptimo, que además permite la automatización de sus indicadores de forma simple, que podrán compararse entre laboratorios, centros o con los datos esperados según modelos matemáticos. Para efectuar dicho control es necesario el mantenimiento de una base de datos central que permita generar una serie de informes estandarizados sobre el desarrollo del programa, tanto a nivel global como individualizado. El objetivo final del cribado es ob-

CHAPTER

5

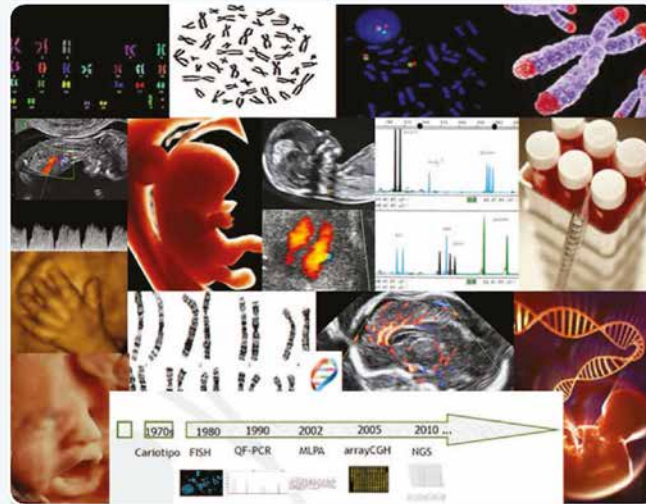
Non-Invasive Prenatal Testing for Aneuploidies (NIPT)

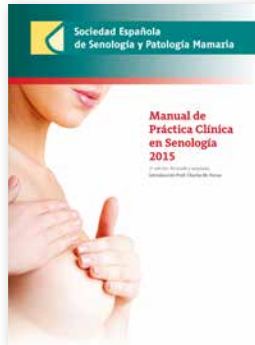
Carmina Comas, Mónica Echevarría

NON INVASIVE PRENATAL TESTING (NIPT) FOR ANEUPLOIDIES

Learning Objectives

- Basics of molecular techniques for NIPT: counting and non counting methods
- Current commercial tests available
- Current performance, advantages and limitations
- Published studies
- Recommendations from scientific societies
- Future directions of NIPS





Bibliografía:

1. Comblán N. Diagnóstico citológico en patología mamaria. Rev Senol Patol Mamar 2014;7:183-99.
2. Ferrández GJA, López Marín L. Citopatología ginecológica básica. Masson-Salvat: Barcelona, 1995.
3. Kiri SR. Color atlas of differential diagnosis in exfoliative and aspiration cytopathology. Lippincott Williams and Wilkins Philadelphia, 1999.
4. Bilbo M. Comprehensive cytopathology. WB Saunders: Philadelphia, 1992.
5. Masood S. Cytopathology of the breast. William W. Johnston ASCP vol 5: Chicago, 1996.
6. Zakour H, Wells C. Diagnostic cytopathology of the breast. Churchill Livingstone: London, 1999.
7. Treserra F, Castilla M, Fernández-Gid C, et al. Encuesta nacional sobre el estado actual del estado citológico de la patología mamaria. Rev Esp Patol 2014;142:8.
8. Treserra F, Fabra G, Castilla M, et al. Punción aspiración con aguja fina en patología mamaria: evaluación de la utilización de citología líquida. Rev Senol Patol Mamar 2015.
9. Sartoret H, Lagoutte E, Lorenzato M, et al. Comparison of liquid based cytology and histology for the evaluation of HER2 status using immunostaining and FISH in breast carcinoma. J Clin Pathol 2005;58:664-71.
10. Kodan G, Bourgain C, Fasola A, et al. The role of breast FNAC in diagnosis and clinical management: a survey of current practices. Cytopathology 2003;19:273-8.
11. Abati A, Samsir A. Breast fine needle aspiration biopsy: prevailing recommendations and contemporary practices. Clin Lab Med 2009;29:631-54.
12. Stanley MW, Shabay MK, Sanchez MA, et al. Current issues in breast cytopathology. Am J Clin Pathol 2000;113 (Suppl 1):S49-75.
13. Sanchez MA, Stahl RE. Fine needle aspiration of the breast. Pathology (Phila) 1996;4:253-86.
14. Michael CW, Buschmann B. Can true papillary neoplasms of breast and their mimickers be accurately classified by cytology? Cancer Cytopathology. 2003; Apr; 22:94:292-300.
15. Zakourdi MF. Fine-needle aspiration cytology of tumors: diagnostic accuracy and potential pitfalls. Cancer Invest 1994;12:506-15.
16. Sinski A, Cangarella J. Challenging breast lesions: Pitfalls and limitations of fine needle aspiration and the role of core biopsy in specific lesions. Diagn Cytopathol. 2011. Oct;23(4):230-3.
17. Haji BE, Das DK, Al Ayadhy B, et al. Fine needle aspiration cytologic features of four special types of breast cancers: medullary, apocrine, and papillary. Diagn Cytopathol. 2007 Jul;35(7):408-16.
18. Alkavari E, Auger M. Accuracy of fine-needle aspiration cytology of axillary lymph nodes in breast cancer patients. A study of 15 cases with cytologic-histologic correlation. Cancer (Cancer Cytopathol) 2003;114:39-51.
19. Koelliker SJ, Chang MA, Manikoff MB, et al. Axillary lymph Nodes: US-guided fine-needle aspiration for initial staging of breast cancer. Correlation with primary site tumor. Radiology 2005; 216:619-9.
20. Marti JL, Ayo D, Lertze E, et al. Nonimage-guided fine-needle aspiration biopsy of palpable axillary lymph nodes in breast cancer patients. Breast J 2012;18:3-7.

Capítulo 11

Secreciones mamarias.

C. Ara Pérez, L. Bernet Vegué, B. Dueñas Rodríguez.

La gran mayoría de alteraciones intraductales tienen un exponente común: la presencia de un derrame o secreción a través del pezón.

1. Derrames mamarios.

Definimos como derrame mamario la aparición por el pezón o por la areola de algún tipo de sustancia, fisiológica o patológica.

Durante la gestación y la lactancia la secreción láctea es un proceso fisiológico. Fuera de estos períodos, la secreción de leche no fisiológica se denomina "galactorrea". Hay situaciones patológicas que presentan secreciones no lácteas a las que denominamos genéricamente "telorreas". Cada secreción en particular y dependiendo de sus características, tendrá una denominación diferente, así hablaremos de un "derrame purulento" ante procesos infecciosos y de "telorragia" cuando la secreción sea hemática.

1.1. Aspectos generales.

Entre el 0,5 y el 2% de las mujeres presentan secreción por el pezón que, en el 95% de ellas aproximadamente, corresponden a causas benignas¹.

Puede aparecer a cualquier edad, aunque la mayoría de los casos se dan entre los 25-50 años. Por encima y por debajo de esta edad la incidencia es mucho menor.

1.1.1. Clasificación.

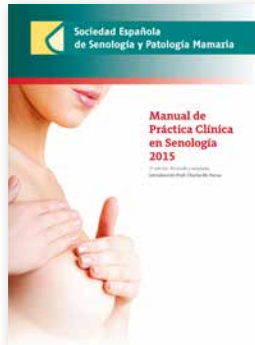
Se pueden clasificar según:

▼ Lateralidad.

Los derrames pueden ser unilaterales (secreción por una sola mama), o bilaterales (por ambas mamas simultáneamente).

▼ Aparición.

Los derrames pueden ser espontáneos o provocados. Los derrames espontáneos son más frecuentes que los provocados, y generalmente corresponden a trastornos funcionales o fisiológicos.



► Capítulo 18

Patología mamaria benigna. Lesiones benignas y proliferativas sin atipias.

C. Ara Pérez, J. M. De León Carrillo, C. Delgado Jiménez,
R. Fabregas Xaudaró.

Introducción.

La patología mamaria benigna constituye un amplio grupo de enfermedades con unas características clínicas, diagnósticas y de tratamiento diferenciales.

Es un motivo de consulta muy común, más del 80% de las pacientes que acuden al médico por un problema mamario corresponderá a un proceso benigno.

Clasificación.

La patología mamaria de la mama se divide en seis grandes grupos:

1. Anomalías del desarrollo.
2. Trastornos funcionales.
3. Procesos inflamatorios.
4. Procesos pseudotumorales.
5. Lesiones proliferativas.
6. Tumores benignos.

Para el diagnóstico de todas estas entidades será necesario:

- A/ Realizar una correcta anamnesis.
- B/ Exploración con inspección y palpación mamaria y de áreas ganglionares.
- C/ Estudios de imagen: mamografía, ecografía, galactografía, ductoscopia, resonancia magnética (RM).
- D/ Estudios de laboratorio, estudio citológico y/o anatomopatológico.

1. Anomalías del desarrollo.

Como resultado de una alteración en los mecanismos que regulan el desarrollo de la glándula mamaria, durante la organogénesis o en el crecimiento puberal, pueden producirse toda una serie de procesos anómalos en el desarrollo mamario. Tienen una frecuencia de hasta un 25% en todos sus grados.

- **Alteraciones de número y tamaño:** Mamas y pezones supernumerarios, agenesia, hipertrofia, hipotrofia, atrofia, macrotelia, microtelia, etc.

- **Alteraciones de la forma, situación, peso y densidad, pigmentación.**

▼ Diagnóstico:

Con la inspección y exploración de las mamas podremos diagnosticar la mayoría de anomalías, en algunos casos serán necesarias pruebas de imagen para descartar alguna patología subyacente acompañante, como tumores en mamas asimétricas, alteraciones musculares (Síndrome de Poland: hipomastia, deficiencia del músculo pectoral mayor, pectum excavatum, e incluso ausencia o hipoplasia de la parrilla costal) y alteraciones renales acompañantes (Polimastia)¹.

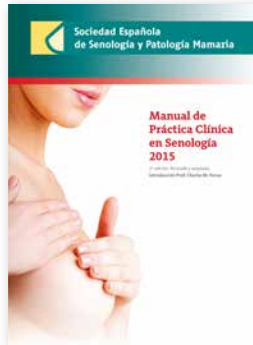
▼ Tratamiento:

Todas estas alteraciones, aunque la mayoría de las veces no revisten ningún tipo de gravedad, pueden producir serios trastornos emocionales y su tratamiento mayoritariamente será quirúrgico. Tan solo la cirugía plástica puede proporcionar soluciones a estos problemas. Bien sea con colocación de prótesis, reducción de tejido mamario o corrección específica de defectos. (Capítulo 16) Véase pág. 113.

2. Trastornos funcionales.

2.1. Síndrome de tensión mamaria premenstrual (mastodinia).

Cuadro de congestión mamaria que aparece premenstrualmente (de tres a cinco días antes), con aumento del volumen mamario y sensación de dolor, que desaparece con la menstruación. Se cree que la base fisiopatológica es un desequilibrio hormonal entre estrógenos y progesterona (exceso de estrógeno o déficit de progesterona).



► Capítulo 46

Consejo genético en el cáncer de mama.

M. Cusidó Gimferrer, C. Linossi, J. Sanz i Buxó,
J. Balmaña Gelpi.

1. El cáncer de mama familiar y hereditario.

El objetivo de este capítulo es que el lector pueda conocer las nociones básicas del cáncer hereditario vinculado a los genes *BRCA* a nivel epidemiológico y clínico para su utilización en la práctica clínica habitual.

▼ Epidemiología.

El riesgo que tiene una mujer de la población general, sin antecedentes familiares, de padecer cáncer de mama a lo largo de su vida, está en torno a un 12%. Este riesgo aumenta hasta un 21.1%, en caso de tener dos familiares de primer grado afectas¹. King et al. detectaron que, del total de casos de cáncer de mama diagnosticados, el 70-75% son esporádicos, un 15-20% corresponden a agregaciones familiares genéticamente inespecíficas, y sólo el 10% de los casos son hereditarios². Dentro de éste último grupo existen varios genes responsables de la aparición de la enfermedad.

▼ Factores genéticos. Prevalencia y penetrancia de los genes *BRCA1* y *BRCA2*.

Las mutaciones en los genes de alta predisposición al cáncer de mama, *BRCA1* y *BRCA2*, continúan siendo la principal causa del cáncer de mama y ovario hereditarios. Conjuntamente con otros genes menos prevalentes –*TP53*, *STK11*, *PALB2*, y *PTEN*– causan, aproximadamente, el 5-10% de todas las neoplasias de mama heredadas³. La prevalencia de mutaciones en *BRCA1* o *BRCA2* varía según las distintas áreas geográficas y grupos étnicos. Se han descrito mutaciones específicas en poblaciones de Islandia, Suecia, Noruega, Países Bajos, Alemania, Francia, España y países de la Europa Central y del Este, así como en judíos Ashkenazi⁴. La prevalencia de mutaciones *BRCA1* y *BRCA2* en pacientes con cáncer de mama u ovario no seleccionadas son generalmente bajas (2% para cáncer de mama y 10% para cáncer de ovario). Frecuencias más elevadas se asocian con una historia familiar positiva de cáncer de mama

u ovario, edad precoz al diagnóstico, cáncer de mama en varones o múltiples cánceres diagnosticados en un mismo paciente (bilateral de mama ó de mama y ovario)⁵. Aunque *BRCA1/2* son genes de alta penetrancia, la probabilidad de desarrollar un tumor en portadoras de mutación es variable. Un estudio multicéntrico español estimó que el riesgo de cáncer de mama era del 52% (IC 95%, 26-69%) y del 47% (IC 95%, 29-60%) para portadoras *BRCA1* y *BRCA2*, respectivamente. Mientras que el riesgo de cáncer de ovario en portadoras *BRCA1* y *BRCA2* era del 22% (IC 95%, 0-40%) y el 18% (IC 95%, 0-35%), respectivamente⁶.

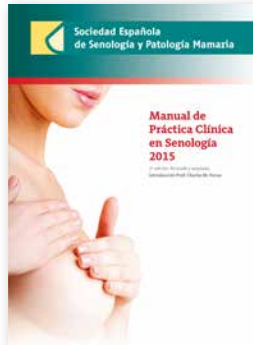
Otros genes de alta penetrancia para cáncer de mama son: el *PALB2*, el *TP53* (asociado al síndrome de Li-Fraumeni), el *PTEN* (síndrome de Cowden) y el *STK11* (síndrome de Peutz-Jeghers), entre otros⁷.

De igual manera, existen genes de riesgo moderado involucrados en el cáncer hereditario (*ATM*, *CHECK2*, *BRIPI* y *RAD50*) y marcadores genéticos de bajo riesgo (SNPs) cuyo papel en el desarrollo de la enfermedad está siendo investigado⁸. Aunque todavía no está bien definido su significado en relación al manejo clínico del cáncer de mama familiar o hereditario, algunos genes destacan más ya que son más prevalentes en población centroeuropea: *CHEK2* (tumores de mama), y *RAD51* (tumores de ovario).

▼ Modificadores hormonales de riesgo.

Otros factores modificadores del riesgo de cáncer de mama asociado a *BRCA* son los factores externos. Eventos hormonales y reproductivos como el embarazo (número y edad de la primera gestación), lactancia materna, y la toma de anticonceptivos orales se han asociado con una modificación de riesgo de cáncer de mama en portadoras de mutación. La paridad y la lactancia materna parecen conferir una protección frente al cáncer de mama en mujeres portadoras de mutación en *BRCA* de forma similar a la población general⁹ (nivel de evidencia III, B).

Respecto a la toma de anticonceptivos orales y el riesgo de cáncer de ovario asociado a *BRCA*, ésta maniobra farmacológica se ha asociado a una menor incidencia de tumores epiteliales, que se incrementa con la duración del tratamiento¹⁰.



Bibliografía:

- Vega Bolívar, A. Intervencionismo diagnóstico en patología de mama. *Radiología* 2015;531-43.
- López JA, Saralegui L, Gde Iturrigaray C, et al. Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF) de lesiones no palpables: aspectos técnicos, indicaciones y valor diagnóstico revisión de 1000 casos. *Rev Senol Patol Mama* 1992;30(3):161-75.
- Pisano ED, Fajardo LI, Cuddy DJ, et al. Fine-needle aspiration biopsy of non-palpable breast lesions in a multicenter clinical trial: results from the radiologic diagnostic oncology group V. *Radiology* 2001;201(3):785-92.
- Parkir SH, Jobe WE, Dennis MA, et al. US-guided automated large-core breast biopsy. *Radiology* 1991;181(2):507-11.
- Lieberman L. Percutaneous imaging-guided core breast biopsy: state of the art at the millennium. *AJR Am J Roentgenol* 2000;174(5):1191-5.
- Schneider G, Jarom S, Penfold L, et al. US-guided 14-gauge core-needle breast biopsy: Results of a validation study in 1352 cases. *Radiology* 2003; 248(2):406-13.
- Yosh JH, Kim EK, Kim MJ, et al. Sonographically guided 14-gauge core-needle biopsy of breast masses: a review of 2,720 cases with long-term follow-up. *AJR Am J Roentgenol* 2008;190(3):202-7.
- Crystal F, Koretz M, Shchaynsky S, et al. Accuracy of sonographically guided 14-gauge core-needle biopsy: results of 775 consecutive breast biopsies with at least two-year follow-up of benign lesions. *J Clin Ultrasound* 2005;33(2):47-52.
- Bolívar AV, Alonso Barbalome P, Ortega Carda E, et al. Ultrasonido-guided core-needle biopsy of non-palpable breast lesions: a prospective analysis in 204 cases. *Acta Radiol* 2005;46(7):690-5.
- Apesteiga Cidra I, Iribar de Marcos M, López Ruiz JA, et al. *Procedimientos Intervencionistas de la Mama*. 1ª ed. Madrid: SEDIM; 2009.
- Kettlitz U, Rottler K, Schaefer I, et al. Stereotactic vacuum-assisted breast biopsy in 2874 patients. A multicenter study. *Cancer* 2004;90(2):245-51.
- Jadman RJ, Marzani FA Jr, Rosenberg J. False negative diagnoses at stereotactic vacuum-assisted needle breast biopsy: long-term follow-up of 1280 lesions and review of the literature. *AJR Am J Roentgenol* 2009;192(2):341-54.
- Wilson R, Kavita S. Comparison of Large Cores Vacuum-Assisted Breast Biopsy and Excision Systems. In: *Minimally Invasive Breast Biopsies*. Recent results in cancer research 173. Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2009. p. 23-41. ISBN 978-3-540-31803-5.
- Rajan S, Shaaban AM, Dall'aj, et al. New patient pathway using vacuum-assisted biopsy reduces diagnostic surgery for B3 lesions. *Clin Radiol* 2012;67(3):244-9.
- Poveda SP, Jimenez RE. A comprehensive evaluation of the 8-gauge vacuum-assisted Mammotome® system for ultrasound-guided diagnostic biopsy and selective excision of breast lesions. *World J Surg Oncol* 2007;5:83-96.
- Alonso Barbalome P, Vega Bolívar A, Torres Tabares JA, et al. Sonographically guided 11-g directional vacuum-assisted breast biopsy as an alternative to surgical excision: Utility and cost study in probably benign lesions. *Acta Radiol* 2004;45(4):390-6.
- Carder PJ, Khan T, Burrows P, et al. Large volume "mammotome" biopsy may reduce the need for diagnostic surgery in papillary lesions of the breast. *J Clin Pathol* 2006;59(1):9-13.
- Rajan S, Wilson AM, Carder PJ. Conservative management of screen-detected radial scars: role of mammotome excision. *J Clin Pathol* 2011;64(1):66-8.
- Torres Tabares JA, Alonso Barbalome P, Vega Bolívar A, et al. Percutaneous microductectomy with a directional vacuum-assisted system guided by ultrasonography for the treatment of breast discharge: experience in 63 cases. *Acta Radiol* 2008;49(3):271-6.

Capítulo 10

Estudio citológico de la mama y ganglios regionales.

G. Fabra Pañella, C. Fernández-Cid Villaseñin, M. Castellá Rufat, O. Luque Marcos, F. Tresserra Casas.

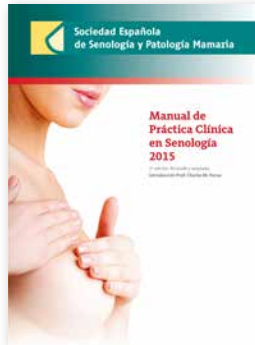
La citología es una herramienta poco agresiva y clave en el diagnóstico temprano de tumores malignos de mama.

La extensión para estudio citológico se obtiene por punción-aspiración con aguja fina (PAAF), generalmente bajo guía ecográfica o por impronta directa o del líquido obtenido de un derrame.

La observación de las extensiones citológicas debe encaminarse al estudio de la sustancia de fondo, de los elementos celulares que componen las distintas estructuras de la mama y de otros elementos que pueden estar presentes. En función de sus características se emitirá un diagnóstico de benignidad, hiperplasia, sospechoso o malignidad.

Actualmente la citología mamaria, según una encuesta de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, forma parte de la mayoría de las guías de actuación de las Unidades de Mama a nivel nacional, si bien su indicación principal es el estudio prequirúrgico de la axila para la indicación de la biopsia selectiva del ganglio centinela.

Recientemente se está introduciendo la técnica de citología líquida que permite estudiar la muestra mejor preservada y con menos artefactos que la citología convencional. Con esta técnica se obtienen menos diagnósticos insuficientes y la rentabilidad en el diagnóstico de malignidad es superponible a la de la citología convencional. Con esta metodología pueden efectuarse en la muestra técnicas de inmunocitoquímica que permiten la determinación de factores pronósticos y predictivos.



► Capítulo 58

Fertilidad y cáncer de mama.

R. Fábregas Xaudaró, V. Coroleu Lletget,
M. A. Checa Vizcaino.

Este último siglo se ha caracterizado por una revolución sociológica de la mujer que ha dejado atrás las ataduras de la procreación para conquistar el mundo laboral. Esto ha provocado un cambio en las pautas habituales de reproducción que sin duda impactan en la aparición de la enfermedad o en el planteamiento de los tratamientos.

La primera consecuencia de este cambio sociológico es el retraso en la edad de la maternidad. Actualmente en España la edad media de la maternidad es a los 31,5 años (INE 2013) mientras que a principios del siglo XX era alrededor de los 19 años. Por otra parte la maternidad retrasada se acompaña de un incremento lógico en los tratamientos de anticoncepción y de esterilidad que de alguna manera también podrán impactar en la salud femenina.

También el progreso del siglo actual nos ha proporcionado un bienestar sanitario lo que ha incrementado la esperanza de vida (87 años en la mujer occidental) y la mejora de los tratamientos de enfermedades graves como el cáncer de mama. En consecuencia las mujeres que padecen esta enfermedad sobreviven mucho más y con una calidad de vida mucho mejor.

Se produce, por lo tanto, una situación compleja en la que el retraso en la gestación puede provocar que mujeres que no han satisfecho su capacidad reproductiva puedan sufrir un cáncer de mama que les provoque un retraso o impedimento en su proyecto de maternidad. La elevada supervivencia de éstas pacientes permite plantear esta posibilidad, aunque se plantean problemas debido a la esterilidad provocada por la terapia oncológica.

1. Anticoncepción.

La anticoncepción hormonal apareció en la década de los 60 y su aplicación se ha instaurado con facilidad debido a las ventajas sociológicas que comporta en a la mujer de hoy en día. Aunque el concepto básico de anovulación provocada no ha variado, si que se han modificado las dosis, las propiedades farmacológicas y las formas de aplicación. Los estudios de seguimiento y de efectos a largo plazo se han realizado con fármacos de primera generación y están en seguimiento los preparados más modernos de dosis más bajas.

Se ha comprobado un discreto incremento en el riesgo de cáncer de mama en usuarias (RR=1,24 CI: 1,15-1,33) aunque limitando la edad de riesgo principalmente a las que inician la terapia antes de los 20 años y por tiempo prolongado. Se ha observado también que a los diez años de abandonar los anticonceptivos el riesgo se iguala a las no usuarias. Este riesgo es débil y no contraindica su prescripción^{1,2}.

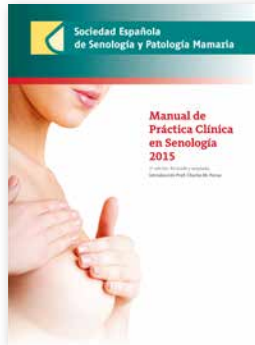
En mujeres con riesgo familiar por mutación del BRCA, se observa un débil incremento en las pacientes BRCA1 (RR= 1,33 IC 1,11-1,60) mientras que no se ha demostrado este riesgo en las pacientes BRCA2³.

En mujeres que han sufrido un cáncer de mama, la OMS contraindica el uso de anticoncepción hormonal, por lo que en éstos casos es preferible la utilización de DIU no hormonal⁴⁻⁶.

2. Tratamiento de la esterilidad.

Dos factores de riesgo para la aparición de cáncer de mama son el retraso en la primera gestación y la nuliparidad o la baja paridad. Ambos están relacionados con la esterilidad y por lo tanto son un sesgo en los estudios que intentan asociar los tratamientos de la misma con el cáncer de mama. Por otra parte no existen estudios prospectivos y aleatorios que relacionen los tratamientos de esterilidad con el cáncer de mama⁷.

Los estudios comparando la aparición de cáncer de mama en la población general y en las pacientes sometidas a tratamientos de fertilidad no muestran diferencias significativas en la incidencia, si se tienen en cuenta los parámetros de nuliparidad, edad de inicio de la primera gestación y edad de aparición del cáncer.



Bibliografía:

1. Ambrogetti D, Berni D, Catarzi S, et al. The role of ductal galactography in the differential diagnosis of breast carcinoma. *Radiol Med*. 1996;91(3):292-291.
2. Fernandez GJ, et al. Atlas de Patología Mamaria. Vol. 3. Barcelona: Salvat; 1996.
3. Ito Y, Tamaki Y, Hakano Y, et al. Non palpable breast cancer with nipple discharge: how it be treated? *Anticancer Res* 1991;11(11):993-4.
4. Papanicolaou GN, Bader GM, Holmgren DG, et al. Cytologic evaluation of breast secretions. *Am J Y Acad Sd* 1956;63(6):3509-21.
5. Geaves DA, Carr M, Wadhwa V, et al. An audit of cytology in the evaluation of nipple discharge: A retrospective study of 10 year's experience. *breast* 1996;5:96-9.
6. Simmons R, Adamovich T, Brennan M, et al. Non surgical evaluation of pathologic nipple discharge. *Ann Surg Oncol* 2003;10(2):173-6.
7. Caboglu N, Hunt KK, Singletary SE, et al. Surgical decision making and factors determining a diagnosis of breast carcinoma in women presenting with nipple discharge. *J Am Coll Surg* 2003;196(3):354-61.
8. Haagensen CD, Stone JPP, Phillips P. The papillary neoplasms of the breast. I. benign intraductal papilloma. *Ann Surg* 1971;173(1):13-36.
9. Lewis JT, Hattman LC, Vierkant RA, et al. An analysis of breast cancer risk in women with single, multiple and atypical papilloma. *Am J Surg Pathol*. 2006;10:08666-72.
10. Van Zee KJ, Ortega Pérez G, Minard E, et al. Preoperative galactography increases the diagnostic yield of major duct excision for nipple discharge. *Cancer* 1993;220(1):1274-20.
11. Lang JE, Konec HM. Breast ductal secretions: clinical features, potential uses, and possible applications. *Cancer Control*. 2002;14(4):350-9.
12. Carabias P, Ara C, Cabero M, et al. Ductoscopia en procesos papilares. Revisión de 246 procedimientos. *Toko Gyn Pract*. 2009;9:868-825.
13. Louie LD, Crowe J, Dawson AE, et al. Identification of breast cancer in patients with pathologic nipple discharge: does ductoscopy predict malignancy? *Am J Surg*. 2006;192(4):580-3.
14. Tavassoli FA. Pathology of the breast. 3rd ed. Appleton and Lange; 1992.
15. Rosen PR, Caloco JA. Benign papillomatosis of the nipple. A study of 51 patients, including nine with mammary carcinoma. *Am J Surg Pathol* 1980;10(2):137-101.
16. Haagensen CD. Diseases of the breast, 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1971.

Capítulo 12

Fibroadenoma.

R. Fábregas Xaudaró, C. Ara Pérez.

1. Introducción.

Los fibroadenomas son tumores benignos de la mama que se descubren por su sintomatología o bien como hallazgo ante una exploración de control. El interés principal de su reconocimiento es precisamente poderlos distinguir de lesiones malignas.

Los síntomas que pueden mostrar éstos tumores son la aparición de un nódulo palpable, el dolor o el cambio en la morfología de la mama. Ante cualquiera de éstos síntomas se debe iniciar una cadena de diagnóstico cuyo objetivo a de ser la seguridad de la ausencia de malignidad.

En ocasiones los fibroadenomas no presentan sintomatología y el descubrimiento se realiza ante una mamografía o una ecografía de control por otros motivos o bien por chequeo¹.

2. Diagnóstico clínico.

El diagnóstico debe basarse en los siguientes métodos:

2.1. Anamnesis.

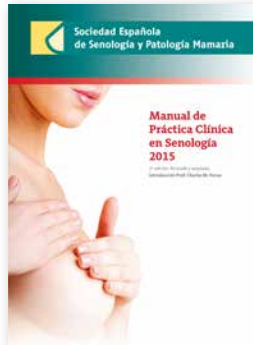
Los fibroadenomas suelen aparecer en edades jóvenes, entre los 15 y los 30 años. El síntoma más frecuente es la aparición de un bulto en la mama, que no se reduce tras la menstruación y que ocasionalmente puede crecer. A veces se asocia con dolor mamario, más o menos localizado. Más raramente se descubren al estudiar una asimetría mamaria que la ocasionan¹. Pueden modificarse con tratamientos hormonales o con el embarazo, aunque suelen tener un tamaño y estructura constante¹.

▼ Inspección.

Los fibroadenomas pueden protruir en la superficie mamaria, sobretodo cuando su localización es superficial. La maniobra de elevar los brazos en la inspección puede descubrirlos.

▼ Palpación.

Si se palpa, debido a su tamaño, se nota como un nódulo móvil, bien delimitado y no adherido a planos profundos.



► Capítulo 19

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

M. Izquierdo Sanz, A. Modolell Roig.

Las lesiones premalignas y preinvasoras mamarias son un grupo heterogéneo de lesiones que tienen un potencial maligno diverso, con 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 Tavassoli² 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 chequeo la prevalencia ha aumentado considerablemente. Antes las lesiones preinvasivas representaban el 1-5% de todos los cánceres de mama. Su diagnóstico era clínico, 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}).

En 10 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, la prevalencia de CDIS será superior a 1 millón en el 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 o en los casos en que se realizaba era en una segunda intervención.
- 2/ En la era postmamografía 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 hormonoterapia, en los casos en que se debe realizar mastectomía se realiza reconstrucción inmediata.

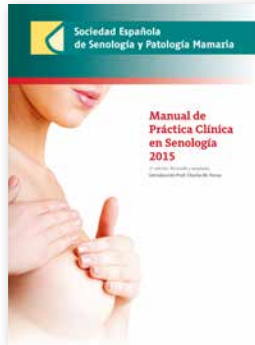
El CDIS se clasifica bajo criterios histológicos en 3 grados:

- Grado I: No hay atipia nuclear ni necrosis intraluminal.
- Grado II: Solo hay una característica.
- 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.

Para clasificar un Carcinoma Ductal *in Situ* (CDIS) Grado I según los criterios que se utilice puede variar. Según los criterios de Page⁷ se precisa de 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 Norris⁸ requiere la participación de uno o mas 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 Tavassoli&Norris, pero Hiperplasia Ductal Atípica por los criterios de Page.



▶ Capítulo 53

Enfermedad de Paget del pezón.

M. Izquierdo Sanz, M. Prats de Pulg.

En 1874 Sir James Paget publica en St Bartholomew's Hospital Reports la asociación en 15 pacientes de una lesión del complejo areola-pezón a un carcinoma de mama subyacente¹. Esta entidad se conoce desde entonces por el epónimo de Enfermedad de Paget del Pezón (EPP).

Suele aparecer en pacientes mayores de 50 años, con edades medias de aparición de 62 años en mujeres y 69 en varones. En casos excepcionales puede observarse en pacientes jóvenes. La EPP es una entidad infrecuente tanto en varones como en mujeres, que representa menos del 2% del total de cánceres de mama².

Más del 87% de pacientes con EPP tienen un carcinoma de mama subyacente, invasivo o *in situ*². En al menos un 30% de los casos la lesión intra-mamaria no se encuentra en la región retro-areolar³.

La enfermedad de Paget se define como una lesión neoplásica del epitelio escamoso de la piel de areola y/o pezón, que presenta unas células de citoplasma amplio y claro con nucleolos aumentados, núcleo atípico desplazado, y que están situadas en la epidermis a lo largo de la membrana basal, que la caracterizan y se conocen como células de Paget.

Clinicamente se manifiesta como una lesión eczematososa o erosiva que no responde al tratamiento convencional (Fig. 53.1 y Fig. 53.2).

Ante la sospecha clínica de EPP, debe procederse a la exploración completa de mama y axila mediante palpación y obtener, o bien una impronta de la secreción para citología, o bien una biopsia de piel de la zona afecta. Si en las muestras obtenidas se identifican células de Paget, bien por medios convencionales, bien por inmunohistoquímica (IHQ) se puede establecer el diagnóstico de EPP. Esto obliga a realizar un completo estudio loco-regional por imagen con mamografía, ecografía y RM⁴ con contraste para verificar si existe enfermedad mamaria subyacente, siendo ésta última obligatoria si se plantea tratamiento conservador.



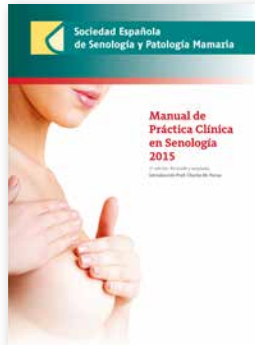
Figura 53.1. Enfermedad de Paget del Pezón: erosión y eczema que afecta areola y pezón.



Figura 53.2. Enfermedad de Paget con extensión cutánea.

Puede realizarse también escintimografía con MIBI. Se realizará BAG de cualquier lesión intra-mamaria sospechosa y ecografía axilar con PAAF de cualquier adenopatía sospechosa. Estos tumores suelen sobre-expresar la oncoproteína HER2.

Cara a su clasificación TNM, cuándo no se demuestra enfermedad más allá del complejo areola-pezón (CAP) se considerará una EPP (aproximadamente 13% EPP), en caso de existir además una lesión intraductal intra-mamaria será carcinoma intraductal intra-mamario asociado a EPP, y en caso de que la lesión mamaria sea infiltrante será carcinoma infiltrante asociado a EPP (en estos casos el porcentaje de tumores de alto grado, el tamaño tumoral y la negatividad a receptores hormonales es significativamente mayor que en la globalidad de pacientes con



► Capítulo 4

Estilo de vida y cáncer de mama.

M. Izquierdo Sanz, M. D. Sabadell Mercadal.

El cáncer de mama, como todos los procesos neoplásicos se produce por alteraciones genéticas y epigenéticas, lo que explica porque dos personas con la misma mutación no desarrollan al mismo tiempo o no desarrollan el proceso neoplásico. Las alteraciones epigenéticas son los cambios del ADN sin alterar su secuencia (desmetilación ADN y acetilación histonas). Los genes son activados o desactivados a través de la metilación del ADN o las histonas, hay genes que no actúan inhibiendo el cáncer porque están metilados, esta es la razón porque más del 90% de los tumores no sean heredados, por esta razón dos personas con una misma mutación genética, una desarrolla un cáncer antes y otra después o nunca. La epigenética explica porque el material genético puede verse afectado por el estilo de vida y las condiciones ambientales (dieta, deporte e índice de masa corporal). Actualmente hay dos fármacos de acción epigenética, uno desmetila el ADN y otro acetila las histonas.

1. Dieta y cáncer de mama.

La ingesta global de frutas y verduras no se asocia con un menor riesgo de cáncer de mama¹. En el estudio randomizado de Women's Health Initiative, en mujeres postmenopáusicas con seguimiento durante 8,1 años, una dieta baja en grasa no tuvo una reducción del riesgo de cáncer de mama².

Una alta ingesta de betacarotenos y Vitamina C, disminuye el riesgo en mujeres postmenopáusicas que toman hormonas exógenas^{3,4}.

Un meta análisis de los estudios publicados desde 1982 hasta 1997⁵ sugiere un moderado efecto protector para un alto consumo de verduras y micronutrientes.

La dieta mediterránea protege contra el cáncer de mama⁶⁻⁸. Esta se caracteriza por tener un papel destacado las frutas, verduras y el aceite de oliva, siendo una dieta rica en grasas monoinsaturadas y baja en grasas saturadas, haciendo que los tejidos sean menos susceptibles al daño oxidativo⁹.

Más de cinco ingestas de carne roja a la semana en la edad adulta temprana, se asocia a un aumento del riesgo relativo de 1,22 en la pre y postmenopausia, en comparación con la ingesta de carne de aves de corral, pescados, legumbres y frutos secos¹⁰.

El consumo de alcohol se asocia a un aumento del riesgo de cáncer de mama. Comparando mujeres bebedoras de 35-44 grs/día de alcohol con no bebedoras, el riesgo relativo es de 1,32 y de 1,46 si la ingesta es de 45 o más grs/día¹¹. Por cada consumo adicional de 10 gramos de alcohol al día se asocia con un aumento del 9% en el riesgo de cáncer de mama¹². Recientemente se ha demostrado que el consumo de alcohol aumenta el riesgo incluso a dosis bajas¹³.

El vino tinto tiene un riesgo distinto al vino blanco. El vino tinto se asocia con altos niveles de Testosterona libre, niveles bajos de SHBG y altos niveles de LH vs el vino blanco en mujeres premenopáusicas⁴.

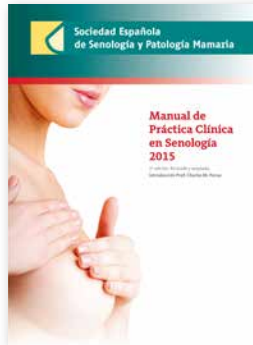
El tabaco aumenta el riesgo en mujeres que empezaron a fumar en edad temprana o que fumaron durante muchos años, con un aumento del 9% en exfumadoras y un 16% en fumadoras actuales en el momento del diagnóstico. El riesgo entre las exfumadoras persiste hasta 20 años después de dejar de fumar¹⁵.

No se ha encontrado relación entre el consumo de té verde y la incidencia de cáncer de mama^{16,17}.

El consumo de 200UI/día de vitamina D y una exposición moderada a la luz del sol eleva la 25 (OH) D y se asocia a una reducción del 50% de la incidencia del cáncer de mama¹⁸. El receptor de vitamina D interviene en la transcripción de los genes responsables del control del ciclo celular, apoptosis y metástasis. En pacientes con cáncer de mama es frecuente el déficit de vitamina D¹⁹.

En estudios epidemiológicos se ha visto una asociación entre la exposición al sol y la incidencia y mortalidad por cáncer de mama^{20,21}. En 87 estados de EEUU hubo una correlación entre estados del Norte y del Sur, la exposición al sol y la incidencia y mortalidad por cáncer de mama ajustados por edad²².

Estudios in vivo y in vitro demuestran que el ácido oleico previene la expresión de HER2^{23,24}.



25. Campet C, Boccardo F, Zilli A, et al. The use of vein grafts in the treatment of peripheral lymphedemas: long-term results. *Microsurgery* 2001;23:43-7.
26. Campet C, Davini D, Bellini C, et al. Lymphatic microsurgery for the treatment of lymphedema. *Microsurgery* 2006;26:66-69.
27. Yamada Y. Studies on lymphatic venous anastomosis in lymphedema. *Hagoys J Med Sci*. 1969;2:1-21.
28. Koshima I, Inagawa E, Umedbaba K, et al. Supermicrosurgical lymphaticovenular anastomosis for the treatment of lymphedema in the upper extremities. *J Reconstr Microsurg* 2000;36:437-42.
29. Koshima I, Nambu Y, Tazumi T, et al. Long-term follow-up after lymphaticovenular anastomosis for lymphedema in the leg. *J Reconstr Microsurg*. 2003;19:209-15.
30. Koshima I, Inagawa E, Umedbaba K, et al. Supermicrosurgical lymphaticovenular anastomosis for the treatment of lymphedema in the upper extremities. *J Reconstr Microsurg* 2000;36:437-42.
31. Koshima I, Nambu Y, Tazumi T, et al. Minimal invasive lymphaticovenular anastomosis under local anesthesia for leg lymphedema: is it effective for stage III and IV? *Ann Plast Surg*. 2004;53(3):261-6.
32. Becker C, Assouad J, Ripart M, et al. Postmastectomy lymphedema: long-term results following microsurgical lymph node transplantation. *Ann Surg*. 2006;243:373-5.
33. Lin CH, Ali R, Chen SC, et al. Vascularized groin lymph node transfer using the web as a recipient site for management of postmastectomy upper extremity lymphedema. *Plast Reconstr Surg* 2009;123:1266-75.
34. Janice N, Corrier, Loren Rourke, Melissa Crosby, et al. The surgical treatment of lymphedema: a systematic review of the contemporary literature (2004-2006). *Ann Surg Oncol* (2017) 19:543-51.

► Capítulo 45

Atención fisioterápica en la cirugía oncológica y en el linfedema.

M. Mallafre Mercadé, S. Carrera Portusach.

1. Fisioterapia en la cirugía oncológica.

El tratamiento de fisioterapia en el cáncer de mama se ha centrado hasta ahora en la prevención y en el tratamiento del linfedema iatrogénico.

La tendencia es realizar una medicina personalizada teniendo en cuenta la psicología y calidad de vida de la paciente. Es importante destacar el tratamiento de fisioterapia en el postoperatorio de la paciente intervenida de cirugía oncológica.

Las pacientes reconstruidas de forma directa o indirecta necesitan de un tratamiento de fisioterapia individualizado, de unos consejos y ejercicios específicos y sobretodo de un seguimiento personalizado.

El tratamiento de fisioterapia se lleva cabo:

▼ Antes de la reconstrucción de la mama.

Preparar la piel y los músculos, de acuerdo con la técnica de reconstrucción prevista para facilitar y optimizar el procedimiento quirúrgico.

En caso de adherencias y fibrosis postradioterapia, intentamos liberar estas adherencias y dar elasticidad a la piel.

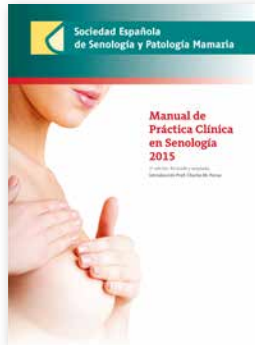
El tratamiento de fisioterapia consiste en:

- Drenaje linfático manual.
- Maniobras suaves para despegar la piel.

▼ En el postoperatorio.

El tratamiento de fisioterapia debe ser precoz para prevenir, valorar y tratar los efectos secundarios postoperatorios con ejercicios específicos, técnicas de fisioterapia y su posterior seguimiento.

Para la valoración de los efectos secundarios y la mejora de estos tras el tratamiento de fisioterapia, se utilizan mediciones goniométricas, diferentes pruebas funcionales y la exploración clínica.



Bibliografía:

1. Manual de tiempos óptimos de Incapacidad Temporal. Tercera edición. Ed. Instituto Nacional de la Seguridad Social. NIPO: 27173-055-4.
2. Garrido MS, López-Guillén A, Vicente JM. Manual de actuación para médicos del IESS. Cáncer de Mama. Madrid: Instituto Nacional de la Seguridad Social; 2004.
3. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), (ed. Del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSS ISCO)). <http://www.un.orgesa/soctdev/en/ato/qb0992c.htm>
4. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. (NIPO – 27115-006-X).
5. Morales Romero A, González García I, García Carreras I. Patologías oncológicas. Esc. Guía de valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria. Madrid: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo; 2010. Pág. 64-72.
6. Vicentín Hervero MT, Aguilera E, Ramírez MN, et al. Cáncer de mama y discapacidad. Criterios de valoración y controversias médico-legales. Rev Senol Patol Mamar. 2013;26(3):99-105.
7. Tiedtke C, Bérdoz de Casterlé B, De Bjck A, et al. Breast cancer treatment and work disability: patient perspectives. Breast 2011;20(5):534-8.
8. Martínez Marco EA. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo (España). Manual de valoración de la Incapacidad Laboral en las enfermedades oncológicas. Madrid: Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo; 2000.

Capítulo 64

Consenso de St. Gallen 2015.

A. Modolell Roig, M. D. Sabadell Mercadal, M. Izquierdo Sanz, M. Prats de Puig.

Introducción.

En 1978 en un pueblo de los Alpes Suizos, St. Gallen, se realizó una reunión o conferencia de líderes de opinión en cáncer de mama, entre 40 y 50, con el objeto de llegar a un consenso sobre el diagnóstico y tratamiento. Esta reunión se ha realizado cada 2 años siempre en Saint Gallen hasta el 2015, que ha tenido lugar en Viena el 14th St. Gallen International Breast Cancer Conference (2015). El consenso que se alcanza se publica en la revista *Annals of Oncology*.

La conferencia empieza un miércoles y finaliza un sábado. Durante los primeros días cada experto expone las novedades de su tema con las referencias bibliográficas, respondiendo a las preguntas de los asistentes (alrededor de 4000, de 134 países en la reunión de 2015). Durante la mañana del sábado, los panelistas responden y votan públicamente a las preguntas del moderador.

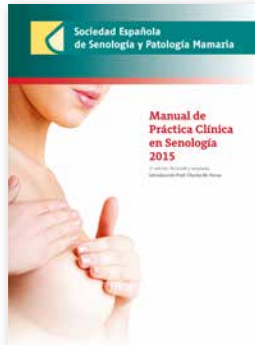
La conferencia de St. Gallen repasa y valora las novedades que se han producido en los 2 últimos años, y tiene el valor de plasmar en un escrito las pautas de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

El resumen del Consenso de St. Gallen 2015 ha sido publicado en *Annals of Oncology* 2015 con el título: Tailoring therapies - improving the management of early Breast cancer: St. Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2015.

A continuación se presenta un resumen de las principales novedades, omitiéndose las referencias bibliográficas que se pueden consultar en la publicación original.

En la **Tabla 64.I** Véase pág. 415 se resume el tratamiento del cáncer de mama según subgrupo.

En la **Tabla 64.II** Véase pág. 416 se detallan las recomendaciones de tratamiento postoperatorio adyuvante sistémico.



Bibliografía:

1. Comprehensive molecular portraits of human breast tumours. *Nature* 2012;480:61-70.
2. Prat A, Cheang M-CU, Martin M et al. Prognostic Significance of Progesterone Receptor-Positive Tumor Cells Within Immunohistochemically Defined Luminal A Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2013;31:2015.
3. Chia SK, Branwell VH, Tu D et al. A 50-Gene Intrinsic Subtype Classifier for Prognosis and Prediction of Benefit from Adjuvant Tamoxifen. *Clinical Cancer Research* 2012;18:4469-72.
4. Ellis MJ, Slamon T, Hoog J et al. Randomized Phase II Neoadjuvant Comparison Between Epirubicin, Anastrozole, and Eseremustine for Postmenopausal Women With Estrogen Receptor–Rich Stage 2 to 3 Breast Cancer: Clinical and Biomarker Outcomes and Predictive Value of the Baseline PAM50-Based Intrinsic Subtype—ACOSOG Z1001. *Journal of Clinical Oncology* 2012;30:2547-49.
5. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative G. Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: meta-analysis of long-term outcome among 1007000 women in 123 randomised trials. *The Lancet* 2012;379:432-44.
6. Rouzier R, Perou C, Symmans W et al. Breast cancer molecular subtypes respond differently to preoperative chemotherapy. *Clin Cancer Res* 2005;11:5793-95.
7. Parker J, Prat A, Cheang JA et al. Breast cancer molecular subtypes predict response to anthracycline/taxane-based chemotherapy. *San Antonio Breast Cancer Symposium* 2009; abstract 209.
8. Prat A, Parker J, Fan C et al. PAM50 assay and the three-gene model for identifying the major and clinically relevant molecular subtypes of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2012;135:301-6.
9. Esserman L, Berry D, Cheang M-CU et al. Chemotherapy response and recurrence-free survival in neoadjuvant breast cancer depends on biomarker profiles: results from the I-SPY1 TRIAL (CALGB 150007/150012, ACRIN 667). *Breast Cancer Research and Treatment* 2012;132:1049-62.
10. Goldhirsch A, Wood WC, Coates AS and Panel Members. Strategies for subtypes—dealing with the diversity of breast cancer. Highlights of the St. Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer. *Ann Oncol* 2011;22:1756-4E.
11. Goldhirsch A, Winer EP, Coates AS and Panel Members. Personalizing the treatment of women with early breast cancer: Highlights of the St. Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011. *Ann Oncol* 2011;22:1706-25.
12. Maikonecne P, Diakavrou D, Rotmensz N et al. Proposed new (bi)topological surrogate definitions of luminal A and luminal B (HER2-negative) intrinsic breast cancer subtypes. *Breast Cancer Res* 2014;20:363-366.
13. Bastien RR, Rodriguez Lescure A, Ebbert M et al. PAM50 breast cancer subtyping by RT-qPCR and concordance with standard clinical molecular markers. *BMC Med Genomics* 2012;5:44. doi:10.1186/1745-2994-5-44.
14. Cheang MC, Martin BA, Nelson TO et al. Defining breast cancer intrinsic subtypes by quantitative receptor expression. *Oncologist* 2010;15:474-82.
15. Perou C, Sorlie T, Eisen M et al. Molecular portraits of human tumours. *Nature* 2000;406:747-52.
16. Denkert C, Loibl S, Müller BA et al. Ki67 levels as predictive and prognosis parameter in pretherapeutic breast cancer core biopsies. *Ann Oncol* 2013;24:2796-99.
17. Coates AS, Winer EP, Goldhirsch A et al. Tailoring therapies: improving the management of early breast cancer. St. Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2015. *Annals Oncol* 2015. doi:10.1093/annonc/mdv221.209.

Capítulo 28

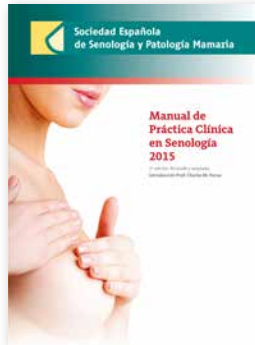
Manejo de las muestras para tests inmunohistoquímicos, moleculares y genéticos.

F. Tresserra Casas, M. A. Martínez Lanao, M. T. Soler Monsó.

El Servicio de Anatomía Patológica es el encargado de recibir las muestras tisulares para su procesado y estudio microscópico a fin de emitir un diagnóstico. Actualmente es posible determinar en una muestra tisular una serie de biomarcadores que representan factores pronósticos y predictivos que contribuirán al manejo terapéutico de las pacientes con cáncer de mama. Así, el tejido ha de someterse a pruebas inmunohistoquímicas, determinaciones moleculares y test genéticos. También pueden almacenarse muestras tumorales en biobancos o el material estudiado remitirse a otros laboratorios para contrastar opiniones. Es por ello que las muestras tisulares deben de procesarse siguiendo unos estándares óptimos para que todos estos procesos sean posibles y se desarrollen en las mejores condiciones con el objetivo de preservar los hallazgos morfológicos y las características biológicas. Para la preservación tisular es necesaria la utilización de un fijador adecuado, para la preservación de la antigenicidad se requiere que el tiempo de fijación sea el óptimo y para preservar el material genético es imprescindible el control del tiempo de isquemia.

Los biomarcadores a estudiar son:

- **Proteínas:** Es el biomarcador más utilizado pues puede determinarse mediante inmunohistoquímica. No obstante su examen se ve alterado por al menos 67 variables pre-analíticas. Su determinación puede llevarse a cabo en material parafinado.
- **ADN:** Es relativamente resistente al manejo rutinario de las muestras, no obstante su determinación se ve influenciada por la acción del formol.
- **mARN:** Es la molécula más lábil y es la que utilizan muchas firmas genéticas. Su determinación se ve influenciada por el tiempo de isquemia caliente e isquemia fría.



22. Holland R. The impact of surgical margins on outcome of breast conserving therapy. *Eur J Cancer* 2000; 36, Sup 5, 2º EBCC 2000;548(2D).

23. Vázquez Albaladejo, C. Problemática diagnóstico-patológica en el tratamiento conservador del cáncer de mama. *Rev Senología y Patol Mamaria* 1999;2:190-7.

24. Saha U, Khatu J, Fouquet A, et al. Fifteen year results of breast conserving surgery and definitive breast irradiation for the treatment of ductal carcinoma in situ of the breast. *J Clin Oncol*. 1996;14(25):63.

25. Silverstein M, Barth A, Poller D H, et al. Ten year result comparing to excision and radiation therapy for ductal carcinoma in situ of the breast. *Eur J Cancer* 1995;31:1425-7.

26. M J Silverstein. The university of Southern California/Van Nuys prognostic index for ductal carcinoma in situ of the breast. *The American Journal of Surgery* 2000;136:332-43.

27. Frykberg EB. Lobular carcinoma of the breast. *Breast J* 1999; 296-302.

28. Beate EJ, Kalisher L, Hutter RVP. Lobular carcinoma in situ of the breast: clinical, pathologic, and mammographic features. *AJR* 1991;157:257-65.

29. Rosen PP, Sente R, Schottenfeld D, et al. Noninvasive breast carcinoma: frequency of unsuspected invasion and implication for treatment. *Ann Surg* 1979;189:372-82.

30. Liebets F, Cardinai S, Scillings AP, et al. Current management of lobular in situ neoplasia. *IBR-01R* 2008;91:666-7.

31. Cohen MA. Cancer upgrades at excisional biopsy after diagnosis of atypical lobular hyperplasia or lobular carcinoma in situ at core needle biopsy: some reasons why. *Radiology* 2004; 231:617-21.

32. Ledner M, Jackman R, Brem RF, et al. Lobular carcinoma in situ and atypical lobular hyperplasia at percutaneous biopsy with surgical correlation: a multi-institutional study. *Int J Radiat Oncol* 1999; 23:673-696.

33. Izquierdo JA, Tresserra F, Martínez Mª A. Lesiones Preinvasivas. Carcinoma in Situ. *Manual de Práctica Clínica en Senología* 2012; cap 8:38-40.

34. Tavassoli FA, Hoeffler H, Rosal J et al. Intraductal proliferative lesions. In: Tavassoli FA, Devilee P (eds) *World Health Organization Classification of Tumors: Pathology and genetics of tumor of the breast*

35. Apple S R, Marlin M, Mostafaei NA et al. Significance of lobular in situ epithelial neoplasia at margins of breast conserving specimens: a report of 38 cases and literature review. *Diagnostic Pathology* 2010;5:54

36. Brathauer GL and Tavassoli FA. Lobular intracystic neoplasia: previously unexplored aspects assessed in 775 cases and their clinical implications. *Virchows Arch* 2002; 440:334-8.

37. Hartmann LC, Sellers TA, Frost MH, et al. Benign breast disease and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 2005; 353(3):229-37.

38. Kubota GC, Jones JS, Olson H, et al. A multi-center prospective cohort study of benign breast disease and risk of subsequent breast cancer. *Cancer Causes Control* 2010; 21(6):821-8.

39. Gao X, Fisher SG, Bahman Emami B. Risk of second primary cancer in the contralateral breast in women treated for early-stage breast cancer: a population-based study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2003;56(4):1018-45.

40. Murad TM, Cardoso G, Moalimense H. Papillary tumors of large lactiferous ducts. *Cancer* 1981; 48:23-33.

41. Buhl Jørgensen SE, Hochmann K, Johansen H et al. Cancer risk in intraductal papilloma and papillomatosis. *Surg Gynecol Obstet* 1968;127:1307-12.

42. Page DL, Salban KE, Jensen RA, et al. Subsequent breast carcinoma risk after biopsy with atypia in a breast papilloma. *Cancer* 1996;78:758-66.

43. Izquierdo JA, Prats de Puig M. Enfermedad de Paget del Pezón. *Manual de Práctica Clínica en Senología*. 2012; cap 39:168-9.

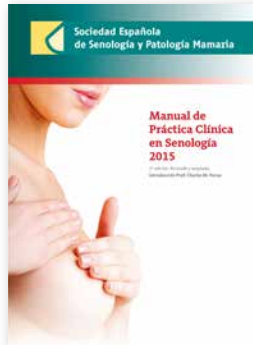
► Capítulo 20

Lesiones precursoras de preinvasivas del cáncer de mama. Hiperplasia. Hiperplasia atípica y carcinoma In Situ.

F. Tresserra Casas, M. A. Martínez Lanoo, C. Ardiaca Bosch, M. Izquierdo Sanz.

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 contralateral. Entre las lesiones hiperplásicas, descritas por Azzopardi como epiteliosis en 1979¹ 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 Rosen² en los que se sometió a revisión 17 lesiones limítrofes 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 lesiones³. De esta forma la hiperplasia intraductal no atípica (Fig. 20.1) Véase pág. 140 corresponde a un incremento de la celularidad ductal con un agrupamiento sincitial y formación de lucas secundarias, general-



► Capítulo 24

Clasificación anatomopatológica del cáncer de mama.

F. Tresserra Casas, C. Ardiaca Bosch, M. A. Martínez Lanao.

Los tumores malignos infiltrantes de la mama pueden ser epiteliales, mesenquimáticos, mixtos, procesos linfoproliferativos o metástasis de tumores originados en otros órganos [Tabla 24.1](#) Véase pág. 169.

1. Tumores epiteliales.

Carcinoma ductal infiltrante: En la clasificación de la OMS de 2012, el carcinoma ductal infiltrante queda englobado en un grupo denominado Carcinoma Infiltrante de Tipo No Especificado, definido como un conjunto heterogéneo de tumores en los que no se cumplen todos los criterios para incluirlos en una misma variedad. El Carcinoma Infiltrante de Mama NST (No Special Type) se conoce como Carcinoma Ductal Infiltrante siendo el grupo más frecuente de cáncer infiltrante de mama. No es una entidad bien definida y representa a un grupo heterogéneo de tumores, en los cuales no se encuentran características suficientes para clasificarlos en un tipo histológico específico como el Carcinoma Lobulillar Tubular, por ejemplo.

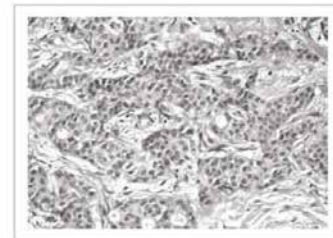


Figura 24.1
Carcinoma Ductal Infiltrante: Proliferación celular con formación de tubúlos y nidos sólidos.

▼ El Carcinoma Ductal Infiltrante:

Es el tipo histológico más frecuente. Se caracteriza por una proliferación celular que en mayor o menor proporción forma túbulos rodeados por una sola hilera celular con distintos grados de atipia [Fig. 24.1](#). Estos túbulos están desprovistos de membrana basal y de la capa de células mioepiteliales que se disponen entre las células epiteliales y la membrana basal en los conductos mamarios normales. En muchas ocasiones se asocia a Carcinoma Intraductal. Puede asociarse a otras variantes histológicas.

▼ Carcinoma Lobulillar Infiltrante:

Es el segundo tipo histológico en frecuencia y en muchas ocasiones es multicéntrico y bilateral. Se caracteriza por una proliferación de células pequeñas, con núcleo redondo, que se disponen en fila india y rodeando de forma concéntrica a conductos mamarios conservados [Fig. 24.2](#). Se asocia frecuentemente a Carcinoma Lobulillar In Situ. Según el patrón arquitectural se clasifica en *sólido, clásico, alveolar y pleomórfico*. En el *Carcinoma Túbululo-Lobulillar* coexiste la formación de túbulos con el patrón en fila india. En el *Carcinoma Lobulillar Mixto*, una o más de las variedades de Carcinoma Lobulillar se asocia a cualquiera de las otras variedades histológicas clásicas. El marcador inmunohistoquímico E-Cadherina se expresa en las células del carcinoma ductal y solo un 15% de carcinomas lobulillares lo expresan.

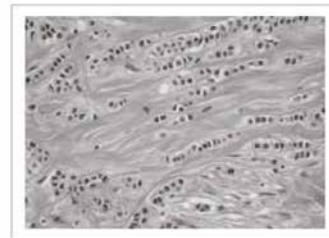


Figura 24.2
Carcinoma Lobulillar Infiltrante: Proliferación de células de pequeño tamaño que forman hileras.

F. Tresserra Casas, C. Ardiaca Bosch, M. A. Martínez Lanao.

169



Límites de la reproducción asistida

La especie humana tiene un rendimiento reproductivo pobre: la tasa mensual de fecundidad natural no supera el 20%, y es la más baja del reino animal. En otras palabras, una pareja supuestamente fértil puede necesitar un mínimo de 5-6 meses para conseguir un embarazo espontáneo. Este bajo potencial de fertilidad, que debería ser protegido y potenciado, está amenazado por riesgos de orden médico, pero principalmente de tipo social. No hay más que analizar los datos sociodemográficos españoles y compararlos con la situación que se da en Europa. En las últimas décadas se ha observado un incremento de la edad a la que las mujeres tienen su primer hijo: en 2010, la media de edad era de 29,7 años en la Unión Europea, mientras que en España era de 31 años. Por otra parte, la tasa de fecundidad (número de nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil en un año) óptima para conseguir un reemplazo generacional necesario para alcanzar una pirámide de población estable debería ser de 2,1 hijos por mujer. La media europea de este valor es de 1,6; en España es de 1,4, y muestra grandes diferencias entre el norte y el sur de Europa, con Suecia y Reino Unido rozando los 2 hijos por mujer. La situación en España es, como vemos, realmente complicada, ya que coinciden tendencias sociales comunes en todo el mundo occidental con pobres ayudas por parte de la Administración. En nuestro país se destina a prestaciones sociofamiliares el 1,5% del producto interior bruto (PIB), mientras que la cifra media europea es del 2,3%, y en los países nórdicos este valor oscila entre el 3,2% y el 4,2%. Es evidente que las discrepancias norte-sur tienen su explicación.

Médicamente el problema está identificado, ya que es de tiempo conocido que a partir de los 38 años la mujer empieza a padecer una pérdida progresiva de su potencial reproductivo, que se traduce en una peor cantidad y calidad de los óvulos que generan sus ovarios, con la consiguiente reducción de su posibilidad de conseguir un embarazo y con un notable aumento de riesgo de aborto. Existe la falsa creencia de que la moderna medicina de la reproducción, gracias a las técnicas de reproducción asistida (TRA), va a resolver el problema que el paso del tiempo ha creado. Las mujeres son conocedoras del problema, pero hay que informar adecuadamente de las posibilidades reales de las TRA a su edad. El mejor tratamiento que podemos ofrecer es la prevención a través de la información rigurosa y científicamente congruente.



No soy contrario a la tecnología ni tampoco tecnofóbico. Creo que la tecnología está al servicio de la persona y que tiene por objetivo curar y paliar sus déficits, así como mejorar su calidad de vida, pero no alterar la esencia de la condición humana, lo que somos, lo que nos define más nuclearmente. La educación humanista choca contra grandes obstáculos. El espíritu humanista lucha contra el economicismo vigente dondequiera que esté, pero la solución no radica en el posthumanismo, sino en la transmisión y en la defensa activa de los postulados humanistas: la dignidad inherente a toda persona, la libertad del ser humano, la defensa de su integridad física y moral y la equidad entre todos los seres humanos.

19-11-2013

FRANCESC TORRALBA ROSELLÓ

Doctor en Filosofía y en Teología, catedrático de Filosofía de la Universidad Ramon Llull. Director de la cátedra Ethos de Ética Aplicada de dicha universidad. Académico de número de la Real Academia de Doctores. Consultor del Consejo Pontificio de la Cultura de la Santa Sede.

61

La ciencia no ha de parar nunca

Hablar hoy de la posibilidad de que en un futuro no muy lejano la tecnología se imponga a la biología y dé paso a la generación de una nueva especie de «posthumanos» regidos por una inteligencia no biológica parece más ciencia ficción que un pronóstico creíble. Por descontado, la ciencia debe seguir avanzando. Por ejemplo, en el ámbito de la medicina no solo se debe intentar minimizar el sufrimiento que comportan las enfermedades graves, sino también diagnosticarlas precozmente y encaminar los esfuerzos a poder prevenirlas antes de que se produzcan. No obstante, la línea que separa lo grave de lo no tan grave, la necesidad del capricho, lo justificable de lo que en términos de justicia equitativa sería inaceptable, es muy fina y difícil de delimitar. Pese a todo, la ciencia no ha de parar nunca. Lo que hace falta es ser sensato y establecer mecanismos de control para que los esfuerzos y los recursos que se destinan al progreso



Cambios sociales y técnicas de reproducción asistida

Introducción

Montserrat Boada

Jefa de la sección de Biología del Servicio de Medicina de la Reproducción del Hospital Universitario Quirón Dexeus

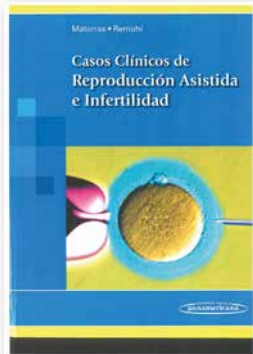
Evolutivamente hablando, se considera que el rendimiento reproductivo de la especie humana es bueno, pues la humanidad no está en peligro de extinción, sino al contrario, vivimos en un mundo superpoblado. Pero dejando de lado la perspectiva evolutiva y centrándonos en la eficacia reproductiva de la especie humana, vemos que esta no es muy buena. En comparación con otras especies animales, la probabilidad mensual de conseguir un embarazo mediante un único coito en los días fértiles es muy baja, de alrededor del 20%. Por otro lado, existe una gran variabilidad en la capacidad reproductiva de los diferentes individuos de nuestra especie.

En general se estima que un 15% de las parejas en edad fértil tienen problemas reproductivos, lo cual significa que alrededor de 50 millones de parejas en todo el mundo tienen dificultades para tener hijos.

La Organización Mundial de la Salud define la esterilidad como la quiebra en el intento de conseguir un embarazo después de un año de relaciones sexuales regulares y sin métodos anticonceptivos o de barrera.

La esterilidad no es un problema nuevo. Se han encontrado numerosas figuras del paleolítico, grabados egipcios, esculturas griegas y diferentes representaciones artísticas de todos los tiempos que hacen referencia a la fertilidad, y se encuentran referencias a la esterilidad en textos tan antiguos como el *Génesis*. Repasando las tradiciones populares podemos encontrar diferentes rituales de fertilidad empleados para invocar la fecundidad, como por ejemplo, la olla de la fertilidad del Santuario de Núria donde después de introducir la cabeza y orar, hay que tocar la campana para finalizar el ritual, o los lagos de San Vicente en Briviesca, cuyas aguas se dice que son fecundas y lanzando un objeto se puede pedir un hijo: un niño si se lanza una piedra y una niña si se lanza un trozo de ropa.

48



Capítulo 99 Hiporrespuesta sobrevenida

M. Devesa, B. Coroleu

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

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

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

¿Cómo calificaríamos esta respuesta?

Baja respuesta o hiporrespuesta.

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

Se estima que un 5-18% de los ciclos se complican con baja respuesta al tratamiento de estimulación ovárica, siendo más frecuente en pacientes de edad avanzada, debido al descenso de la reserva ovárica ligado a la edad (> 30% en mayores de 40 años).

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

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

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

¿A qué se puede deber una hiporrespuesta inesperada?

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 2

Maduración *in vitro*. De folículo primordial a metafase II

Clara González Llagostera, Montserrat Boada Palà,
Francisca Martínez San Andrés y Anna Veiga Lluch

Resumen

Los avances en los tratamientos antineoplásicos permiten que el número de supervivientes al cáncer en edades jóvenes vaya en aumento. Cada vez más, el abordaje del tratamiento a este grupo de pacientes incluye la preocupación por la salud reproductiva, ya que en numerosas ocasiones estos pacientes no han materializado su deseo genésico. Los tratamientos de quimioterapia y radioterapia pueden provocar problemas reproductivos debido a los daños provocados en las células germinales, especialmente en las gónadas femeninas.

La congelación de tejido ovárico para ser posteriormente trasplantado es una opción a considerar en niñas o mujeres jóvenes. Debido a que puede existir afectación ovárica tras ciertos tipos de cáncer, la maduración *in vitro* de folículos del tejido previamente congelado y la posibilidad de realizar una fecundación *in vitro* (FIV)/inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) con los ovocitos obtenidos puede constituir una alternativa a trasplantar el tejido y el posible riesgo de reintroducir células malignas.

Aunque se ha logrado mantener cultivos foliculares hasta estadios antrales, estos resultados todavía están lejos de poder aplicarse en la práctica clínica. Para ello, es necesario optimizar los métodos de cultivo *in vitro* así como ampliar el conocimiento de todos los factores implicados en el crecimiento de los folículos y la maduración de los ovocitos.

© Editorial Glosa, S.L. Autorizado el uso en el ámbito académico o docente según lo previsto por la Ley de Propiedad Intelectual.

Print This Page

This chapter should be cited as follows:
Mancini, F, Barri, P, *Glob. libr. women's med.*,
(ISSN: 1756-2228) 2015; DOI 10.3843/GLOWM.10474

Primary Ovarian Insufficiency

Fulvia Mancini, MD, PhD

Service of Reproductive Medicine, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction University Hospit

Pedro N. Barri, MD, PhD

Service of Reproductive Medicine, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction University Hospit

- [INTRODUCTION](#)
- [DIAGNOSIS](#)
- [ETIOLOGY](#)
- [TREATMENT](#)
- [CONCLUSIONS](#)
- [ACKNOWLEDGMENTS](#)
- [REFERENCES](#)

INTRODUCTION

The age at which menopause occurs in Western populations of women is 50 ± 4 years.¹

Primary ovarian insufficiency (POI), also known as premature ovarian failure, premature amenorrhea, hypergonadotropic hypogonadism, and ovarian insufficiency, refers to the loss of ovarian function before the age of 40 years. The condition is present when a woman, less than 40 years old, has had amenorrhea for at least 4 months and two serum FSH levels in the menopausal range (>40 UI), obtained at 1-month distance.² In the past, the term "premature menopause" was used, but it is now considered obsolete. In women with POI the loss of ovarian function is physiological and irreversible, in women with POI the ovaries produce fewer oocytes, and the loss of ovarian function is irreversible. In women with POI the ovaries produce fewer oocytes, and the loss of ovarian function is irreversible. In women with POI the ovaries produce fewer oocytes, and the loss of ovarian function is irreversible. Thus, the definition of "primary ovarian insufficiency", while being more acceptable to patients, meets the need to describe a condition that is not a dichotomous state.³

The condition affects approximately 1% of women, occurring in 10–28% of women with primary amenorrhea and in 1–5% of women with secondary amenorrhea.⁴ POI may be developed as a result of many pathogenic causes, including genetic abnormalities, autoimmune, infectious, or iatrogenic causes. In 90% of cases no cause is identified, and the condition is considered idiopathic.⁵

DIAGNOSIS

Although some patients will report hot flashes and/or vaginal dryness, the most common symptom is irregular or absent menstruation. Although some patients will report hot flashes and/or vaginal dryness, the most common symptom is irregular or absent menstruation. Although some patients will report hot flashes and/or vaginal dryness, the most common symptom is irregular or absent menstruation. However, any abnormal bleeding patterns such as oligomenorrhea or



Diabetes insípida

11

Francisca Martínez

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 31 años, que acude a la consulta de esterilidad para programar la transferencia de embriones previamente crioconservados. Dos años antes, la pareja había consultado por esterilidad primaria de 13 meses de evolución. La mujer no presentaba antecedentes personales ni familiares de interés, no tenía alergias conocidas ni consumo de alcohol, tabaco o drogas ilegales. Menarquia a los 13 años, Eumenorreica y nuligesta, refería el uso de preservativo como único método anticonceptivo previo. La exploración física y ginecológica eran normales, con un índice de masa corporal de 23,2 kg/m². Tras el estudio básico de esterilidad, se diagnosticó un factor masculino grave, por lo que se realizó un ciclo de fecundación *in vitro*/inyección intracitoplasmática de espermatozoides (FIV/ICSI), en el que se obtuvieron siete ovocitos maduros, se fecundaron cinco, se transfirió un embrión óptimo y se crioconservaron cuatro embriones. La paciente quedó gestante y, durante el embarazo, de curso normal durante los cinco primeros meses, presentó al inicio del tercer trimestre un cuadro de sed intensa, polidipsia y poliuria. El primer síntoma evidente fue una intensa nicturia. Sólo estaba tomando las vitaminas prenatales. En la anamnesis, se evidenció la ingesta de más de 5 litros/día y poliuria > 30 mL/kg de peso. En el análisis sérico practicado, destacó un aumento de la natremia (Na: 154 mEq/L) y de la osmolalidad (315 mOsm/kg), con concentraciones normales de glucosa, potasio y calcio. En el análisis de orina, se observó, por el contrario, una disminución de la osmolalidad (141 mOsm/kg) y ausencia de glucosuria (insípida). La determinación de **hormona antidiurética (ADH)** solicitada mostró un valor de 9,36 pg/mL (límite normal hasta 6,65 pg/mL), diagnosticándose **diabetes insípida gestacional (DIG)**. Tras la instauración del tratamiento con desmopresina (L-desamino-8-D-arginina-vasopresina o DDAVP, en dosis de 10 µg por vía intranasal dos veces al día), se observó disminución de los niveles de diuresis en los siguientes 60 minutos, con incremento de la osmolalidad urinaria. La monitorización endocrina y electrolítica, así como el seguimiento del embarazo, fueron normales, finalizando en parto eutócico a las 39 semanas de un varón de 2950 g de peso. Tras el parto, se mantuvo el tratamiento durante dos semanas, cursando favorablemente con restitución íntegra clínica y analítica.



La reproducción asistida: treinta años después del nacimiento de Victoria Anna

Quisiera hacer un breve repaso de estos treinta años de historia de la aplicación de técnicas de reproducción asistida, pero también un enfoque al presente y al futuro inmediato. Sin embargo, deberíamos empezar por revisar algunos datos importantes para entender la reproducción asistida y los problemas de fertilidad.

Cabe destacar que en un solo ciclo menstrual, en una sola ovulación, la posibilidad de embarazo se sitúa en torno al 20% o 25%, y es al cabo de una serie de meses, alrededor de un año, que esta tasa llega casi al 100%. Se habla de *fertilidad* cuando una pareja consigue un embarazo de manera espontánea; de *esterilidad* ante la imposibilidad absoluta de concepción, y de *subfertilidad* cuando la fertilidad está disminuida. Así considerada, la fecundidad es la posibilidad de conseguir un embarazo en un ciclo menstrual. Entre el 10% y el 15% de las parejas tienen problemas en el momento de concebir, y esta cifra se mantiene bastante estable. A pesar de ello, se observa que, en algunas sociedades desarrolladas, este número podría aumentar, no debido a trastornos orgánicos, sino sobre todo a cambios en el momento en que las parejas deciden tener hijos. Aproximadamente unas 600.000 se incorporan cada año a este grupo de parejas con dificultades para concebir.

Un concepto importante a tener en cuenta a la hora de pensar en la eficiencia de la reproducción es la edad de la mujer, así como la del hombre, aunque en menor grado. La mujer nace con una población de ovocitos potencialmente fecundables, y este número no aumenta, sino que, por el contrario, a partir de la pubertad, con la ovulación, los ovocitos se van perdiendo en cada ciclo menstrual. Cuando la mujer llega a la menopausia ha agotado su reserva de ovocitos y entra en una fase de su vida en la que la reproducción ya no es posible. Es muy importante transmitir este concepto a la sociedad porque, a pesar de que las técnicas de reproducción asistida son una herramienta excelente para resolver problemas de fertilidad, lo que no consiguen es resolver el problema fisiológico de falta de ovocitos. Aunque una mujer se someta a un ciclo de fecundación *in vitro* (FIV), si su edad es de 40 años, sus ovarios tendrán 40 años y su reserva de ovocitos estará ya muy disminuida, por lo que las posibilidades de embarazo serán muy bajas.

12



2. Artículos en revistas

- 2.1. Servicio de Obstetricia
- 2.2. Servicio de Ginecología
- 2.3. Servicio de Medicina de la Reproducción
- 2.4. Servicio de Diagnóstico Ginecológico por Imagen

2. Artículos en revistas

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

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

SERVICIO DE OBSTETRICIA

COMAS C, ECHEVARRIA M, RODRIGUEZ MA, PRATS P, RODRIGUEZ I, SERRA B.

Initial experience with non-invasive prenatal testing of cell-free DNA for major chromosomal anomalies in a clinical set. *J Mat Fetal Med.* 2015; 12: 1-6.

MULA R, GRANDE M, BENNASAR M, CRISPI F, BOROBIO V, MARTINEZ JM, GRATACOS E, BORRELL A.

Further insights into dysfunction in first-trimester trisomy 21 fetuses. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2015; 45 (2): 205-210.

RODRIGUEZ MA, PRATS P, RODRIGUEZ I, COMAS C. Prenatal evaluation of the fetal conus medullaris on a routine scan. *Fetal Diagn Ther.* 2015.

STERGIOTOU I, BOROBIO V, BENNASAR M, GONCE A, MULA R, NURUDDIN M, SOLER A, BORRELL A. Transcervical

chorionic villus sampling: a practical guide. *J Mat Fetal Med.* 2015; 29 (8): 1244-1251.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

ARA C, GIMENEZ MJ, CUSIDO MT, FABREGAS R. Consenso cáncer de mama y fertilidad. *Rev Senol Patol Mamar.* 2015; 28: 172-180.

BAULIES S, CUSIDO MT, GONZALEZ CAO M, TRESSERRA F, FARGAS FR, RODRIGUEZ I, UBEDA BELEN, ARA C, FABREGAS R. Hormone receptor and HER2 status the only predictive factors of response to neoadjuvant chemotherapy in breast cancer. *J Obstet Gynecol.* 2015; 35: 485-489.

BAULIES S, BELIN L, MALLON P, SENECHAL C, PIERGA JY, SABLIN MP, COTTU P, SASTRE X, ROUZIER R, REYAL F. Time-varying effect and long-term survival analysis in breast cancer patients treated with neoadjuvant

chemotherapy. *Br J Cancer.* 2015; 113 (1): 30-36.

BAULIES S, CUSIDO MT, GONZALEZ CAO M, TRESSERRA F, FARGAS FR, RODRIGUEZ I, UBEDA BELEN, ARA C, FABREGAS R. Hormone receptor and HER2 status: The only predictive factors of response to neoadjuvant chemotherapy in breast cancer. *J Obstet Gynecol.* 2015; 10: 1-5.

BAULIES S, CUSIDO MT, TRESSERRA F, FARGAS FR, RODRIGUEZ I, UBEDA BELEN, ARA C, FABREGAS R. Biological and pathological features in pregnancy-associated breast cancer. A matched case-control study. *Eur J Gynecol Oncol.* 2015; 36: 420-423.

CASTELLA M, TRESSERRA F, FABRA G, DOMINGUEZ MA, FDEZ.-CID C, MARTINEZ MA. Punció aspiració amb agulla fina en patologia mamaria: avaluació de l'utilització de la citologia líquida. *Citopat. Cat.* 2015; 7: 81-81.

CASTELLA M, DOMINGUEZ MA, FDEZ.-CID C, FABRA G, RAMOS C, MARTINEZ MA, RAMIREZ DE OLANO A, TRESSERRA F. Metastasis a la mama del carcinoma serós papil·lar d'ovari. *Citopat. Cat.* 2015; 7: 92-93.

CUSIDO MT, FARGAS FR, BAULIES S, PLANA A, RODRIGUEZ I, TRESSERRA F, PASCUAL MA, FABREGAS R. Impact of

surgery on the evolution of uterine sarcomas. *J Mim Inv Ginecol.* 2015; 22: 1068-1074.

FABRA G, CASTELLA M, FDEZ.-CID C, LUQUE O, MARTINEZ MA, TRESSERRA F. Fibromatosis asociada a protesi mamaria. *Citopat. Cat.* 2015; 7: 98-99.

IZQUIERDO M, TRESSERRA F, RODRIGUEZ I, FABREGAS R. Reability of Ki67 value according to histological grade and hormone status. *Libros de Abstracts.* 2015; 24 (1).

IZQUIERDO M, RODRIGUEZ I, TRESSERRA F, FABREGAS R. How to reduce Ki67 variability jointly evaluating histological grade. *Libros de Abstracts.* 2015; 33 (28): 127-127.

JULVE, R, FERNÁNDEZ R, RUIZ J, MONTERO J. Neuralgia del nervio pudendo postparto. *Prog Obstet Ginecol.* 2015; 58 (2): 88-92.

MARQUEZ G, VIDALLER A, TRESSERRA F, GONZALEZ-CASTRO J. Placas purpúricas retiformes. *Actas Dermosifiliogr.* 2015; 106: 831-832.

TRESSERRA F. Aseguramiento de la calidad en el Laboratorio de Anatomía Patológica. *Rev Senol Patol Mamar.* 2015; 28: 93-95.

TRESSERRA F, FABRA G, CASTELLA M, DOMINGUEZ MA, FDEZ.-CID C, MARTINEZ

MA. Punción aspiración con aguja fina en patología mamaria: evaluación de la utilización de la citología líquida. *Rev Senol Patol Mamar.* 2015; 28: 66-72.

UBEDA A. Endometrial polyps and polypod endometrium before IVF: to treat or not to treat. *www.hysteroscopy.info.* 2015;1 (3).

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ALVARO B, IMBERT R, DEMEESTERE I, GERVY C, DE LEENER A, ENGLERT Y, COSTAGLIOLA S, DELBAERE A. AMH mutations with reduced in vitro bioactivity are related to premature ovarian insufficiency. *Hum Reprod.* 2015; 30 (5): 1196-1202.

ARROYO G, SANTALO J, BOADA M, PARRIEGO M, RODRIGUEZ I, COROLEU B, BARRI PN, VEIGA A. Does early cleavage correlate with chromosome constitution in human preimplantation embryos?. *Med Reprod y Embriol Clinica.* 2015; 2 (2): 31-39.

BARRI PN, MANCINI F. Assisted reproduction and premature ovarian failure. *Maturitas.* 2015; 81: 105-121.

BARRI PN, VEIGA A. Economic aspects of infertility care: a challenge for researchers and clinicians. *Hum Reprod.* 2015; 30 (10): 2243-2248.

BOSCH E, ANDERSEN N, BARRI PN, GARCIA-VELASCO JA, DE SUTTER P, FERNANDEZ-SANCHEZ M, VISNOVA H, KLEIN BM, MANNAERTS B, ARCE JC. Follicular and endocrine dose-responses according to anti-Mullerian hormone levels in IVF patients treated with a novel. *Clin Endocrinol.* 2015.

CLUA E, MELER E, RODRIGUEZ D, COROLEU B, RODRIGUEZ I, MARTINEZ F, TUR R. Obstetric and perinatal complications in an oocyte donation program. Is it time to limit the number of embryos to transfer?. *Gynecol Endocrinol.* 2015; 1-5.

CLUA E, TUR R, COROLEU B, RODRIGUEZ I, BOADA M, GOMEZ F, BARRI PN, VEIGA A. Is it justified to transfer two embryos in oocyte donation? A pilot randomized clinical trial. *Reproductive Biomedicien On line.* 2015; 31: 154-161.

COLL LI, PARRIEGO M, MATEO S, TRESANCHEZ M, COROLEU B, BOADA M, VEIGA A. Rescat d'embrions sense diagnòstic concloent en cicles de DGP per screening d'aneuploidies en D+3. *Biol Reprod.* 2015; 14: 93-96.

FRANCO Y, BOADA M. Editorial. Bienvenidos a San Sebastián. *Rev. Bmbriologia Clinica y Biolog. Repr.* 2015; 20 (2): 6-6.

MARTINEZ F, CRISTOBAL I, ANDEYRO M, PARRA I, VELASCO E, QUILEZ JC. Jaydess, una nueva opción anticonceptiva a largo plazo y reversible adecuada para mujeres jóvenes. Med Reprod y Embriol Clinica. 2015; 20: 1-8.

MARTINEZ F, RODRIGUEZ I, DEVESA M, BUXADERAS R, GOMEZ F, COROLEU B. Should progesterone on the human chorionic gonadotropin day still be measured?. Fertil Steril. 2015; 1-7.

MONTALBO V, MATEO S, VIDAL F, PARRIEGO M, VEIGA A, BOADA M. Utilitat de l'estudi mitjancant arrays de CGH del embrions provinents de zigots. Biol Reprod. 2015; 14: 89-92.

NICOLAU J. Què es la vida, segons Erwin Schrödinger. In Vitro veritas 2015;16:30-34.

RETTENBACHER M, ANDERSEN AN, GARCIA-VELASCO JA, SATOR M, BARRI PN, LINDENBERG S, VAN DER VEN K, KHALAF Y, ET AL. A multi-centre phase

3 study comparing efficacy and safety of Bemfola vs Gonalf in women undergoing ovarian stim for IVF. Reproductive Biomedicine On line. 2015; 30: 504-513.

VASSENA R, EGUIZABAL C, HEINDRYCKX B, SERMON K, SIMON C, VAN PELT AMM, VEIGA A, ZAMBELLI F. Stem cells in reproductive medicine: ready for the patient?. Hum. Reprod. 2015; 1-8.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

GRAUPERA B, PASCUAL MA, HERETER L, BROWNE J, UBEDA BELEN, RODRIGUEZ I, PEDRERO C. Accuracy of three-dimensional ultrasound compared with magnetic resonance imaging in diagnosis of Mullerian duct anomalies. Ultrasound Obstet Gynecol. 2015; 46: 616-622.

GRAUPERA B, PASCUAL MA, RODRIGUEZ I. Reply Diagnostic rate and accuracy of the ESHRE-ESGE classification for

septate uterus and other common uterine malformations. Ultrasound Obstet Gynecol. 2015; 46: 633-637.

GUERRIERO S, SABA L, ALCAZAR JL, PASCUAL MA, AJOSSA S, PERNICIANO M, PIRAS A, SEDDA F, PEDDES C, ET AL. Past, present and future ultrasonographic techniques for analyzing ovarian masses. Womens Health. 2015; 11 (3): 369-383.

ORIGINAL ARTICLE

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

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

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

Abstract

Objective: To evaluate non-invasive prenatal testing (NIPT) of cell-free DNA (cfDNA) as a screening method for major chromosomal anomalies (CA) in a clinical setting.
Methods: From January to December 2013, Panorama™ test or Harmony™ prenatal test were offered as advanced NIPT, in addition to first-trimester combined screening in singleton pregnancies.

Results: The cohort included 333 pregnant women with a mean maternal age (MA) of 37 years who underwent testing at a mean gestational age of 14.6 weeks. Eighty-four percent were low-risk pregnancies. Results were provided in 97.3% of patients at a mean reporting time of 12.9 calendar days. Repeat sampling was performed in six cases and results were obtained in five of them. No results were provided in four cases. Four cases of Down syndrome were detected and there was one discordant result of Turner syndrome. We found no statistical differences between commercial tests except in reporting time, fetal fraction and MA. The cfDNA fraction was statistically associated with test type, maternal weight, BMI and log βhCG levels.

Conclusions: NIPT has the potential to be a highly effective screening method for major CA in a clinical setting.

Keywords

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

History

Received 11 June 2014

Accepted 20 July 2014

Published online 12 August 2014

Introduction

The recent development of non-invasive prenatal testing (NIPT) for aneuploidies marks the beginning of a new era for prenatal screening. Several recent studies have demonstrated that the most effective method of NIPT for trisomy 21, with detection rates >99% and false-positive rates (FPR) of ~0.1%, is derived from the examination of cell-free DNA (cfDNA) in maternal plasma [1–8]. Conventional first-trimester combined screening (FTS) including serum markers and nuchal translucency has 85–90% detection rates with 5% FPRs [9–11]. Consequently, cfDNA testing is far superior to screening methods that are currently in use, and should lead to widespread future use of the test in routine clinical practice.

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

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

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

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

Address for correspondence: Carmen Comas Gabriel, Fetal Medicine Unit, Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital Universitari Quirón Dexeus, Gran Via Carles III 71-75, Barcelona 08028, Spain. Tel: 0034-932274706. Fax: 934187832. E-mail: carcom@dexeus.com

Hormone receptor and HER2 status: The only predictive factors of response to neoadjuvant chemotherapy in breast cancer

S. Baulies¹, M. Cusidó¹, M. González-Cao², F. Tresserra³, F. Fargas¹, I. Rodríguez⁴, B. Úbeda⁵, C. Ara¹ & R. Fábregas¹

¹Gynecologic Oncology and Breast Pathology Section, ²Statistics and Epidemiology Unit, ³Gynecologic Diagnostic Imaging, ⁴Department of Obstetrics, Gynecology and Human Reproduction, ⁵Department of Medical Oncology and ⁶Department of Pathology, Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona, Spain

We report our experience in neoadjuvant breast cancer chemotherapy in a single centre between 2000 and 2011. We looked for predictive factors for response to neoadjuvant chemotherapy in the present study. A total of 110 consecutive breast cancer patients were treated with neoadjuvant chemotherapy in our centre. Pathological response was achieved in 24 HR+/HER2- (38.7%), 25 HER2+ (67.6%) and five triple-negative (45.5%) ($p = 0.02$) patients. No statistically significant differences were found in pathological tumour response according to T stage. The multivariate analysis revealed tumour subtype was the only associated factor for pathological response, with HER2+ tumours the best responders, OR 3.9 (1.5–9.9); 5-year DFS was 40% HER2+/no response; 78% HER2+/response; 65% HR+/HER2-/no response; 82% HR+/HER2-/response; 25% triple-negative/no response and 100% triple-negative/response. HR and HER2 status were the only prognostic factors for pathological response. pCR was correlated with survival in all tumour subtypes.

Keywords: Breast cancer, breast tumour subtypes, neoadjuvant chemotherapy, pathological response, predictive factors

Introduction

Neoadjuvant chemotherapy is the standard treatment for locally advanced breast cancer, since it increases the possibilities of conservative surgery (Chia et al. 2008). The NSABP B-18 study showed that neoadjuvant chemotherapy increases conservative breast surgery rates compared with adjuvant treatment (Wolmark et al. 2001). Other possible advantages of neoadjuvant chemotherapy could be earlier treatment of subclinical metastasis and in vivo evaluation of tumour chemosensitivity (Ketcham et al. 1959; DeWys 1972).

Neoadjuvant chemotherapy achieves clinical tumour responses in more than two-thirds of patients with operable breast cancer, with disease progression rates during treatment lower than 5%. It has been shown that pathological complete response (pCR) or the presence of minimal residual disease following neoadjuvant chemotherapy correlates with longer disease-free and overall survival (OS) (Symmans et al. 2007; Gralow et al. 2008). pCR is defined in Miller and Payne (MP) classification as the absence of invasive tumour or grade 5 tumour regression.

Fisher et al. established in 1998 the indication of neoadjuvancy based on anthracycline regimens but their complete response

rate is only 14–26% (Fisher et al. 1998; Schneeweiss et al. 2004). Complimentary treatment with trastuzumab in patients with overexpression of Her2/neu increases the pCR by 40–60% (Gianni et al. 2010; Untch et al. 2010).

Different molecular subtypes of breast cancer present different patterns of response to chemotherapy; triple-negative and HER2-positive tumours have higher rates of pCR (Rouzier et al. 2005; Liedtke et al. 2008). Because breast cancer presents a great tumoral heterogeneity, the identification of prognostic and predictive factors will help to identify those patients who would benefit from neoadjuvant chemotherapy in order to avoid ineffective treatments.

In the present study, we aimed to analyse the efficacy of neoadjuvant chemotherapy according to different factors, in order to identify those predictive of greater chemosensitivity.

Patients and methods

Study population and clinicopathological variables

We recorded the experience in our single centre from January 2000 to January 2011. A consecutive series of 110 patients who received neoadjuvant chemotherapy were selected from our prospective Breast Cancer Database.

Clinical data, such as tumour size, lymph node involvement, histological type, tumour grade, hormone receptors (HR) and HER2 status were recorded in our prospective Breast Cancer Database. Correlation with pathological response and survival were retrospectively analysed according to clinical factors. The scheme used was based on regimens of taxanes plus anthracycline versus anthracycline alone. Since 2010, trastuzumab has been added to neoadjuvant treatment in HER2-positive patients. Pathological response was assessed in post-chemotherapy surgery specimens according to the MP classification (Ogston et al. 2003). All specimens were reviewed again by an expert pathologist to sort by MP scale.

Immunohistochemical staining and definition of tumour subtypes

According to immunohistochemistry (IHC) features in core biopsies before chemotherapy, patients were categorised as HR-positive/HER2-negative, HER2-positive and triple-negative (HR-negative/HER2-negative). Determination of oestrogen receptors (clone 6F11, Novocastra, UK), progesterone receptors

Correspondence: S. B. Caballero, Department of Obstetrics, Gynecology and Human Reproduction, Hospital Universitari Quirón Dexeus, C/ Gran Via Carles III, 71–75, Barcelona 08028, Spain. E-mail: sonbau@dexeus.com

Keywords: prognostic factors; neoadjuvant chemotherapy; survival; time-varying effect; breast cancer; tumour subtype

Time-varying effect and long-term survival analysis in breast cancer patients treated with neoadjuvant chemotherapy

S Baulies¹, L Belin², P Mallon^{1,3}, C Senechal¹, J-Y Pierga⁴, P Cottu⁴, M-P Sablin⁴, X Sastre⁵, B Asselain², R Rouzier¹ and F Reyat^{1,6,7}

¹Department of Surgery, Institut Curie, 26 rue d'Ulm, 75005 Paris, France; ²Department of Biostatistics, Institut Curie, 26 rue d'Ulm, 75005 Paris, France; ³Craigavon Area Hospital Breast Unit, Portadown BT63 50Q, Northern Ireland; ⁴Department of Medical Oncology, Institut Curie, 26 rue d'Ulm, 75005 Paris, France; ⁵Department of Tumor Biology, Institut Curie, 26 rue d'Ulm, 75005 Paris, France; ⁶Department of Translational Research, Residual Tumor and Response to Treatment Lab, RT2Lab, Institut Curie, 26 rue d'Ulm, 75005 Paris, France and ⁷UMR932, Immunity and Cancer, Institut Curie, 26 rue d'Ulm, 75005 Paris, France

Background: Recent studies have indicated the prognostic value of tumour subtype and pathological complete response (pCR) after neoadjuvant chemotherapy (NAC). However these results were reported after a short follow-up and using a standard Cox model which could be unsatisfactory for time-dependent factors. In the present study, we identified the prognostic factors for long-term outcome after NAC, considering that they could have an inconstant impact over time.

Methods: Prognostic factors from 956 consecutive breast cancer patients treated with NAC were identified and associated with long-term outcomes. We estimated survival by a time function multivariate Cox model regression and stratified by follow-up length.

Results: The prognostic value of tumour histological grade and hormone receptors status varied as distant recurrence-free interval (DRFI) increased. The multivariate analysis identified the following significant prognostic factors: tumour size, N stage, clinical and pathological response to NAC, hormone receptors (HR) status and histological tumour grade. The 'prognostic benefit' of low-grade and positive-HR status decreased over the years. Thus, in the early years after cancer diagnosis, the hazard ratio of distant recurrences in patients with positive-HR status increased from 0.26 (95% CI 0.1–0.4) at 6 months to 2.2 (95% CI 1.3–3.7) at 120 months. The histological tumour grade followed a similar trend. The hazard ratio of grade III patients compared with grade I was 1.83 (95% CI 1.1–2.8) at 36 months and diminished over time to 0.70 (95% CI 0.4–1.3) at 120 months. This indicates that the risk of recurrence for positive-HR patients was 74% lower at 6 months compared with the negative-hormone receptor group, but 30% higher at 5 years and more than double at 10 years. High-grade tumours presented a risk of 63% in the earlier years decreasing to 30% at 10 years versus the low-grade group.

Conclusion: From the present study, we conclude the importance of identifying time-dependent prognostic factors. Distant recurrence-free interval within women who receive NAC are influenced by achieving pCR and breast cancer subtype. Tumours with more aggressive biology have poorer survival during the first 5 years, but if they exceed this point their prognostic impact is no longer significant. Conversely, positive-HR patients remain at risk for distant recurrence for many years.

*Correspondence: Dr F Reyat; E-mail: Fabien.reyat@curie.fr

Received 13 January 2015; revised 8 April 2015; accepted 23 April 2015

© 2015 Cancer Research UK. All rights reserved 0007–0720/15



www.bjcancer.com | DOI:10.1038/bjc.2015.174

Advance Online Publication: 16 June 2015

1



Hormone receptor and HER2 status: The only predictive factors of response to neoadjuvant chemotherapy in breast cancer

S. Baulies, M. Cusidó, M. González-Cao, F. Tresserra, F. Fargas, I. Rodríguez, B. Úbeda, C. Ara & R. Fàbregas

To cite this article: S. Baulies, M. Cusidó, M. González-Cao, F. Tresserra, F. Fargas, I. Rodríguez, B. Úbeda, C. Ara & R. Fàbregas (2015) Hormone receptor and HER2 status: The only predictive factors of response to neoadjuvant chemotherapy in breast cancer, Journal of Obstetrics and Gynaecology, 35:5, 485-489, DOI: [10.3109/01443615.2014.968113](https://doi.org/10.3109/01443615.2014.968113)

To link to this article: <http://dx.doi.org/10.3109/01443615.2014.968113>

Published online: 14 Oct 2015.

Submit your article to this journal [↗](#)

Article views: 14

View related articles [↗](#)

View Crossmark data [↗](#)

Full Terms & Conditions of access and use can be found at
<http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=ijog20>

Download by: [Universidad Autonoma de Barcelona]

Date: 14 December 2015, At: 01:58

Biological and pathological features in pregnancy-associated breast cancer: a matched case-control study

S. Baulies¹, M. Cusidó¹, F. Tresserra², F. Fargas¹, I. Rodríguez³, B. Úbeda⁴, C. Ara¹, R. Fábregas¹

¹Gynecologic Oncology and Breast Pathology Section; ²Department of Pathology; ³Statistics and Epidemiology Unit;

⁴Gynecologic Diagnostic Imaging, Department of Obstetrics, Gynecology and Human Reproduction
Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona (Spain)

Summary

Background: The prognosis for breast cancer has been considered to be worsened by the coexistence of pregnancy. However, to date, significant controversy still exists regarding the pathological tumor features and prognosis of patients diagnosed with pregnancy-associated breast cancer (PABC). The aim of the present study was to analyze the different prognostic factors and outcome in PABC subset versus a non-PABC control group matched for age and year of diagnosis. **Materials and Methods:** A total of 56 PABC cases were diagnosed from 1990 to 2008, for whom 73 non-PABC patients were identified. Pathological characteristics, immunohistochemical features, and differences in overall and disease-free survival were compared between both groups. **Results:** Compared to non-PABC controls, PABC patients presented more advanced disease (31% vs 13%, $p = 0.024$) and greater lymph node involvement (53% vs 34%, $p = 0.034$). Pathological and tumor features tended to present poorer prognostic factors in the PABC subset. Survival was poorer in the PABC patients (five-year DFS 68% in PABC vs 86% in non-PABC, $p = 0.12$). However, analysing survival adjusted for stage and age, the authors did not find significant differences between both groups. **Conclusions:** PABC patients tended to be diagnosed in advanced breast disease and presented tumors with adverse pathological prognostic factors. While the authors found a poorer outcome in PABC group, no significant differences were observed with stage-matched analysis. The present results may suggest that the poorer prognosis observed within PABC women could not be due to pregnancy itself, but with a delay in diagnosis and tumor subtype pathological features.

Key words: Breast cancer; Pregnancy; Prognostic factors; Outcome; Pathological features.

Introduction

Pregnancy-associated breast cancer (PABC) is defined as breast cancer diagnosed during pregnancy or within one year after delivery [1]. PABC is a rare situation, but represents a real challenge, with a prevalence of 0.2% to 3.8% of all breast cancers (7.3% of breast cancers in patients younger than 40 years) and an incidence of one in 3,000 to one in 10,000 pregnancies [2, 3]. However, since more women are becoming pregnant later due to cultural and social developments, its diagnosis is likely to increase in clinical practice [4, 5].

The prognosis for breast cancer has been considered to be worsened by the coexistence of pregnancy. To date, some explanations have been proposed for the poorer outcome in PABC subset. Firstly, a hypervascularity process, both in blood flow and lymphatic drainage [6]. Secondly, pregnancy is also characterized by an increase of estrogen and progesterone levels related to the development of breast cancer; therefore, a high concentration of hormones could increase the proliferation of breast cancer cells [7, 8]. Following, the inflammatory-like activity that occurs during pregnancy could affect the microenvironment and promotes

tumor cells [9, 10]. Finally, some published studies found data suggesting a delay in diagnosis and treatment that are related to advanced tumor stage [11].

Today, significant controversy still exists regarding the pathological tumor features and the prognosis of patients diagnosed with PABC. Several studies have described a poorer outcome in PABC patients compared to non-PABC, highlighting pregnancy as an independent prognostic factor [12-16]. Recently, Azim *et al.* concluded a poorer survival in PABC even after adjustment for age and stage (five-year, 52% vs 74%, $p = 0.01$) [15]. Conversely, others authors showed equivalent survival controlling for age, tumor subtype, and stage [5, 17].

Knowledge about prognostic factors in PABC patients still remains clinically relevant, as it will allow us to define an appropriate therapeutic strategy and distinguish those patients at high risk of relapse. The present authors performed a retrospective review of patients diagnosed with PABC in their hospital. The aim of the present study was to analyze and compare the different prognostic factors, as well as the outcome in PABC patients versus non-PABC age-matched controls.

Revised manuscript accepted for publication December 11, 2014

Eur. J. Gynaecol. Oncol. - ISSN: 0392-2936
XXXVI, n. 4, 2015
doi: 10.12892/ejgo.2015.2015

7847050 Canada Inc.
www.ejgo.net



ORIGINAL

Punción-aspiración con aguja fina en patología
mamaria: evaluación de la utilización de citología
líquida



Francesc Tresserra^{a,b,*}, Gemma Fabra^a, Miriam Castella^a,
María Asunción Domínguez^a, Carmen Fernández-Cid^a
y María Ángeles Martínez-Lanao^b

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

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona, España

Recibido el 10 de noviembre de 2014; aceptado el 15 de enero de 2015
Disponible en Internet el 16 de marzo de 2015

PALABRAS CLAVE

Citología líquida;
Punción-aspiración
con aguja fina;
Mama

Resumen

Objetivo: La citología líquida (CL) permite estudiar la muestra mejor preservada y con menos artefactos que la citología convencional (CC). El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de la técnica de CL en un periodo de un año desde su implantación en nuestro laboratorio. **Pacientes y métodos:** Se comparan los resultados de una serie de 1.573 punciones de mama con CL realizadas en un año y 3.033 con CC en 2 años, con los hallazgos en las biopsias cuando se dispuso de estos.

Resultados: Los diagnósticos obtenidos en CL fueron: insuficiente en 208 (13,2%) casos, benigno en 1.160 (73,7%), hiperplasia en 70 (4,5%), sospechoso en 45 (2,9%) y maligno en 90 (5,7%). En 264 casos (17%) de CL existió correlación histológica. La concordancia en el diagnóstico de benignidad fue del 74%, en hiperplasia del 75% y en malignidad del 92%. En la serie de CC hubo correlación en 350 casos (11%), la concordancia en el diagnóstico de benignidad fue del 80%, en hiperplasia del 81% y en malignidad del 92%. La sensibilidad diagnóstica de la CC fue del 78%, la especificidad del 95%, el valor predictivo positivo del 94% y el valor predictivo negativo del 79%. La sensibilidad de la CL fue del 85%, la especificidad del 91%, el valor predictivo positivo del 87% y el valor predictivo negativo del 89%.

Conclusión: La CL disminuye el número de diagnósticos insuficientes pero incrementa el de hiperplasia y sospechosos. La eficacia en el diagnóstico de malignidad entre ambas técnicas es similar.

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

* Autor para correspondencia.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2015.01.001>

0214-1582/© 2014 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Metàstasi a la mama del carcinoma serós papil·lar d'ovari

M. Castella¹, M.A. Domínguez², C. Fernández-Cid², G. Fabra², C. Ramos², M.A. Martínez-Lanao², M. Ramírez de Olano², F. Tresserra^{1,2}

¹Laboratori de Citologia del Departament d'Obstetrícia, Ginecologia i Reproducció,

²Servei d'Anatomia Patològica, ³Institut Oncològic Bellmunt

Hospital Universitari Quirón Dexeus. Barcelona

Introducció

Les metàstasis a la mama són poc freqüents, amb una incidència que oscil·la entre el 0,4% i el 2,7% segons les sèries^{1,2} i del 1,7% al 6,6% en sèries autòpsiques³. L'interval d'aparició varia entre la setmana i els 44 mesos i, quan aquestes apareixen, la supervivència mitjana està al voltant dels 10 mesos⁴.

Cas clínic

Dona de 51 anys amb carcinoma papil·lar serós d'ovari (IIIc) fa 4 anys. Ara presenta un nòdul sospitós a la mama dreta que es punxiona.

El diagnòstic citològic va ser de carcinoma papil·lar metastàtic de probable origen ovàric (fig. 1).

Discussió

Les metàstasis mamàries més freqüents són aquelles que s'originen a la mama contralateral, seguides de les neoplàsies hematològiques i, finalment, les originades en altres òrgans⁵. Entre aquestes destaquen el càncer gàstric, el pulmonar, l'hepatobiliar, el de colòn, de tímus, d'ovari, de tiroides, de parts toves i d'origen desconegut^{6,7}. En el cas de l'home, les més freqüents són les d'origen prostàtic i en els nens, el rabdomiosarcoma⁸.

A la literatura hi ha escasses sèries on s'il·lustren casos de metàstasis mamàries diagnosticades per punxició aspirativa amb agulla fina (Taula).

Les metàstasis mamàries d'origen ginecològic suposen entre un 0,17% i un 5%⁹ de les metàstasis mamà-

ries, essent el seu origen per freqüència l'ovari, el cervix, la vagina, l'endometri i el peritoneu³. Entre les d'origen ovàric destaquen les del carcinoma papil·lar serós, seguides pel carcinoma mucinos, disgerminoma, el carcinoma endometrioides, el carcinoides, el tumor de cèl·lules de la granulosa i el coriocarcinoma⁸.

El diagnòstic diferencial de les metàstasis d'origen ovàric deu establir-se principalment amb un primari de la glàndula mamària, sobretot si aquest és de la varietat micropapil·lar infiltrant⁸.

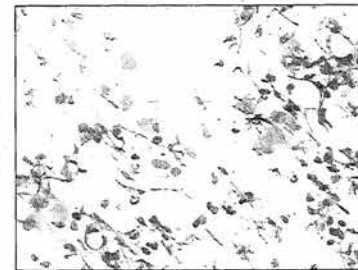


Figura 1. Extensions amb fons de detritus cel·lular, abundant cel·lularitat limfoide, on destaquen uns petits grups de cèl·lules epitelials, i ampli citoplasma basòfil, pleomorisme nuclear i cromatina de distribució irregular presentant alguns nuclèols.

Original Article

Impact of Surgery on the Evolution of Uterine Sarcomas

Maite Cusidó, MD*, F. Fargas, MD, S. Baulies, MD, A. Plana, MD, I. Rodríguez, MD, F. Tresserra, MD, M. A. Pascual, MD, and R. Fàbregas, MD

From the Gynecology Oncology Unit (Cusidó, Fargas, Baulies, Plana, and Fàbregas), Statistical Unit (Rodríguez), Pathology Unit (Tresserra), and Diagnostic Imaging Unit (Pascual), Department of Obstetrics, Gynecology, and Human Reproduction, Hospital Universitari Quirón-Dexeus, Barcelona, Spain.

ABSTRACT **Study Objective:** To identify the characteristics of uterine sarcomas and assess the impact of morcellation on prognosis.

Design: Case-control study. (Canadian Task Force classification II-2).

Setting: Hospital Quirón-Dexeus, an academic hospital.

Patients: Patients with uterine sarcoma histologically diagnosed and treated in our center between 1987 and 2013.

Intervention: All descriptive data, including type of surgery and clinical and pathological data, were reviewed. Survival analysis was performed comparing patients with hysterectomy/myomectomy without any type of morcellation and patients with morcellation during surgery.

Measurements and Main Results: A total of 37 sarcomas were diagnosed during the study period. The most common symptom was metrorrhagia (50%). The indication for surgery was related to myoma growth in 40% of cases and to metrorrhagia in 37.1% of cases. Open surgery was performed in 23 patients (62.2%), and laparoscopy was performed in 9 (24.3%). Myomectomy was performed in 14 patients (37.8%), and 23 patients (62.1%) underwent hysterectomy as initial surgery. Morcellation for tumor extraction was done in 8 cases (21.6%). Survival analysis by surgical approach showed increased disease-free survival (DFS) in the laparotomy group compared with the laparoscopy group (median, 70.3 months vs 10.4 months; $p = .018$). Median DFS according to type of surgery was 6.3 months in morcellation cases, 11.9 months in vaginal fragmentation cases, and 149.9 months in nonmorcellated cases ($p < .002$). The median time to progression was shorter in morcellated cases (laparoscopic and vaginal) compared with nonmorcellated cases (11.9 vs 14.9 months; $p < .001$). No statistically significant differences in prognosis were related to myomectomy versus hysterectomy; however, there were significant differences between morcellation and nonmorcellation cases.

Conclusion: Taking into account the negative impact of morcellation in sarcomas, the use of this technique should be reconsidered in cases of myoma with atypical clinical presentation or symptomatology. Patients must be informed about the possibility of a nonidentified sarcoma and the possible impact on prognosis resulting from its morcellation. Journal of Minimally Invasive Gynecology (2015) 22, 1068–1074 © 2015 AAGL. All rights reserved.

Keywords: Morcellation; Prognosis; Recurrence; Surgery; Uterine sarcoma

DISCUSS You can discuss this article with its authors and with other AAGL members at <http://www.AAGL.org/jmig-22-6-JMIG-D-15-00027>.



Uterine sarcoma is a rare tumor with a poor prognosis because of its aggressive nature. The incidence rate is 1.3/100 000 women, or approximately 1 in 12 uterine cancers

[1] uterine sarcoma represents less than 1% of gynecologic malignancies and roughly 2% to 5% of all uterine neoplasms [2].

Complete surgical excision is the best-established curative treatment modality, as in other soft tissue sarcomas. Owing to the lack of specific signs and symptoms and diagnostic techniques for preoperative differentiation from uterine leiomyoma, most patients are diagnosed after the surgical procedure (either hysterectomy or myomectomy) in an apparent early stage when histopathological evaluation is performed [3].

The authors declare no conflicts of interest.
Corresponding author: Maite Cusidó, MD, Gynecology Oncology Unit, Department of Obstetrics, Gynecology, and Human Reproduction, Hospital Universitari Quirón-Dexeus, Av Carles III 71-75, Barcelona 08028, Spain.
E-mail: maicux@dexeus.com

Submitted January 17, 2015. Accepted for publication May 30, 2015.
Available at www.sciencedirect.com and www.jmig.org

1553-4650/\$ - see front matter © 2015 AAGL. All rights reserved.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2015.05.024>

Fibromatosi associada a pròtesis mamària

G. Fabra¹, M. Castella¹, C. Fernández-Cid¹, O. Luque¹, M.A. Martínez², F. Tresserra^{1,2}

¹Laboratori de Citologia, Departament d'Obstetrícia, Ginecologia i Reproducció. ²Servei d'Anatomia Patològica. Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona

Introducció

La fibromatosi mamària es va descriure per primera vegada per Nichols (1923)¹. Consisteix en una lesió neoplàsica constituïda per fibroblasts i miofibroblasts, algunes cèl·lules epitelials, col·lagen i limfòcits; localment agressiva (amb un patró infiltratiu) i sense capacitat de metastasis, que correspon al 0,2% de tumors de la mama². Té un percentatge de recurrència del 21-27%. Habitualment es una lesió primària, però en rares ocasions s'associa a pròtesis mamàries¹⁻³.

Cas clínic

Pacient de 26 anys d'edat portadora de pròtesis mamàries subglandulars des de 2011, que consulta a finals del 2013 per nòdul mamari de 2 dies d'evolució.

A l'exploració clínica es palpa un nòdul de 2 cm en la mama dreta adherit a plans profunds, sospitós.

En la mamografia no es visualitza el nòdul, però ecogràficament a nivell del quadrant inferoextern de la mama dreta s'observa un nòdul sospitós, que es punxiona.

Es realitza citologia líquida en la que es veuen, en un fons net, cèl·lules fusiformes allargades i en grups, amb nuclis tous, algunes amb citoplasmes poligonals. Es diagnosticava de no conclouent amb presència de teixit conjuntiu (fig. 1). Al mateix temps es realitza punxó amb agulla gruixuda, que es diagnosticava de fibrosi estromal. El comitè de mastologia recomana exèresi i finalment s'obté el resultat histològic de fibromatosi (fig. 2).

Discussió

La fibromatosi està constituïda per feixos de miofibroblasts, col·lagen i limfòcits. No es veuen calcificacions ni figures de mitosi. Expressa actina i ocasionalment desmina i S100, i és negativa per les citoqueratines

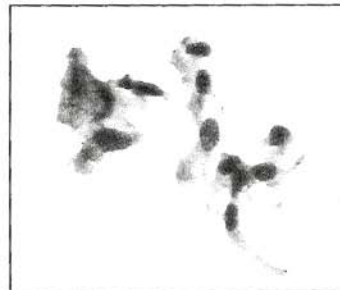


Figura 1. Cèl·lules fusiformes amb citoplasmes poligonals (PAP 400x).

98 | CITOPAT.CAT

Results: Transcripts of around 60% of the genes involved in DNA repair carry targets for at least one of the up-regulated miRNAs (see table).

Table: miRNA targets in 3'-UTR regions of gene transcripts encoding the DNA damage response proteins

miRNA	Targets
miR-18a/b	LINC, TOP1, MLH3, DDB1, GTF2H5 (TTDA), ERCC1, RBBP8, FANCC (XRCC5), FANCI (KIAA1794), DCLRE1C (Artemis), ATM
miR-19	SMUG1, MBD4, APLF, TOP1, RAD23B, GTF2H1, GTF2H5 (TTDA), ERCC4 (XPF), RAD51D, RBBP8, FANCC, ERCC2, FANP20
miR-21	TOP2, MSH2, RPA2, GTF2H5 (TTDA), ERCC4 (XPF), RAD51B/D, GEN1, FANCI (KIAA1794), BRIP1 (FANCG), FANCD1, ATM
miR-23a/b	NEL1, MLH3, RAD23B, DDB1, GTF2H5 (TTDA), CONN, ERCC4 (XPF), UVSFA (KIAA1530), MRE11A, GEN1, FANCA/D2, FANCG (XRCC5), FANCI (KIAA1794), DCLRE1C (Artemis)
miR-27	MTH1 (NTH1), PARP9, TOP1, DDB1, RPA2, GTF2H2, GTF2H5 (TTDA), ERCC8 (CSA), MRE11A, FANCG (XRCC5), BRIP1 (FANCG), FANCD1, XRCC3 (Ku80)
miR-29a	TDG, NEL1, ALKBH3 (DEFC1), TOP1, MLH3, RPA1, ERCC2 (XPD), GTF2H5 (TTDA), ERCC5 (CSB), MRE11A, FANCD2/E, FANCG
miR-155	APLF, GTF2H5 (TTDA), ERCC5 (CSB), MRE11A, GEN1, FANCD2/E, RAD51C (FANCO), PRKDC
miR-181	MBD4, APLF, RAD23B, GTF2H1/2, GTF2H5 (TTDA), UVSFA (KIAA1530), MRE11A, NBN (NBS1), GEN1, BRIP1 (FANCG), FANCD1, ERCC2 (XPD), FANP20, DCLRE1C (Artemis), ATM
miR-206	TDG, TOP1/2, MLH3, RPA1, ERCC4 (XPF), RAD50(S1)/51B/54B, NBN (NBS1), GEN1, PRKDC
miR-221/222	GTF2H5 (TTDA), ERCC4 (XPF), RAD50(S1), MRE11A, FANCD2, ATM
miR-379	OGG1, APEX1 (APE1), MSH3, MLH3, RAD51B, XRCC2, MRE11A, DME1

Silenced genes encode DNA repair enzymes as well as other DNA damage response proteins that are key elements of all DNA repair systems – base excision repair, direct reversal of damages, repair of DNA-topoisomerase crosslinks, mismatch excision repair, nucleotide excision repair, homologous recombination and non-homologous end-joining.

Conclusion: miRNAs, hyperexpression of which is essential for abnormal proliferation and surviving of breast cancer cells, silence also genes encoding DNA repair enzymes as well as other key elements of the DNA damage response network. This results in an increase of genetic instability and can lead to cancer progression. Moreover, miRNA-mediated silencing of DNA repair genes may cause higher risk of oncogene mutations and, therefore, underlie the initial stage of carcinogenesis.

Disclosure of Interest: No significant relationships.

P004

Reliability of Ki67 value according to histological grade and hormone status

M. Izquierdo¹*, F. Tresserra², I. Rodriguez², R. Fabregas², ¹Gynecology, Hospital Universitario Quiron Dexeus, Barcelona, Spain, ²Hospital Universitario Quiron Dexeus, Barcelona, Spain

Goals: Proliferative tumor activity measured immunohistochemically by Ki67 has high interobserver variability. Its clinical use can be improved if it is considered together with histological grade, estrogen (ER) and progesterone receptor (PR) levels.

Methods: Ki67 value has been studied in 566 breast cancers since 2007 to 2013 at our institution using MIB1 monoclonal antibody. The histological grade and hormone receptor status were also evaluated. The value was assessed optically in percentage of stained nuclei.

Results: Histological grade I was in 293 (51.7%) tumors, II in 219 (38.7%) and III in 54 (9.6%). Estrogen receptor was positive in 455 (80.53%) and progesterone receptor was positive in 341 (60.67%) tumours. None of the tumours with histological grade I, positive estrogen and negative progesterone receptor with histological grade I, positive estrogen and negative progesterone

receptor with Ki67 higher than 25%. Only 7% of tumours with histological grade I and positive estrogen and progesterone receptors has a Ki67 higher than 25%.

Conclusion: It has to be considered to repeat or confirm the values of Ki67 higher than 25% in those tumors with histological grade I mainly with estrogen receptor positive, and Ki67 values lower than 10% in those tumors with histological grade III.

Disclosure of Interest: No significant relationships.

P005

Cancer-associated fibroblasts induce trastuzumab resistances in HER2-positive breast cancer

Y. Mao¹*, Q. Qu², Y. Zhang¹, J. Liu¹, K. Shen¹, ¹Comprehensive Breast Health Center, Ruijin Hospital, Shanghai Jiaotong University School of Medicine, Shanghai, China, ²Department of Oncology, Ruijin Hospital, Shanghai Jiaotong University School of Medicine, Shanghai, China

Goals: HER2 positive breast cancer is characterized by aggressive biology and poor prognosis, which accounts for about 25% of breast cancer. Trastuzumab, an anti-HER2 targeted agent, has improved the prognosis of these patients. However, at least 30% of them will develop trastuzumab resistance during 1 to 2 years treatment. Cancer-associated fibroblasts (CAFs), one major component of tumor microenvironment, have related to cancer development and progression, but whether and how they mediate trastuzumab resistance in HER2 positive breast cancer remain unclear.

Methods: CAFs and normal fibroblasts (NFs) were isolated from fresh HER2+ breast samples obtained from Ruijin hospital. Conditional medium (CM) were collected from cultured CAFs and NFs. Different secreted proteins were analyzed by RayBio human cytokine antibody Array. Cell proliferation was determined by XTT assay and colony formation assay. Gene expression was analyzed by real-time PCR. Protein expression was determined by western-blotting. Gene transcriptional activity was determined by luciferase reporter assay. Cancer stem cells were evaluated by tumor sphere assay.

Results: CAFs mediated trastuzumab resistance in two HER2+ cell lines, BT474 and SK-BR3. Moreover, higher level of interleukin 6 (IL6) was secreted from CAFs compared with NFs, and induced trastuzumab resistance in both cell lines. Also, this phenomenon was accompanied by PTEN downregulation and cancer stem cells expansion. Moreover, IL6 expands cancer stem cells population by PTEN downregulation through decreasing its transcriptional activity. Interestingly, a neutralizing IL-6 antibody and IL6 pathway inhibitor (S31-201) can partly decrease the number of cancer stem cells and reverse trastuzumab resistance.

Conclusion: CAFs secrete high level of IL6, mediate trastuzumab resistance through degrading PTEN by decreasing its transcriptional activity. Decreasing IL6 level and inhibiting its pathway may partly rescue trastuzumab sensitivity in HER2+ breast cancer cell lines, serving as novel therapeutic ways for trastuzumab-resistant breast cancer patients.

Disclosure of Interest: No significant relationships.

P006

Paracrine interaction between adipose-derived stem cells and breast cancer cells

W. Tsujii¹*, R. Schweizer², J.A. Plock², K.G. Marra¹, J.P. Rubin¹, ¹Department of Plastic Surgery, University of Pittsburgh, Pittsburgh, United States of America, ²Department of Plastic Surgery and Hand Surgery, University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland

Goals: Autologous fat grafting is a promising method for breast reconstruction due to ease of procurement, natural appearance, and low immuno-response. Fat graft implementation with Adipose-derived Stem Cells (ASCs) has been proposed to enhance fat retention. However, the interplay between ASCs and breast cancer

Meeting Abstracts

How to reduce Ki67 variability jointly evaluating histological grade.

Sub-category:
[Biology and Biomarkers](#)

Category:
Systemic Therapy

Meeting:
[2015 Breast Cancer Symposium](#)

Abstract No:
127

Poster Board Number:
Poster Session B (Board #F10)

Citation:
J Clin Oncol 33, 2015 (suppl 28S; abstr 127)

Author(s): Maxim Izquierdo, Ignacio Rodríguez, Fransec Tresserra, Rafael Fabregas; Hospital Universitario Quiron Dexeus, Barcelona, Spain; Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine, University Hospital Quiron Dexeus, Barcelona, Spain; University Hospital Quiron Dexeus, Gynecologic Department, Barcelona, Spain

[Abstract Disclosures](#)

Abstract:

Background: Proliferative tumor activity measured immunohistochemically by Ki67 has high variability. Clinical use can be improved if it is considered together with the histological grade. **Methods:** Ki67 value has been studied in 566 breast cancers between 2007 and 2013 at our Institution using MIB1 monoclonal antibody. The histological grade and hormonal receptor status were also evaluated. **Results:** Histological grade was I in 293 (51.7%) tumors, II in 219 (38.7%) and III in 54 (16.8%) tumors. Estrogen receptor was positive in 166 (29.5%) tumors and progesterone

Attend this session at the
2015 Breast Cancer Symposium!

Session: **Poster Session B: Systemic Therapy, Survivorship, and Health Policy**

Type: Poster Session

Time: Saturday September 26, 11:50 AM to 1:15 PM

Location: Yerba Buena Ballroom, Salon 8

Session: **Poster Session B: Systemic Therapy, Survivorship, and Health Policy**

Type: Poster Session

Time: Saturday September 26, 4:45 PM to 5:45 PM

Location: Yerba Buena Ballroom, Salon 8



CASO CLÍNICO

Neuralgia del nervio pudendo posparto



Robin Julve^{a,*}, Rebeca Fernández^b, Jorge Ruiz^b y Jordi Montero^c

^a Ginecología, Obstetricia y Reproducción, Centro Médico Teknon, Barcelona, España

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

^c Unidad del Dolor Neuropático, Hospital Universitari Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 9 de mayo de 2014; aceptado el 14 de agosto de 2014

Disponible en Internet el 22 de octubre de 2014

PALABRAS CLAVE

Parto;
Neuralgia;
Nervio pudendo;
Atrapamiento

KEYWORDS

Delivery;
Neuralgia;
Pudendal nerve;
Entrapment

Resumen Describimos 2 casos clínicos de dolor neuropático en la región perineal tras un parto vaginal. Después del examen físico y las pruebas de imagen, ambos casos se diagnosticaron de síndrome de atrapamiento del nervio pudendo. El primer caso se resolvió tras el desbridamiento de un hematoma en el canal de Alcock. El segundo caso se resolvió mediante fisioterapia. Es importante conocer el síndrome para ofrecer un tratamiento lo menos invasivo posible.
© 2014 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Pudendal nerve entrapment syndrome after delivery

Abstract We describe two patients with post-vaginal birth neuropathic-type pain in the perineal region. Pudendal nerve entrapment syndrome was diagnosed on the basis of a physical examination and imaging tests. The first case was resolved by debridement of a hematoma in Alcock's canal. The second case was resolved by physical therapy. Familiarity with this syndrome is important to be able to offer the least invasive treatment possible.
© 2014 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Se describe como neuralgia del nervio pudendo a aquel dolor de características neuropáticas producido por la afectación del nervio pudendo a lo largo de su trayecto desde su origen hasta sus ramificaciones terminales¹. Una de las causas es el pinzamiento o la compresión de dicho nervio, que se conoce

como síndrome de atrapamiento del nervio pudendo. Este síndrome fue descrito por primera vez en 1987 por Amarenco, quien, tras diagnosticar una parálisis del territorio del nervio pudendo en un ciclista, lo denominó síndrome de la parálisis perineal del ciclista².

Caso clínico 1

El caso trata de una paciente de sexo femenino, de 29 años de edad. Como antecedentes personales destaca un legrado obstétrico por un aborto de primer trimestre. La paciente

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: robinjulve@hotmail.com (R. Julve).



CASE FOR DIAGNOSIS

Retiform Purpura in Plaques[☆]



Placas purpúricas retiformes

Patient History

We report the case of a 41-year-old woman with no history of interest who was admitted with lesions that had first appeared 24 hours earlier. The lesions took the form of lividoid erythematous violaceous plaques that were retiform in appearance, with necrosis in the center in some cases. They were not painful on palpation and occurred successively on the arms, legs, and face (Fig. 1). The patient also reported pain in the wrists and hands. She was afebrile and denied

having taken drugs or toxic substances or being bitten by insects.

Histopathology

We performed a skin biopsy (fig. 2), which revealed an inflammatory dermal infiltrate consisting of abundant neutrophilic, polymorphonuclear leukocytes with nuclear remnants in the superficial and perivascular portion. We observed fibrinoid necrosis on the wall and thrombi in small vessels. The blood workup was remarkable for microcytic anemia with increased C-reactive protein levels (71.4 mg/L), anti-DNA 70 IU/mL, and perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibodies (ANCA) 1:640. Urinalysis revealed the presence of cocaine.



Figure 1

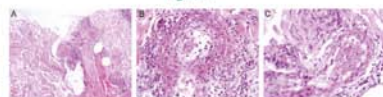


Figure 2 A, Hematoxylin-eosin $\times 10$. B and C, Hematoxylin-eosin $\times 20$.

[☆] Please cite this article as: Márquez Balbás G, Vidaller A, Tresserra-Casas F, González-Castro J. Iacac purpúricas retiformes. Actas Dermosifiliogr. 2015;106:831-832.

What is your diagnosis?



EDITORIAL

Aseguramiento de la calidad en el laboratorio de
Anatomía Patológica



Quality assurance in Pathology laboratory

El laboratorio de Anatomía Patológica es el responsable de recibir aquellas muestras histológicas susceptibles de ser analizadas para procesarlas y emitir un diagnóstico preciso, además de proporcionar una serie de variables que constituirán factores pronósticos y predictivos para el tratamiento de la enfermedad. Se calcula que entre un 60-80% del manejo del paciente está basado en datos de laboratorio. Para el correcto funcionamiento de este proceso es de vital importancia un estricto control de todo lo que se refiere a la etapa preanalítica del mismo, a la etapa analítica y a la postanalítica.

La etapa preanalítica incluye el envío de la muestra al laboratorio, la identificación de la misma con la correcta información de filiación y clínica, y la fijación del espécimen o su procesamiento para otras pruebas que no requieran fijación. La fase analítica integra los estudios intraoperatorios, el procesamiento y tallado macroscópico, la elaboración del bloque de parafina, secciones histológicas y tinción de las mismas (ya sea con técnicas rutinarias, de inmunohistoquímica o moleculares), y su correcta interpretación para llegar a un diagnóstico. Finalmente, en la etapa postanalítica se elabora un informe que se remite al facultativo destinatario y responsable del manejo del paciente, y se almacena la muestra en condiciones óptimas de conservación y de forma que su recuperación para pruebas adicionales sea fácil.

El aseguramiento de la calidad en el laboratorio de Anatomía Patológica consiste en evaluar el cumplimiento en todos los pasos del análisis, incluyendo las fases preanalítica, analítica y postanalítica, para promover la excelencia en el resultado de la práctica médica. Comprende el control de calidad, que es un componente integral del aseguramiento de la calidad que incluye los procesos y las técnicas destinadas a detectar, reducir y corregir las deficiencias en el proceso analítico, y la mejora de la calidad, que es la práctica continua de la evaluación y el ajuste en el rendimiento por medio de procedimientos estadísticos y científicos validados.

En el momento en el que el laboratorio efectúa pruebas analíticas complejas y de las que se derivarán estrategias en el manejo del paciente, estos conceptos adquieren gran relevancia a la hora de velar y garantizar que tanto los dispositivos mecánicos automatizados como los reactivos y el software utilizado garantizan en todo momento la validez del resultado proporcionado. Un ejemplo de ello son las técnicas inmunohistoquímicas y las determinaciones moleculares, la importancia y trascendencia de las cuales queda patente en el artículo publicado en este número por Bernet et al. Para ello se dispone de 2 herramientas como son el control interno y externo de la calidad.

El control interno de la calidad puede efectuarse por parte del mismo laboratorio y tiene como finalidad establecer la fiabilidad de los resultados obtenidos; para ello se utilizan controles internos de forma rutinaria de las pruebas a evaluar. Estos controles pueden ser suministrados por la casa comercial del dispositivo utilizado o bien obtenerse en el propio laboratorio. Por ejemplo, en la determinación inmunohistoquímica de HER2 en cáncer de mama, en la misma lámina del caso ha de disponerse de un control positivo del cual se conozca el resultado, que será sometido al mismo proceso que el caso y que con su valor garantizará la validez de la determinación. El control interno de la calidad también puede llevarse a cabo mediante determinaciones en muestras especialmente diseñadas para tal fin, por medio de la repetición de determinaciones en especímenes de rutina o con el análisis estadístico periódico de los resultados obtenidos.

También forma parte del control interno de la calidad la calibración de los dispositivos automatizados que van a utilizarse. Habitualmente ya están provistos de programas de verificación tanto de su funcionamiento como de la idoneidad de los reactivos que utilizan (caducidad, volumen disponible, etc.) y de los propios controles internos que emplea el dispositivo, de forma que de estar alguno de ellos alterado, el propio aparato no iniciaría la determinación analítica.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2015.05.001>

0214-1582/© 2015 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



ORIGINAL

Punción-aspiración con aguja fina en patología mamaria: evaluación de la utilización de citología líquida



Francesc Tresserra^{a,b,*}, Gemma Fabra^a, Miriam Castella^a,
María Asunción Domínguez^a, Carmen Fernandez-Cid^a
y María Ángeles Martínez-Lanao^b

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

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona, España

Recibido el 10 de noviembre de 2014; aceptado el 15 de enero de 2015
Disponibile en Internet el 16 de marzo de 2015

PALABRAS CLAVE

Citología líquida;
Punción-aspiración
con aguja fina;
Mama

Resumen

Objetivo: La citología líquida (CL) permite estudiar la muestra mejor preservada y con menos artefactos que la citología convencional (CC). El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de la técnica de CL en un periodo de un año desde su implantación en nuestro laboratorio. **Pacientes y métodos:** Se comparan los resultados de una serie de 1.573 punciones de mama con CL realizadas en un año y 3.033 con CC en 2 años, con los hallazgos en las biopsias cuando se dispuso de estos.

Resultados: Los diagnósticos obtenidos en CL fueron: insuficiente en 208 (13,2%) casos, benigno en 1.160 (73,7%), hiperplasia en 70 (4,5%), sospechoso en 45 (2,9%) y maligno en 90 (5,7%). En 264 casos (17%) de CL existió correlación histológica. La concordancia en el diagnóstico de benignidad fue del 74%, en hiperplasia del 75% y en malignidad del 92%. En la serie de CC hubo correlación en 350 casos (11%), la concordancia en el diagnóstico de benignidad fue del 80%, en hiperplasia del 81% y en malignidad del 92%. La sensibilidad diagnóstica de la CC fue del 78%, la especificidad del 95%, el valor predictivo positivo del 94% y el valor predictivo negativo del 79%. La sensibilidad de la CL fue del 85%, la especificidad del 91%, el valor predictivo positivo del 87% y el valor predictivo negativo del 89%.

Conclusión: La CL disminuye el número de diagnósticos insuficientes pero incrementa el de hiperplasia y sospechosos. La eficacia en el diagnóstico de malignidad entre ambas técnicas es similar.

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

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

ENDOMETRIAL POLYPS AND POLYPOD ENDOMETRIUM BEFORE IVF: TO TREAT OR NOT TO TREAT.

A. Úbeda

The role of diagnostic hysteroscopy in infertility is still today under debate. Even though there are many published references demonstrating that treatment of adhesions, submucous myoma and uterine septum improve pregnancy rates, management of dysfunctional or inflammatory disorders remains unclear. As a teacher of future hysteroscopists, I have realized that the initial aim of learners is the diagnosis of structural and organic pathology, such as endometrial polyps or myomas. However, experience shows that many times those pathologies are absent, while other images, such as congestion or hypertrophic endometrium are present.

Which is the real importance of those findings in infertility? We analyzed two groups of couples who underwent diagnostic hysteroscopy prior or after a first IVF cycle and we demonstrated (ESGE, 2012) that success pregnancy rates were two-fold if endometritis was treated (and therefore, diagnosed) after a first IVF cycle. Diagnosis? Just hysteroscopic images of endometritis suggestion, as microbiology and endometrial biopsy are frequently inconclusive and show low sensibility.



On the other hand, there are still a large number of infertility units that do not routinely offer diagnostic hysteroscopy before a first IVF cycle, and that diagnose "normal endometrium" after an apparent "normal endometrium" through ultrasound, hysterosalpingography, saline infusion, sono-hystero-graphy. Latest Cochrane Database Review (2013) shows that conclusions are not feasible due to diversity of image techniques and medical decisions upon endometrial polyps. Obviously, an hypertrophic endometrium is the result of an hyperestrogenism and creates an uncomfortable layer upon which embryo should find a kind bed where to implant. If focal hypertrophy creates future endometrial polyps, why should we treat focal, but not generalized endometrial polypoid hypertrophy?

Randomized studies should be carried out. However, if diagnosis techniques are not homogeneous, results cannot be, either. Thus, as long as we will diagnose polypoid endometrium, we will resect it under vision, but without energy, before an IVF cycle.

Model: MEDRE-8; No. of Pages 9

ARTICLE IN PRESS

Medicina Reproductiva y Embriología Clínica (2015) xxx, xxx-xxx



Medicina Reproductiva y Embriología Clínica

www.elsevier.es/mrec

ORIGINAL ARTICLE

Does early cleavage correlate with chromosome constitution in human preimplantation embryos?

Gemma Arroyo^{a,*}, Josep Santaló^b, Montserrat Boada^a, Mònica Parriego^a, Ignacio Rodríguez^a, Buenaventura Coroleu^a, Pedro N. Barri^b, Anna Veiga^{a,c}

^a Reproductive Medicine Service, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction, Hospital Universitari Quirón Dexeus, Gran Via Carles III, 71-75, 08028 Barcelona, Spain
^b Unitat de Biologia Cel·lular, Facultat de Biociències, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 08193 Barcelona, Spain
^c Stem Cell Bank, Centre for Regenerative Medicine (CMR[B]), C. Doctor Aiguader, 88, 08003 Barcelona, Spain

Received 8 August 2014; accepted 17 March 2015

KEYWORDS
Early cleavage (EC);
Embryo quality;
Preimplantation aneuploidy screening;
Preimplantation genetic diagnosis (PGD)

Abstract
Introduction: The purpose of this study is to analyze the correlation between the occurrence of early cleavage and chromosome constitution of embryos from preimplantation genetic screening (PGS) and preimplantation genetic diagnosis (PGD).
Material and methods: A total of 595 embryos from 96 cycles were included in this retrospective study.
Results: When clinical pregnancy rates per transfer were compared, statistically significant differences were observed between patients that had at least one early cleavage (ECpos) embryo and patients no EC (ECneg) (35.7% vs. 6.7%; $p < .001$). Statistically significant differences were found between EC, No PN and 2PN embryos at 26 h, good embryo quality at day 2 (71.4%, 55.6% and 40.7%, respectively; $p < .05$) and in blastocyst rate (43.3% EC vs. no early cleavage embryos (NEC) 27.1%; $p < .001$) in PGS cycles. These differences were not found in the PGD group. Early-cleaved embryos exhibited less chromosome abnormalities than No PN and 2PN group in PGS (61%, 69.4% and 77.2%; $p < .05$) and differences in PGD group (69.8%, 76.2% and 66.7%; $p < .05$).
Discussion: Early cleavage has shown to correlate with embryo quality, with the capacity to develop up to blastocyst stage, as well as with euploid chromosome constitution.
© 2014 Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción y Sociedad Española de Fertilidad. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Corresponding author.
E-mail address: gemarr@dexeus.com (G. Arroyo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medre.2015.03.001>
2340-9320/© 2014 Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción y Sociedad Española de Fertilidad. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Please cite this article in press as: Arroyo, G., et al., Does early cleavage correlate with chromosome constitution in human preimplantation embryos? Med Reprod Embriol Clin. 2015, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medre.2015.03.001>

survivors, mainly psychological, hypo-estrogenic and sexual desire disorders.

Some factors that may exacerbate sexual dysfunction in cancer survivors:

1. Body image may deteriorate.
2. Premature Menopause.
3. Fear of an unplanned pregnancy.
4. Vasomotor Symptoms.
5. Genitourinary symptoms (pruritus and dyspareunia).
6. Consequences of hysterectomy and pelvis radiation therapy.

In conclusion, sexual disorders are commonly among breast/gynecological cancer survivors, and many physicians fail to address this dimension of the women health. Advise, or even better anticipate, potential for sexual side effects of breast/gynecological cancer treatments with proactive management may help these patients avoid occurrence of distress and disappointment they often experience after successful treatment of their cancers.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.02.018>

Premature menopause

INV7

Prophylactic oophorectomy: primum non nocere

Walter Rocca

Mayo Clinic, Consultant, Rochester, United States

In this invited lecture, I will provide an update on the prophylactic oophorectomy debate. Medical practices should follow the principle of “primum non nocere” (first do no harm), and bilateral oophorectomy performed electively at the time of hysterectomy for a benign indication is now under scrutiny and critical reappraisal because the long-term risks may outweigh the benefits in the majority of women. The ovaries are both reproductive and endocrine organs. They secrete hormones both before menopause (primarily estrogen, progesterone, and testosterone) and after (primarily testosterone, androstenedione, and dehydroepiandrosterone). Ovarian hormones have important reproductive actions; however, they also have important endocrine actions via receptors spread throughout most tissues and organs of the body (Rocca and Ulrich, 2012). Removal of the ovaries reduces the risk of ovarian (by 80–90%) and breast cancer (by 50–60%); however, it increases the risk of all-cause mortality (28%), lung cancer (45%), coronary heart disease (33%), stroke (62%), cognitive impairment (60%), parkinsonism (80%), psychiatric symptoms (50–130%), osteoporosis and bone fractures (50%), and impaired sexual function (40–110%). The magnitude of the risk may vary depending on the study referenced, the age at the time of oophorectomy, and the use of postoperative estrogen therapy. The scientific debate about the risks and benefits of prophylactic bilateral oophorectomy continues, and many women continue to undergo prophylactic oophorectomy in 2015 (Llaneza and Perez-Lopez, 2013; Harmanli et al., 2013; Harmanli, 2014). I suggest that the evidence is sufficient to change this practice. At the time of a hysterectomy for a benign condition, if the ovaries are normal and the woman is not carrying a high risk genetic mutation, the ovaries should be conserved. This conservative practice is particularly important in younger women (Rocca and Ulrich, 2012; Harmanli, 2014).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.02.019>

INV8

Assisted reproduction and premature ovarian failure

Pedro N. Barri*, Fulvia Mancini

Hospital Universitari Ovarión Dexeus, Service of Reproductive Medicine, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction, Barcelona, Spain

Premature ovarian failure (POI) is a unique condition that requires special care on behalf of the physicians who attends the woman. Therefore, these patients should be treated for the loss of the ovarian function with HRT and, if necessary, for the associated comorbidities. Finally, health care practitioners should bear in mind that in addition to the stressful event of the diagnosis, these women also face the loss of the opportunity to have children, so emotional support to help them deal with the diagnosis and its consequences is also required.

As POI is not always a permanent condition, chances of conceiving are not zero, but can reach 5–10%. However, resumption of fertility is unpredictable and no therapies can improve this rate. Only IVF with egg donation has demonstrated high success rates and is currently considered the treatment of choice in these patients.

Resumption of ovarian function may occur after regression of the autoimmune status and control of the coexistent endocrine disease. However, long term therapies with immunomodulators are not recommended due to the associated complications such as osteonecrosis.

Cryopreservation of ovarian tissue, oocytes or embryos (if a male partner is present), is another option for women who are likely to develop POI, such as patient who have to undergo chemo-radiotherapy or ovarian surgery. IVF with oocyte/embryo cryopreservation is a safer solution, although it can only be offered to adult women. According to our experience, the ovarian response in women with cancer undergoing controlled ovarian hyperstimulation for fertility preservation purposes, is as expected according to an age-specific nomogram. Thus, fertility preservation does not delay significantly the beginning of chemo or radiotherapy.

Women with POI, under oral contraceptives for replacement can exceptionally conceive and anecdotal reports of women conceiving while complying with the pill have been published.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.02.020>

INV9

AMH to predict age of menopause

Dimitrios G. Goulis

Aristotle University of Thessaloniki, Unit of Reproductive Endocrinology, Thessaloniki, Greece

Anti-Müllerian Hormone (AMH) is a dimeric glycoprotein, a member of the Transforming Growth Factor- β (TGF- β) superfamily, that also includes inhibins, activins, bone morphogenetic proteins (BMPs), as well as a wide range of growth and differentiation factors (GDFs).

In ovarian granulosa cells, AMH expression only begins at the perinatal period, remains low throughout reproductive life and becomes undetectable after menopause. Thus, gonadal AMH secretion shows a clear-cut sexual dimorphism in pre-pubertal ages, when serum AMH concentrations are significantly lower in females; in adults, serum AMH concentrations are similarly low in both sexes, whereas show a progressive decline along reproductive life in women.

Economic aspects of infertility care: a challenge for researchers and clinicians

ESHRE Capri Workshop Group[†]

*Correspondence address: P.G. Crosignani, Scientific Direction, IRCCS Ca' Granda Foundation Maggiore P.le Hospital, Via M. Fanti, 6, 20122 Milano, Italy; E-mail: piorgio.crosignani@unimi.it

Submitted on February 24, 2015; resubmitted on May 6, 2015; accepted on June 11, 2015

ABSTRACT: Infertility care has improved remarkably over the last few decades and has received growing attention from health care providers. Several treatments, including expensive options such as Assisted Reproductive Techniques, are now widely available for routine clinical use. In most cases, adoption of these treatments has occurred without robust cost-effective analyses. IVF for unexplained infertility and ICSI in the absence of semen abnormalities are two examples of this gradual technology creep. More in-depth economic analyses in the field of infertility are undoubtedly warranted. However, performing these analyses is challenging because infertility care poses a number of unique challenges. Studies of cost-effectiveness are open to criticism because there is a lack of consensus about the outcomes of choice and the appropriate perspective. The use of quality adjusted life years (QALYs) to allow comparisons with other clinical conditions is also controversial because the value associated with infertility care cannot be easily captured in QALYs. Moreover, their use triggers the crucial question of whose QALYs merit consideration—an individual's, a couple's or a child's. In conclusion, economic analysis in infertility represents a peculiar but crucial challenge. If management of infertility is to become an integral part of publicly or privately funded health care systems worldwide, better quality data and a shared vision about the costs and benefits of infertility treatments are needed.

Key words: infertility care / cost-benefit analysis / newborn's value / unexplained infertility / embryo transfer policy

Introduction

For many individuals, realization of their reproductive potential and having the desired number of children is seen as a key lifetime achievement (ESHRE Capri Workshop Group, 2013), which is an intrinsic component of a worthwhile and meaningful life (Nussbaum, 2011). It is therefore not surprising that infertility has a profound psychological effect on couples, up to 20% of whom need support to cope with their inability to have children (Boivin *et al.*, 1999). Most seek medical intervention and many, including those in low resources settings are prepared to face catastrophic financial hardship in order to pay for assisted reproduction (Dyer *et al.*, 2013).

Infertility care has improved remarkably during recent decades and has received growing attention from health care providers. Several treatments, including expensive options such as Assisted Reproductive Techniques (ART), are now available for routine use in a number of public healthcare systems (Chambers *et al.*, 2013). However, the adoption of these treatments has mainly occurred without robust economic assessments. Most importantly, insufficient attention has been given to the issue of technology management (i.e. once introduced within the health care system, does a particular treatment continue to be cost-effective if implemented across a broader spectrum of conditions?) (Bryan *et al.*, 2014). It is

well-known that, once an intervention has been accepted for clinical use for a specific indication in a particular population, it can be used in other patient groups without formal evaluation of cost-effectiveness ('indication creep') (Bryan *et al.*, 2014). Total spending on health care is growing worldwide and there is the strong need to 'bend back the cost curve' while concomitantly achieving the goals of efficiency and receiving health systems supports (Bryan *et al.*, 2014). Robust economic evaluation is thus required to justify treatments which require continued investment. This is a crucial factor in modern medicine given the economic crisis currently affecting several countries in the western world. This is even more important in infertility care since this area of medicine deals with quality of life and not survival and is thus more vulnerable to financial cutbacks in health care spending.

In this manuscript, we illustrate the main points emerging from the 2014 ESHRE Capri Workshop, a workshop specifically dedicated to the economic aspects of infertility care. We did not aim to provide a comprehensive review of the literature on all economic studies on infertility care. The main focus of the meeting was to discuss the most relevant current economic issues of fertility treatment. In this opinion paper, we first illustrate, through the use of examples, some financial aspects of infertility care with the specific aims of demonstrating the critical role of robust economic analyses in guiding clinical choices and highlighting

[†]The list of the ESHRE Capri Workshop Group participants is given in the Appendix.

Received Date : 03-Jun-2015
Revised Date : 10-Jul-2015
Accepted Date : 11-Jul-2015
Article type : Original Article

Follicular and endocrine dose-responses according to anti-Müllerian hormone levels in IVF patients treated with a novel human recombinant FSH (FE 999049)

Short title: rhFSH stimulation and endocrine responses

Authors: Ernesto Bosch¹, Anders Nyboe Andersen², Pedro Barri³, Juan Antonio Garcia-Velasco⁴, Petra de Sutter⁵, Manuel Fernández-Sánchez⁶, Hana Visnova⁷, Bjarke M Klein⁸, Bernadette Mannaerts⁹, and Joan-Carles Arce⁹

¹IVI Valencia, Valencia, Spain; ²Fertility Clinic, Rigshospitalet, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark; ³IU Dexeus, Barcelona, Spain; ⁴IVI Foundation, Reproductive Endocrinology, Madrid, Spain; ⁵Universitair Ziekenhuis, Gent, Belgium; ⁶IVI Sevilla, Sevilla, Spain; ⁷IVF CUBE SE, Prague, Czech Republic; ⁸Global Biometrics, Global Clinical & Non-Clinical R&D, Ferring Pharmaceuticals A/S, Copenhagen, Denmark; ⁹Reproductive Health, Global Clinical & Non-Clinical R&D, Ferring Pharmaceuticals A/S, Copenhagen, Denmark.

Corresponding author (and reprint requests): Joan-Carles Arce, Ferring Pharmaceuticals A/S, Reproductive Health, Global Clinical & Non-Clinical R&D, Kay Fiskers Plads 11, DK-2300 Copenhagen S, Denmark (E-mail: jca@ferring.com; phone +45 28787606; Fax: +45 28176606).

Keywords: anti-Müllerian hormone, endocrine, ovarian stimulation, recombinant FSH, IVF

Funding:

This study was funded by Ferring Pharmaceuticals.

Acknowledgements:

The authors thank Göran Pettersson, Ph.D., Reproductive Health, Ferring Pharmaceuticals for assistance in writing the manuscript. We also thank all staff at the participating centres: Belgium: Universitair Ziekenhuis, Gent; Czech Republic: IVF CUBE SE, Prague; Denmark: Rigshospitalet, Copenhagen; Spain: IU Dexeus, Barcelona; IVI Madrid, Madrid; IVI Sevilla, Sevilla; IVI Valencia, Valencia.

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: 10.1111/cen.12864

This article is protected by copyright. All rights reserved.




Obstetric and perinatal complications in an oocyte donation programme. Is it time to limit the number of embryos to transfer?

Elisabet Clua, Eva Meler, Dalia Rodríguez, Buenaventura Coroleu, Ignacio Rodríguez, Francisca Martínez & Rosa Tur

To cite this article: Elisabet Clua, Eva Meler, Dalia Rodríguez, Buenaventura Coroleu, Ignacio Rodríguez, Francisca Martínez & Rosa Tur (2015): Obstetric and perinatal complications in an oocyte donation programme. Is it time to limit the number of embryos to transfer?, Gynecological Endocrinology, DOI: [10.3109/09513590.2015.1111330](https://doi.org/10.3109/09513590.2015.1111330)

To link to this article: <http://dx.doi.org/10.3109/09513590.2015.1111330>

 Accepted author version posted online: 22 Oct 2015.
Published online: 20 Nov 2015.

 Submit your article to this journal [↗](#)

 Article views: 12

 View related articles [↗](#)

 View Crossmark data [↗](#)

Full Terms & Conditions of access and use can be found at
<http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=gye20>

Download by: [Universidad Autonoma de Barcelona]

Date: 25 November 2015, At: 03:34



ARTICLE

Is it justified to transfer two embryos in oocyte donation? A pilot randomized clinical trial



Elisabet Clua^{a,1,*}, Rosa Tur^{a,1,*}, Buenaventura Coroleu^a, Ignacio Rodríguez^b, Montserrat Boada^a, M^a José Gómez^a, Pedro Nolasco Barri^a, Anna Veiga^{a,c}

^a Reproductive Medicine Service, Department of Obstetrics, Gynaecology and Reproduction, Hospital Universitari Quiron Dexeus, Barcelona, Spain; ^b Unit of Biostatistics, Department of Obstetrics, Gynaecology and Reproduction, Hospital Universitari Quiron Dexeus, Barcelona, Spain; ^c Stem Cell Bank, Center of Regenerative Medicine, Barcelona, Spain

* Corresponding authors. E-mail addresses: elclua@dexeus.com (E Clua); rostur@dexeus.com (R Tur). ¹ The authors consider that the first two authors should be regarded as joint first authors.



Elisabet Clua obtained her degree in Biology at the Universidad de Barcelona in 1991. She has been working at the Reproductive Medicine Service at Institut Universitari Dexeus since 1995 and was IVF patient monitoring coordinator from 1995 to 2004. Since 2004 she has been in charge of the oocyte and embryo donation program. She is a member of the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), the Association for the Study of Reproductive Biology (ASEBIR) and the Spanish Society of Fertility (SEF). Her main interests are related to oocyte and embryo donation, and multiple pregnancy, as well as ethics and psychological aspects of donation and cross-border reproductive care.

Abstract Multiple pregnancies involve high obstetric and perinatal risks. The aim of this study is to evaluate, in a pilot randomized control study, if the cumulative pregnancy and live birth rates of elective single embryo transfer (eSET) are comparable to the ones obtained with elective double embryo transfer (eDET). A total of 65 patients with at least two good quality embryos was randomized, 34 (52.3%) assigned to the eSET group and 31 (47.7%) to the eDET group. The cumulative pregnancy rates (eSET: 73.5% and eDET: 77.4%, RR: 0.95 95% CI: 0.72–1.25) and live birth rates (eSET: 58.8% and eDET: 61.3%, RR: 0.96 95% CI: 0.64–1.42) were similar in the two groups. The twin pregnancy rate in the fresh transfers of eDET group was 47.7% and 0% in the eSET group. The medical team decided to interrupt the study for reasons related to risks associated with elevated twin pregnancy rate, leaving low numbers of patients within the study as a result. When considering cumulative success rates, eSET and eDET are similar in terms of efficacy. However, eDET involves an increased and unacceptable twin pregnancy rate. The only prevention strategy is single embryo transfer. © 2015 Reproductive Healthcare Ltd. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

KEYWORDS: cumulative pregnancy rate, elective double embryo transfer (eDET), elective single embryo transfer (eSET), multiple pregnancy, oocyte donation

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2015.04.013>

1472-6483/© 2015 Reproductive Healthcare Ltd. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

EDITORIAL

Rev Asoc Est Biol Rep Noviembre 2015 Vol. 20 N°2

6

Estimados/as Compañeros/as:

En nombre de los Comités Organizadores y de la Junta Directiva, es un placer poder daros la bienvenida al VIII Congreso de ASEBIR.

El proyecto de realizar el congreso en San Sebastián (Donosti) nació hace varios años tras considerar que poseía todas las características e infraestructuras necesarias para acoger un congreso de ASEBIR. Recientemente se ha reconocido como quinto mejor destino turístico del mundo, se ha nombrado ciudad de la ciencia y de la innovación y es ciudad de referencia europea para el 2016.

Igual como en las pasadas ediciones, el programa científico se estructura en distintas sesiones, cada una de ellas correspondiente a uno de los Grupos de Interés; Embriología, Genética, Calidad, Andrología y Criobiología que en este congreso se incorpora tras su reciente creación. También se dispondrá de 4 Simposios Satélites con ponentes invitados de gran prestigio. En esta edición, el Comité Científico ha dedicado muchos esfuerzos para poder presentar un interesante programa con los aspectos más novedosos de nuestra especialidad. Nos complace anunciaros que este año se ha incrementado en un 70% el número de trabajos aceptados para ser presentados de forma oral. En total se presentarán 38 comunicaciones orales y 138 posters cuya visualización podrá realizarse a través de 4 pantallas digitales. Asimismo se han organizado 2 cursos pre-congreso que por su temática estamos convencidos que os van a interesar: Seguridad Laboral en el laboratorio de Reproducción Humana y ¿Cómo ganarle la partida a un referee? Claves metodológicas. Epidemiología y Estadística de un estudio de embriología clínica. También el miércoles por la mañana, antes del congreso se celebrará la tercera convocatoria del examen para la obtención de la "Certificación ASEBIR en Reproducción Humana Asistida. Embriología Clínica" que cuenta con 42 inscritos. Hasta el momento somos 210 socios los que disponemos de esta certificación. Os animamos a certificaros!

Queremos agradecer de forma muy especial el esfuerzo realizado por parte de nuestras empresas proveedoras. Su compromiso con ASEBIR es constante y su colaboración imprescindible para poder hacer realidad el Congreso. También queremos agradecer a todos los que habéis presentado comunicaciones, a los ponentes y moderadores. vuestras aportaciones y rigor son garantía de éxito para el Congreso. Gracias a todos los que habéis asistido al Congreso y también a los que os habéis quedado atendiendo el laboratorio de vuestro centro. Esperamos que en la próxima edición podáis asistir! .Gracias también al Comité Organizador, Comité Científico y, en especial, a la Secretaría Técnica de ASEBIR.

Ya para finalizar, daros la bienvenida a San Sebastián, ciudad, cosmopolita y acogedora que espera que vuestra estancia sea agradable y provechosa. La ciudad es un goce para los ojos, es poesía. Es encantadora no solo por su paisaje sino también por su gastronomía reconocida como una de las mejores del mundo. También es uno de los lugares más elegantes con sus palacetes que miran orgullosos al mar Cantábrico, los veleros que decoran la Bahía de la Concha, los bares de pintxos de la zona vieja y el Kursaal que iluminado de noche parece ser un sol rectangular que ha rodado por la arena de la playa. Bienvenidos a La Bella Easo, deseamos que os encontréis como en casa.

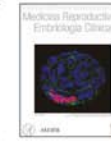
Ongi Etorri Bella Easora, gustora sentitzea espero dugu.



Yosu Franco Iriarte
Presidente del Comité Organizador



Montserrat Boada Palà
Presidenta de ASEBIR 2013-2017



REVISIÓN

Jaydess[®], una nueva opción anticonceptiva a largo plazo y reversible adecuada para mujeres jóvenes

Francisca Martínez^{a,*}, Ignacio Cristóbal^b, Mercedes Andeyro^c, Inmaculada Parra^d, Esther Velasco^e y Jose C. Quílez^f

^a Hospital Universitario Quirón Dexeus, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, I+D+i Clínica del Servicio de Medicina de la Reproducción, Barcelona, España

^b Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario La Zarzuela, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España

^c Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Villalba, Collado Villalba, Madrid, España

^d Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Sueca, Departamento de Salud 11, Hospital de la Ribera, Agencia Valenciana de Salud - Consejería de Sanidad, Sueca, Valencia, España

^e Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^f Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de Basurto, CEGYMF Bilbao, Bilbao, España

Recibido el 12 de octubre de 2015; aceptado el 27 de octubre de 2015

PALABRAS CLAVE

Anticoncepción;
Barreras
anticonceptivas;
Dispositivos
intrauterinos;
Levonorgestrel

Resumen Los embarazos no deseados son aún un grave problema en nuestro país, especialmente entre mujeres jóvenes. Los hábitos anticonceptivos de estas mujeres incluyen el uso de métodos altamente dependientes de la usuaria, con baja efectividad. Los denominados *long-acting reversible contraception* (LARC), entre los que el dispositivo intrauterino (DIU) de cobre y el liberador de levonorgestrel son los más comúnmente utilizados, están recomendados por sociedades médicas nacionales e internacionales para todas las mujeres que requieren una anticoncepción efectiva, incluidas jóvenes, siempre que no exista alguna contraindicación específica. Sin embargo, su uso en España es muy bajo. Se cree que esto puede deberse a barreras generadas por la falta de información del profesional sanitario y a la existencia de creencias erróneas, especialmente en lo que se refiere a su uso en mujeres jóvenes y, con mayor probabilidad, nuparas. Recientemente se ha comercializado un nuevo DIU liberador de levonorgestrel (Jaydess[®], Bayer HealthCare). Su menor tamaño y contenido/tasa de liberación hormonal con respecto a su predecesor Mirena[®], a la vez que una eficacia similar y un mejor perfil de seguridad, unidos a otros posibles beneficios no anticonceptivos, podrían contribuir a superar las barreras que dificultan el uso de los LARC, y en concreto de los DIU, en mujeres jóvenes y nuparas. En la presente revisión se hace un análisis de todos estos aspectos.
© 2015 Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción y Sociedad Española de Fertilidad. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: pacmar@dexeus.com (F. Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medre.2015.10.002>

2340-9320/© 2015 Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción y Sociedad Española de Fertilidad. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Martínez, F., et al., Jaydess[®], una nueva opción anticonceptiva a largo plazo y reversible adecuada para mujeres jóvenes. *Med Reprod Embriol Clin*. 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medre.2015.10.002>

Should progesterone on the human chorionic gonadotropin day still be measured?

Francisca Martínez, Ph.D., Ignacio Rodríguez, B.Sc., Marta Devesa, M.D., Rosario Buxaderas, M.D., María José Gómez, B.Sc., and Buenaventura Coroleu, Ph.D.

Servicio de Medicina de la Reproducción, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction, Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona, Spain

Objective: To evaluate in our setting whether there is currently a level of P on the hCG day (P-hCG) predictive of no pregnancy.
Design: Observational study of prospectively collected data of the P-hCG levels of stimulated IVF cycles.
Setting: In vitro fertilization unit.
Patient(s): All cycles of IVF/intracytoplasmic sperm injection with fresh embryo transfer performed between January 2009 and March 2014.
Intervention(s): None.
Main Outcome Measure(s): Pregnancy rate.
Results(s): Clinical pregnancy rate per ET was 38.7% and live birth rate was 29.1%. The P-hCG concentration was positively correlated to E_2 on the hCG day, and the number of oocytes was negatively correlated to age. Progesterone on hCG day was higher among agonist-compared with antagonist-treated patients (mean \pm SD: 1.13 \pm 0.69 ng/mL vs. 0.97 \pm 0.50 ng/mL) and among recombinant FSH compared with recombinant FSH + hMG stimulation (mean \pm SD: 1.11 \pm 0.58 ng/mL vs. 0.94 \pm 0.50 ng/mL). Pregnancy rate was positively associated with the number of oocytes. There was no correlation between P-hCG value and pregnancy rate, overall or according to the type of treatment.
Conclusion(s): In our setting there is no P-hCG value differentiating a good from a poor cycle success rate.
Clinical Trial Registration Number: NCT02323347. (Fertil Steril® 2015; ■: ■ ■ ©2015 by American Society for Reproductive Medicine.)
Key Words: Clinical outcomes, ovarian stimulation, pregnancy rate, progesterone levels
Discuss: You can discuss this article with its authors and with other ASRM members at <http://fertstertforum.com/martinezf-progesterone-hcg-measured/>



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

* Download a free QR code scanner by searching for "QR scanner" in your smartphone's app store or app marketplace.

For the last two decades, the influence of increased levels of P before hCG administration (P-hCG) on the probability of pregnancy in IVF has been periodically revisited since it was first observed in 1990 [1], with more than 60 studies published subsequently. In current protocols that widely use GnRH analogs, agonists, or antagonists to suppress endogenous LH secretion, the increased P found toward the end of stimulation only reflects the total

amount of P secreted by the granulosa cells of mature follicles [2, 3].

Several authors have analyzed the impact of P rise on IVF pregnancy rates, with conflicting results [4–12]. Even four meta-analyses recently published reach different conclusions [11, 13–15]. The most recent one included 63 studies and almost 60,000 IVF cycles and concluded that the probability of pregnancy decreased in IVF cycles in which P-hCG was high [15]. This

seemed to be the end of the debate. However, the authors admitted that a bias could not be ruled out because most studies had been retrospective.

One reason for these conflicting findings could be the varied cut-off values set by different authors (between 0.8 and 3.0 ng/mL), sometimes close to the sensitivity level of the assays used [15, 16]. However, after the study by Bosch et al. [6], the most widely used cut-off value is 1.5 ng/mL. Moreover, a P-hCG level $>$ 1.5 ng/mL seems to be a turning point in the endometrial gene expression profile [17, 18]. Notwithstanding, this cut-off value is now being questioned, because several factors are known to impact P concentrations: type of stimulation protocol,

Received June 8, 2015; revised September 2, 2015; accepted September 8, 2015.
 F.M. has nothing to disclose. I.R. has nothing to disclose. M.D. has nothing to disclose. R.B. has nothing to disclose. M.J.G. has nothing to disclose. B.C. has nothing to disclose.
 Reprint requests: Francisca Martínez, Ph.D., Institut Universitari Dexeus, Obstetrics & Gynecology, Gran Via Carles III 71-75, Barcelona 08028, Spain (E-mail: pacmar@dexeus.com).

Fertility and Sterility® Vol. ■, No. ■, ■ 2015 0015-0282/\$36.00
 Copyright ©2015 American Society for Reproductive Medicine, Published by Elsevier Inc.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.09.008>

VOL ■ NO ■ / ■ 2015

1

UTILITAT DE L'ESTUDI MITJANÇANT ARRAYS DE CGH DELS EMBRIONS PROVINENTS DE ZIGOTS MONOPRONUCLEATS D'ICSI

Victor Montalvo^a, Sílvia Mateo^a, Francesca Vidal^b, Mònica Parriego^a, Anna Veiga^{a,c},
Montserrat Borda^a

^a Servei de Medicina Reproductiva, Departament d'Obstetrícia, Ginecologia i Reproducció, Institut Universitari Dexeus

^b Unitat de Biologia Cel·lular, Facultat de Biociències, Universitat Autònoma de Barcelona.

^c Banc de línies Cel·lulars, Centre de Medicina Regenerativa, Barcelona, Espanya

vicmon@dexeus.com, silmat@dexeus.com, francesca.vidal@uab.cat, monpar@dexeus.com, anavei@dexeus.com,
monboa@dexeus.com

Resum

Els embrions derivats de zigots monopronucleats obtinguts mitjançant ICSI generen discussió pel que fa al seu ús en cicles de reproducció assistida. L'objectiu d'aquest estudi és analitzar-ne la dotació cromosòmica per tal de conèixer el percentatge d'embrions euploides i determinar-ne la seva possible utilitat clínica. S'han estudiat 89 embrions provinents de zigots monopronucleats de parelles sotmeses a cicles de FIV-PGS. Els embrions han estat biopsiats el tercer dia de desenvolupament i analitzats mitjançant arrays de CGH. Els resultats obtinguts indiquen una taxa d'euploidia del 16,9% així com una baixa taxa de blastocist (3,4%). Segons aquests resultats l'anàlisi dels embrions derivats de zigots IPN d'ICSI resulta poc eficient en D3. El manteniment d'aquests embrions fins a l'estadi de blastocist per realitzar la biòpsia i anàlisi en trofocotoderm permetria optimitzar els recursos, maximitzant la relació cost-benefici en l'anàlisi d'aquests embrions.

Paraules clau: Zigots monopronucleats, pronuclei, array CGH

Abstract

Clinical application of embryos coming from monopronucleated zygotes obtained from ICSI is still a subject of discussion. The objective of this study is to analyze the whole chromosomal constitution of these embryos in order to know the percentage of euploid embryos, so as to discern their possible clinical application. A total of 89 embryos coming from monopronucleated zygotes in FIV-PGS cycles were studied. The embryos were biopsied on the third day of development and analyzed through CGH array. The results obtained denote an euploidy rate of 16.9% and also suggest their difficulty to form a blastocyst (3.4%). These results show that the analysis on D3 of embryos derived from IPN ICSI zygotes has a low efficiency. We propose that these embryos should be maintained in culture until D5 and if they were to reach blastocyst stage a trophocotoderm biopsy and the CGH analysis ought to be performed. With the proposed strategy the resources would be optimized, maximizing the cost-benefit of the analysis of these embryos.

Keywords: Monopronuclear zygotes, pronuclei, CGH array

INTRODUCCIÓ

L'entrada de l'espermatozoide a l'òocit promou l'activació oocitària i reprenent la meiosi II. Una fecundació correcta comporta l'extrusió del segon corpuscle polar (CP) i la formació de dos pronucleis (PN) haploides.

En alguns casos, durant la observació de la fecundació a D1, els zigots presenten un únic PN. Això succeeix en el 7,7% dels casos després de fecundació *in vitro* (FIV) i en el 5% després d'injecció intracitoplasmàtica d'espermatozoides (ICSI) (Staessen & Steirteghem, 1997). Els zigots IPN que provenen de FIV han estat descrits majoritàriament com a diploides (Staessen et al., 1993; Munne et al., 1993) i, per tant, es podrien utilitzar en la pràctica clínica. L'ús dels zigots

monopronucleats derivats d'ICSI és més controvertit ja que es relacionen amb la presència d'anomalies cromosòmiques (Otsu, 2004; Levron et al., 1995; Mateo et al., 2013).

Els treballs que determinen la normalitat cromosòmica dels embrions derivats de zigots IPN d'ICSI reporten taxes de normalitat que van des del 0%, amb un 7,4% d'embrions diploides mosaics (Mateo et al., 2013), fins al 33,3% (Lim et al., 2000). La variabilitat dels resultats es pot explicar per diferències metodològiques relatives al nombre de cromosomes estudiats, al nombre de cèl·lules analitzades i per l'estadi de desenvolupament en que s'estudien els embrions. La falta de concordança entre els resultats dels diversos grups posa de manifest la necessitat de nous estudis més complets.



Història

Què és la vida, segons Erwin Schrödinger

Joan Nicolau Costa

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

2015 © Publicat per l'Associació catalana de ciències de Laboratori Clínic

Introducció

Què és la vida? recull les conferències impartides el 1943 per Erwin Schrödinger, vienes, guardonat amb el Premi Nobel de Física una dècada abans, mentre fa estada a Dublín fugint de l'Europa sotmesa al nazisme.

Aquest article tracta de la gènesi i les repercussions d'aquest llibre, breu però influent, en el context de la biologia molecular. La seva traducció a la llengua catalana es publica el 1984 (1), inclosa en una col·lecció de clàssics del pensament modern (Figura 1).



Figura 1. Què és la vida? d'Erwin Schrödinger.

La contribució de l'àmbit de la física als inicis de la biologia molecular

En la biologia molecular col·laboren experts en les diverses àrees del coneixement. Així és com Francis Jacob, metge i genetista, resumeix el caràcter multidisciplinari dels inicis de la biologia molecular: «La bioquímica i la física, la genètica i la

fisiologia es foren llavors en una sola disciplina. És a dir, la biologia molecular deixa de ser l'ocupació de científics aïllats, cadascun d'ells ocupat en un problema particular i un organisme concret. S'imposa un esforç conjunt, humà i tècnic. [...] la biologia arriba a associar-se estretament a la física i la química» (2).

Tres físics eminents estan relacionats amb el naixement de la biologia molecular: Niels Bohr, Max Delbrück i Erwin Schrödinger.

Tal com s'explica a continuació, Niels Bohr és el causant de la dedicació a la biologia de Max Delbrück, i Erwin Schrödinger esdevé un dels difusors de les idees d'aquest últim (3, 4).

Niels Bohr

El seu pare és professor de fisiologia a la Universitat de Copenhaguen. De jove, Niels Bohr col·labora sovint en el laboratori de la universitat i participa en els debats que tenen lloc a la casa familiar (5).

El 1932 dona la conferència inaugural al Congrés Internacional de Fototeràpia que titula «La llum i la vida», on exposa la seva visió de la biologia des de la física (6). A banda de publicar-se en les actes del congrés, el text també es difon per mitjà de la revista *Nature* (7).

La conferència no té cap impacte immediat en els biòlegs del moment, però sí una conseqüència a més llarg termini. Entre els assistents hi ha un físic jove, Max Delbrück, que decideix replantejar-se la seva activitat investigadora (8).

Max Delbrück

Max Delbrück treballa, a l'època, a l'Institut de Química Kaiser Guillem de Berlín. Funda un grup de discussió on participen el genetista rus Nikolai Timofeef-Ressovsky, expert en *Drosophila melanogaster*, i el físic Karl Zimmer, expert en radiacions ionitzants. El 1935 publiquen un article influent, de més de cinquanta pàgines: «La naturalesa de les mutacions

<http://www.acclc.cat/continguts/ivv177.pdf>
2015 © ACCLC. Tots els drets reservats.



ARTICLE

A multi-centre phase 3 study comparing efficacy and safety of Bemfola® versus Gonal-f® in women undergoing ovarian stimulation for IVF



M. Rettenbacher ^{a,*}, A.N. Andersen ^b, J.A. Garcia-Velasco ^c, M. Sator ^d, P. Barri ^e, S. Lindenberg ^f, K. van der Ven ^g, Y. Khalaf ^h, U. Bentin-Ley ⁱ, A. Obruca ^j, G. Tews ^k, M. Schenk ^l, T. Strowitzki ^m, N. Narvekar ⁿ, K. Sator ^o, B. Imthurn ^p

^a Finox AG, Burgdorf, Switzerland; ^b Rigshospitalet, Copenhagen University Hospital, Fertility Clinic, Copenhagen, Denmark; ^c IVI Madrid, Madrid, Spain; ^d Fertilitätszentrum Döbling and AKH, Wien, Austria; ^e Institut Universitari Dexeus, Barcelona, Spain; ^f Copenhagen Fertility Center, Copenhagen, Denmark; ^g Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Germany; ^h Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK; ⁱ Dansk Fertilitetsklinik, Copenhagen, Denmark; ^j Kinderwunschzentrum Privatspital Goldenes Kreuz, Wien, Austria; ^k Landes-Frauenklinik und Kinderklinik, Linz, Austria; ^l Das Kinderwunsch Institut, Dobl bei Graz, Austria; ^m Universitäts-Frauenklinik, Heidelberg, Germany; ⁿ Assisted Conception Unit Kings College Hospital, London, UK; ^o Fertilitätszentrum Döbling, Wien, Austria; ^p Universitätsspital Zürich, Switzerland

* Corresponding author. E-mail address: manfred.retttenbacher@finox.ch (M. Rettenbacher).



Manfred Rettenbacher obtained his medical degree in 2000 from the University of Bern in Switzerland. He completed his doctoral thesis 'Localization and characterization of neuropeptide receptors in human colon', published in *Naunyn-Schmiedeberg Archives of Pharmacology* in 2001. Manfred Rettenbacher has held roles as Advisor, Clinical Research Physician and Medical Director in the pharmaceutical and biotechnology industry. He currently works at Finox Biotech AG, with responsibility for the entire drug development process and joint determination of the company's strategic direction. He holds an executive MBA with major 'Innovation Management' from Bern University of Applied Sciences, Engineering and Information Technology.

Abstract Bemfola (folitropin alfa) (Finox AG, Switzerland), a new recombinant FSH, has a comparable pharmacological profile to that of Gonal-f (Merck Serono, Germany), the current standard for ovarian stimulation. A randomized, multi-centre, Phase 3 study in women undergoing IVF or intracytoplasmic sperm injection ($n = 372$) showed Bemfola yielding similar efficacy and safety profiles to Gonal-f. Women aged 20–38 years of age were randomized 2:1 to receive a single, daily, subcutaneous 150 IU dose of either Bemfola or Gonal-f. This study tested equivalence in the number of retrieved oocytes using a pre-determined clinical equivalence margin of ± 2.9 oocytes. Compared with Gonal-f, Bemfola treatment resulted in a statistically equivalent number of retrieved oocytes (Bemfola

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2015.01.005>

1472-6483/© 2015 The Authors. Published by Elsevier Ltd on behalf of Reproductive Healthcare Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Stem cells in reproductive medicine: ready for the patient?

R. Vassena^{1,*}, C. Eguizabal², B. Heindryckx³, K. Sermon⁴, C. Simon^{5,6},
A.M.M. van Pelt⁷, A. Veiga^{8,9}, and F. Zambelli^{4,10} on behalf of the ESHRE
special interest group Stem Cells[†]

¹Clinica RUGN, Barcelona, Spain ²Cell Therapy and Stem Cell Laboratory, Research Center for Transfusion and Human Tissues, Galdakao, Spain ³Ghent Fertility and Stem Cell Team (G-FaST), Department for Reproductive Medicine, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium ⁴Research Group Reproduction and Genetics, Vrije Universiteit Brussel (VUB), Brussels, Belgium ⁵Fundación Instituto Valenciano de Infertilidad (FIVI), and Department of Pediatrics, Obstetrics & Gynecology, Valencia University & INCLIVA, Valencia, Spain ⁶Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Stanford University, Stanford, CA, USA ⁷Center for Reproductive Medicine, Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands ⁸Reproductive Medicine Service, Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona, Spain ⁹Stem Cell Bank, Centre for Regenerative Medicine of Barcelona, Barcelona, Spain ¹⁰S.I.S.Me.R. Reproductive Medicine Unit, Bologna, Italy

*Correspondence address. Tel: +34-93-322-11-22. E-mail: rvassena@euq.es

Submitted on May 19, 2015; resubmitted on May 19, 2015; accepted on June 24, 2015

STUDY QUESTION: Are there effective and clinically validated stem cell-based therapies for reproductive diseases?

SUMMARY ANSWER: At the moment, clinically validated stem cell treatments for reproductive diseases and alterations are not available.

WHAT IS KNOWN ALREADY: Research in stem cells and regenerative medicine is growing in scope, and its translation to the clinic is heralded by the recent initiation of controlled clinical trials with pluripotent derived cells. Unfortunately, stem cell 'treatments' are currently offered to patients outside of the controlled framework of scientifically sound research and regulated clinical trials. Both physicians and patients in reproductive medicine are often unsure about stem cells therapeutic options.

STUDY DESIGN, SIZE, DURATION: An international working group was assembled to review critically the available scientific literature in both the human species and animal models.

PARTICIPANTS/MATERIALS, SETTING, METHODS: This review includes work published in English until December 2014, and available through PubMed.

MAIN RESULTS AND THE ROLE OF CHANCE: A few areas of research in stem cell and reproductive medicine were identified: in vitro gamete production, endometrial regeneration, erectile dysfunction amelioration, vaginal reconstruction. The stem cells studied range from pluripotent (embryonic stem cells and induced pluripotent stem cells) to monopotent stem cells, such as spermatogonial stem cells or mesenchymal stem cells. The vast majority of studies have been carried out in animal models, with data that are preliminary at best.

LIMITATIONS, REASONS FOR CAUTION: This review was not conducted in a systematic fashion, and reports in publications not indexed in PubMed were not analyzed.

WIDER IMPLICATIONS OF THE FINDINGS: A much broader clinical knowledge will have to be acquired before translation to the clinic of stem cell therapies in reproductive medicine; patients and physicians should be wary of unfounded claims of improvement of existing medical conditions; at the moment, effective stem cell treatment for reproductive diseases and alterations is not available.

STUDY FUNDING/COMPETING INTEREST(S): None.

TRIAL REGISTRATION NUMBER: NA.

Key words: stem cells / artificial gametes / assisted reproduction / regenerative medicine

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

© The Author 2015. Published by Oxford University Press on behalf of the European Society of Human Reproduction and Embryology. All rights reserved. For Permissions, please email: journals.permissions@oup.com

Accuracy of three-dimensional ultrasound compared with magnetic resonance imaging in diagnosis of Müllerian duct anomalies using ESHRE–ESGE consensus on the classification of congenital anomalies of the female genital tract

B. GRAUPERA, M. A. PASCUAL, L. HERETER, J. L. BROWNE, B. ÚBEDA, I. RODRÍGUEZ and C. PEDRERO

Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction, Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona, Spain

KEYWORDS: 3D-US; congenital uterine anomalies; magnetic resonance imaging; Müllerian duct anomalies; three-dimensional ultrasonography; uterine abnormalities; uterine malformations

ABSTRACT

Objective To establish the accuracy of three-dimensional ultrasound (3D-US), compared with magnetic resonance imaging (MRI), for diagnosing uterine anomalies, using the European Society of Human Reproduction and Embryology–European Society for Gynaecological Endoscopy (ESHRE–ESGE) consensus on the classification of congenital anomalies of the female genital tract.

Methods Sixty women with uterine anomalies suspected after examination by conventional two-dimensional ultrasound were evaluated with 3D-US and MRI. These data were analyzed retrospectively to confirm the presence and type of uterine malformation in accordance with the ESHRE–ESGE consensus. Sensitivity, specificity and positive (PPV) and negative (NPV) predictive values were calculated, using MRI as the gold standard, and agreement between the two methods was evaluated by kappa index.

Results Compared with MRI, for the diagnosis of normal uteri, 3D-US had a sensitivity of 83.3%, specificity of 100%, PPV of 100%, NPV of 98.2% and kappa index of 0.900. For dysmorphic uteri and for hemi-uteri, the sensitivity, specificity, PPV and NPV were all 100%, and kappa was 1.00. For septate uteri, the sensitivity was 100%, specificity was 88.9%, PPV was 95.5%, NPV was 100% and kappa was 0.918. For bicorporeal uteri, the sensitivity was 83.3%, specificity was 100%, PPV was 100%, NPV was 98.2% and kappa was 0.900.

Conclusions 3D-US is highly accurate for diagnosing uterine malformations, having a good level of agreement

with MRI in the classification of different anomaly types based on the ESHRE–ESGE consensus. Copyright © 2015 ISUOG. Published by John Wiley & Sons Ltd.

INTRODUCTION

Congenital uterine anomalies, also known as Müllerian duct anomalies (MDA) due to their embryological origin in the Müllerian ducts, result from isolated or combined alterations involved in embryogenic development in the uterus. The prevalence of these malformations tends to vary depending on the population studied, occurring in around 5.5% of the general population and in up to around 24.5% of infertile patients with a history of miscarriage¹. Until now, the system most commonly used for classification of uterine anomalies has been that of the American Fertility Society (AFS), published in 1988². Recently, however, a new consensus was established for the classification of congenital malformations of the female genital tract³.

Several different methods are used for diagnosing uterine anomalies. The first is conventional two-dimensional transvaginal ultrasound (2D-US)⁴. Hysteroscopy is useful for evaluating the uterine cavity, while laparoscopy is useful in assessment of the external uterine contour; hysteroscopy and laparoscopy have been considered to be the gold standard in the diagnosis of MDA^{5–7}. Magnetic resonance imaging (MRI) and three-dimensional ultrasound (3D-US) hold a distinct advantage over other techniques, in that they provide simultaneously information about both the external contour and

Correspondence to: Dr B. Graupera, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction, Hospital Universitari Quirón Dexeus, Gran Via Carles III, 71–75, 08028 Barcelona, Spain (e-mail: betgra@dexeus.com)

Accepted: 13 February 2015

Copyright © 2015 ISUOG. Published by John Wiley & Sons Ltd.

ORIGINAL PAPER

Diagnostic rate and accuracy of the ESHRE–ESGE classification for septate uterus and other common uterine malformations: why do we not see that *the Emperor is naked*?

In our opinion, the results of the recent retrospective study of Graupera *et al.*¹ on the European Society of Human Reproduction and Embryology–European Society for Gynaecological Endoscopy (ESHRE–ESGE) classification system are biased². The main issues are described below.

Selection bias

The ESHRE–ESGE system² for classification of congenital anomalies of the female genital tract introduced 'normal

Past, present and future ultrasonographic techniques for analyzing ovarian masses

Ultrasonography is today the method of choice for distinguishing between benign and malignant adnexal pathologies. Using pattern recognition several types of tumors can be recognized according to their characteristic appearance on gray-scale imaging. Color Doppler imaging should be used only to perform a semiquantitative color score or evaluate the flow location. International Ovarian Tumor Analysis group had standardized definitions characterizing adnexal masses and suggested the use of 'simple rules' in premenopausal women. Recently, the use of 3D vascular indices has been proposed but its potential use in clinical practice is debated. Also computerized aided diagnosis algorithms showed encouraging results to be confirmed in the future.

Keywords: 3D ultrasonography • color Doppler • ovarian cancer • ultrasonography

Several researches have demonstrated that a common indication for gynecological surgeries are adnexal masses and [1] up to 10% of all women in the USA underwent surgery at least once in their lifetime for this reason [8].

Ultrasonography (US) is an easily executable procedure as well as repeatable, and with a relatively low cost and it remains the method of choice for distinguishing between benign and malignant adnexal pathologies [2,3].

An adequate characterization of adnexal masses is a fundamental step to plan the correct therapeutical approach [2-5]. In this paper, we will present the application of US in the detection and characterization of adnexal masses with particular emphasis to the new techniques and approaches.

The past

Thirty years ago the US studies were performed with the transabdominal approach but the relatively poor resolution associated with the use of lower frequency ultrasound usually determined suboptimal results [6]. With the introduction of the transvaginal probe, about 20 years ago, a significant increase in the accuracy was found and this

method became the reference standard in the assessment of the adnexal masses.

Currently the transabdominal US has no indication with the only exception of virgo patients, when transrectal approach is difficult, or in the case of adnexal mass bigger than 10 cm, assessment of presence of ascites and metastases. Moreover, thanks to the use of higher frequencies it is possible to use of TV ultrasonography to investigate the structural morphology of the mass with an exquisite level of detail.

The first study that correlated the US finding and histology was performed by Granberg *et al.* in 1989; they understood that different morphologies were associated with an increased risk of malignant condition; in fact they found that unilocular cyst with smooth walls is a typical marker of benignity whereas solid projections into the cyst cavity increases the risk of malignancy [7]. Later, several morphological characteristics were described, including the internal structure of the cyst's walls and their thickness as well as the extension of septa and echogenicity of the content; by considering these parameters a sensitivity of 100% and a specificity of 83% were obtained [4].

Stefano Guerriero^{*1}, Luca Saba¹, Juan Luis Alcazar², Maria Angela Pascual³, Silvia Ajossa⁴, Maura Perniciano⁵, Alba Piras⁶, Federica Sedda⁷, Cristina Peddes⁸, Paola Fabbri⁹, Federica Pilla¹⁰, Michal Zajicek¹¹, Parodo Giuseppina¹² & Gian Benedetto Melis¹³

¹Department of Obstetrics & Gynecology, University of Cagliari, Cagliari, Italy

²Department of Obstetrics & Gynecology, University of Navarra, Pamplona, Spain

³Department of Obstetrics & Gynecology, Dexeus University, Barcelona, Spain

⁴Department of Obstetrics & Gynecology, Chaim Sheba Medical Center, Tel-Hashomer, Israel

^{*}Author for correspondence: gineca.sguerriero@iscall.it

Future Medicine part of fsg



3. Ponencias

3. Ponencias

El prestigio de los miembros del Departamento hace que frecuentemente sean invitados a dar conferencias o ponencias en actos científicos de la especialidad.

El Departamento facilita la asistencia a dichos actos y la Cátedra de Investigación en Obstetricia y Ginecología (CIOG) vela para garantizar la calidad científica de toda presentación en los eventos académicos.

ENERO

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

BARRI SOLDEVILA P. Management of myoma in women of childbearing age. Medical expert training on myomectomy and colposacropexy - Live surgery. Olympus Europa. Barcelona (España). 8-1-2015.

BARRI SOLDEVILA P. Tips and tricks of laparoscopic myomectomy. Medical expert training on myomectomy and colposacropexy - Live surgery. Olympus Europa. Barcelona (España). 8-1-2015.

BARRI SOLDEVILA P. The standarisation of colposacropexy. Medical expert training on myomectomy and colposacropexy - Live surgery. Olympus Europa. Barcelona (España). 8-1-2015.

BARRI SOLDEVILA P. The importance of accurate and fast diagnostic tools. Our one-stop clinic philosophy. Medical expert training on myomectomy and colposacropexy - Live surgery. Olympus Europa. Barcelona (España). 8-1-2015.

BARRI SOLDEVILA P. Vessel-sealing technology. Medical expert training on myomectomy and colposacropexy - Live surgery. Olympus Europa. Barcelona (España). 8-1-2015.

MANUBENS M. Actualització en insuficiencia ovàrica primaria. Curs de Formació Continuada de la Secció Catalana de Menopausia de la Societat Catalana d'Obst i Ginec. Acadèmia de les Ciències Mèdiques de Catalunya y Balears. Barcelona (España). 10-1-2015.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

BARRI PN, COROLEU B, MARTINEZ F. Ovarian stimulation during luteal phase. Ovarian function and reproduction from needs to probabilities Course. International Society of Gynecological Endocrinology. Madonna di Campiglio (Italia). 28-1-2015.

BARRI PN, COROLEU B, MARTINEZ F. Luteal phase in ART cycles. Ovarian function and reproduction from needs to probabilities Course. International Society

of Gynecological Endocrinology. Madonna di Campiglio (Italia). 28-1-2015.

BARRI PN, COROLEU B, DEVESA M. Management of bad responders. Ovarian function and reproduction from needs to probabilities Course. International Society of Gynecological Endocrinology. Madonna di Campiglio (Italia). 28-1-2015.

BOADA M. Importancia del momento de la transferencia. 7º FIVSKI 2015. Actualización en reproducción asistida. Fundación Dexeus Salud de la Mujer. Baqueira (España). 22-1-2015.

COROLEU B, TUR R, BARRI PN. Historia de las Gns. 7º FIVSKI 2015. Actualización en reproducción asistida. Fundación Dexeus Salud de la Mujer. Baqueira (España). 22-1-2015.

ESTIVILL X. Qué nos puede aportar la genómica en la medicina de la reproducción. 7º FIVSKI 2015. Actualización en reproducción asistida. Fundación Dexeus Salud de la Mujer. (España). 22-1-2015.

MARTINEZ F. Estimulación en fase lutea. 7º FIVSKI 2015. Actualización en reproducción asistida. Fundación Dexeus Salud de la Mujer. Baqueira (España). 22-1-2015.

PARRIEGO M. Situación actual de SGP. 7º FIVSKI 2015. Actualización en reproducción asistida. Fundación Dexeus Salud de la Mujer. Baqueira (España). 22-1-2015.

VEIGA A. Valoración embrionaria desde Victoria Anna hasta hoy. 7º FIVSKI 2015. Actualización en reproducción asistida. Fundación Dexeus Salud de la Mujer. Baqueira (España). 22-1-2015.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

GRAUPERA B. Valoración ovárica normal y patológica. 19º Curso de Medicina Fetal. Ecografía Obstétrico-Ginecológica. Hospital Valle Hebrón. Barcelona (España). 30-1-2015.

HERETER L. Valoración uterina normal y patológica. 19º Curso de Medicina Fetal. Ecografía Obstétrico-Ginecológica. Hospital Valle Hebrón. Barcelona (España). 30-1-2015.

PASCUAL MA. Avances en ecografía ginecológica. 19º Curso de Medicina Fetal. Ecografía Obstétrico-Ginecológica. Hospital Valle Hebrón. Barcelona (España). 30-1-2015.

FEBRERO

SERVICIO DE OBSTETRICIA

ECHEVARRIA M. Ecografía morfológica. Curso Taller básico de ecografía y Doppler en ginecología y obstetricia. Barcelona (España). 19-2-2015.

FOURNIER S. Ecografía del primer trimestre normal y patológica. Ejemplos prácticos. Curso Taller básico de ecografía y Doppler en ginecología y obstetricia. Barcelona (España). 19-2-2015.

SCAZZOCCHIO E. Ecografía del bienestar fetal. Curso Taller básico de ecografía y Doppler en ginecología y obstetricia. Barcelona (España). 19-2-2015.

TORRENTS M. Gestación múltiple. Curso Taller básico de ecografía y Doppler en ginecología y obstetricia. Barcelona (España). 19-2-2015.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

CUSIDO MT. Estrategia y metodología del programa Oncoguías SEGO 2008-2016. Eurogin 2015. Sevilla (España). 4-2-2015.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ALVARO B. (a determinar). Seminarios de la Clínica de Fertilidad del Hospital Erasme. Bruselas (Bélgica). 3-2-2015.

MARTINEZ F. Estimulación en fase lútea. VIII Symposium Fertilidad Ferring. Málaga (España). 13-2-2015.

PEREZ A. Colposcopia normal y anormal. Curso R3 SEGO. Guadalajara (España). 20-2-2015.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

CASAS L. Indicaciones de la ecografía mamaria. Curso Taller básico de ecografía y Doppler en ginecología y obstetricia. Barcelona (España). 19-2-2015.

FDEZ-CID M. Diagnóstico y actitud ante los quistes uniloculares en la menopausia. Curso Taller básico de ecografía y Doppler en ginecología y obstetricia. Barcelona (España). 19-2-2015.

GRAUPERA B. Patología funcional y benigna del ovario. Curso Taller básico de ecografía y Doppler en ginecología y obstetricia. Barcelona (España). 19-2-2015.

GRAUPERA B. **Diagnóstico por imagen de la mujer estéril.** Curso Taller básico de ecografía y Doppler en ginecología y obstetricia. Barcelona (España). 19-2-2015.

GRAUPERA B. **Valoración ecográfica del útero y su patología.** Curso Taller básico de ecografía y Doppler en ginecología y obstetricia. Barcelona (España). 19-2-2015.

HERETER L. **Diagnóstico ecográfico de la patología anexial: hidrosalpinx, abscesos, anexitis.** Curso Taller básico de ecografía y Doppler en ginecología y obstetricia. Barcelona (España). 19-2-2015.

HERETER L. **Diagnóstico de la patología del suelo pélvico.** Curso Taller básico de ecografía y Doppler en ginecología y obstetricia. Barcelona (España). 19-2-2015.

HERETER L. **Ecografía intervencionista en ginecología: aplicaciones y utilidad.** Curso Taller básico de ecografía y Doppler en ginecología y obstetricia. Barcelona (España). 19-2-2015.

NAVARRO B. **Diagnóstico ecográfico de cáncer de mama.** Curso Taller básico de ecografía y Doppler en ginecología y obstetricia. Barcelona (España). 19-2-2015.

PASCUAL MA. **Ecografía 3D. Conceptos básicos.** Curso Taller básico de ecografía y Doppler en ginecología y obstetricia. Barcelona (España). 19-2-2015.

PASCUAL MA. **Papel de la ecografía en el cáncer de ovario. Screening y diagnóstico.** Curso Taller básico de ecografía y Doppler en ginecología y obstetricia. Barcelona (España). 19-2-2015.

PEDRERO C. **Conceptos básicos. Anatomía de los órganos pélvicos.** Curso Taller básico de ecografía y Doppler en ginecología y obstetricia. Barcelona (España). 19-2-2015.

PEDRERO C. **Diagnóstico del embarazo ectópico.** Curso Taller básico de ecografía y Doppler en ginecología y obstetricia. Barcelona (España). 19-2-2015.

UBEDA B. **Diagnóstico de la patología benigna de la mama.** Curso Taller básico de ecografía y Doppler en ginecología y obstetricia. Barcelona (España). 19-2-2015.

MARZO

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

BAULIES S. (a determinar título ponencia). **II Curs de residents de ginecologia i obstetricia.** Societat Catalana de Contracepció i Fertilitat. Barcelona (España). 11-3-2015.

BARRI SOLDEVILA P. **Principios de electrocirugía.** II Curso básico en Cirugía Endoscópica para R1 y R2. Hospital Fundació Sanitaria de Igualada. (España). 4-3-2015.

BARRI SOLDEVILA P. **Tips and tricks of laparoscopic myomectomy.** Medical expert training on myomectomy and colposacropexy. Olympus Europa. Barcelona (España). 5-3-2015.

BARRI SOLDEVILA P. **The standarisation of colposacropexy.** Medical expert training on myomectomy and colposacropexy. Olympus Europa. Barcelona (España). 5-3-2015.

BARRI SOLDEVILA P. **The importance of accurate and fast diagnostic tools.** Our one-stop clinic philosophy. Medical expert training on myomectomy and colposacropexy. Olympus Europa. Barcelona (España). 5-3-2015.

BARRI SOLDEVILA P. **Management of myoma in women of childbearing age.** Medical expert training on myomectomy and colposacropexy. Olympus Europa. Barcelona (España). 5-3-2015.

GARCIA P. **SERMs. 12ª Jornada sobre Controversias en Ginecologia.** Barcelona (España). 4-3-2015.

GARCIA P. **Desarrollo de Bazedoxifeno en el cuidado de la mujer**

postmenopáusicas. 12ª Jornada sobre Controversias en Ginecología. Barcelona (España). 4-3-2015.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ABULI A. Cribado de enfermedades genéticas recesivas. Argumentos a favor. Jornada de Asesoramiento Reproductivo Genético. Instituto Bernabeu. Alicante (España). 28-3-2015.

ALVAREZ M. Experiencia clínica en el uso de progesterona subcutánea en los ciclos de criotransferencia embrionaria. Reunión Angelini - Área de Reproducción Asistida: Avances en el soporte de la fase lútea. Barcelona (España). 26-2-2015.

ALVAREZ M. Datos epidemiológicos de la esterilidad. Update en Reproducción Humana Asistida. Barcelona (España). 26-3-2015.

ALVAREZ M. Técnicas de reproducción complejas. Update en Reproducción Humana Asistida. Barcelona (España). 26-3-2015.

BARRI PN. IBSA TEACHING COURSE - Needs for luteal phase support in ART | time to reassess our options. 16th World Congress on Human Reproduction. International Academy of Human Reproduction. Berlin (Alemania). 18-3-2015.

BARRI PN, COROLEU B, DEVESA M. Endometriosis and ART. 16th World Congress on Human Reproduction. International Academy of Human Reproduction. Berlin (Alemania). 18-3-2015.

BARRI PN, DEVESA M, COROLEU B. IBSA SATELLITE SYMPOSIUM - Cos regiments and oocyte vitrification for fertility preservation. 16th World Congress on Human Reproduction. International Academy of Human Reproduction. Berlin (Alemania). 18-3-2015.

BOADA M. Bioètica i Reproducció Assistida. Jornada de debat sobre la bioètica - una referència obligada. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona (España). 5-3-2015.

BOADA M. Laboratorio de Fecundación in Vitro hoy. Update en Reproducción Humana Asistida. Barcelona (España). 26-3-2015.

BUXADERAS R. Visión general de las TRA de baja complejidad. Update en Reproducción Humana Asistida. Barcelona (España). 26-3-2015.

COROLEU B. Evolución histórica del diagnóstico de los problemas de fertilidad. Update en Reproducción Humana Asistida. Barcelona (España). 26-3-2015.

MARTINEZ F. Optimización de la estimulación ovárica para FIV. Update en Reproducción Humana Asistida. Barcelona (España). 26-3-2015.

PARRIEGO M. DGP: ¿Se debe generalizar a todas nuestras pacientes?. Update en Reproducción Humana Asistida. Barcelona (España). 26-3-2015.

TUR R. El embarazo múltiple; un reto con visión histórica. Update en Reproducción Humana Asistida. Barcelona (España). 26-3-2015.

VENDRELL JM. Importancia del factor masculino como causa de esterilidad e infertilidad. Update en Reproducción Humana Asistida. Barcelona (España). 26-3-2015.

ABRIL

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

BARRI SOLDEVILA P. Acceso a espacios pélvicos en endometriosis profunda. Puesta al día en endometriosis, 4ª Edición. Hospital La Paz. Madrid (España). 16-4-2015.

BARRI SOLDEVILA P. Complicaciones en endometriosis profunda. Puesta al día en endometriosis, 4ª Edición. Hospital La Paz. Madrid (España). 16-4-2015.

CUSIDO MT. Guia de prevenció del càncer de coll uterí a Espanya: Que esta canviant?. XXXII Jornades Citològiques Catalanes. HPV - Present i Futur. Barcelona (Espanya). 22-4-2015.

GARCIA PAS. Patología osteoarticular. X Curso Diatros "Rompiendo barreras en el cuidado de la salud de la mujer". DIATROS Diagnósticos y Tratamientos Avanzados. Barcelona (Espanya). 22-4-2015.

MANUBENS M. Salud vaginal. X Curso Diatros "Rompiendo barreras en el cuidado de la salud de la mujer". DIATROS Diagnósticos y Tratamientos Avanzados. Barcelona (Espanya). 22-4-2015.

PARERA N. Com parlar de sexualitat als adolescents. Escola de pares Paidodex. Hospital Universitari Quirón Dexeus. Barcelona (Espanya). 17-4-2015.

TRESSERRA F. Història de una cèl.lula. XXXII Jornades Citològiques Catalanes. HPV - Present i Futur. Barcelona (Espanya). 22-4-2015.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ABULI A. Nous reptes de la genètica en la historia clinica electronica. Curs d'actualització en documentació mèdica. Barcelona (Espanya). 28-4-2015.

BARRI PN. Does endometriosis affect ART results?. 6th International IVI Congress. Instituto Valenciano de Infertilidad. Alicante (Espanya). 23-4-2015.

BARRI PN, COROLEU B, MARTINEZ F. Estimulación de la ovulación en la fase lútea. X Curso Diatros "Rompiendo barreras en el cuidado de la salud de la mujer". DIATROS Diagnósticos y Tratamientos Avanzados. Barcelona (Espanya). 22-4-2015.

BOADA M, GONZALEZ C. Noves formes d'accès a la paternitat i maternitat. Reflexions des de la ciencia. Jornades Famílies del segle XXI. Transformar-se o morir. Institut d'infancia i món urba. Barcelona (Espanya). 21-4-2015.

COROLEU B, MARTINEZ F, PARRIEGO M, BARRI PN. Fecundación in vitro hoy, desde el diagnóstico a la tecnología. X Curso Diatros "Rompiendo barreras en el cuidado de la salud de la mujer". DIATROS Diagnósticos y Tratamientos Avanzados. Barcelona (Espanya). 22-4-2015.

TUR R, MANCINI F. Evaluación de la paciente con patología endocrina. XII Jornadas de Reproducción para residentes. Instituto Valenciano de Infertilidad. Malaga (Espanya). 14-4-2015.

TUR R, MANCINI F. Síndrome del ovario poliquístico. Tratamiento. XII Jornadas

de Reproducción para residentes. Instituto Valenciano de Infertilidad. Malaga (Espanya). 14-4-2015.

MAYO

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

MANUBENS M. Salud vaginal. 10th European Congress on Menopause and Andropause. European Menopause and Andropause Society. Madrid (Espanya). 20-5-2015.

PARERA N. Maneig de les principals alteracions ginecològiques de la nena adolescent. Curs de Formació Continuada de Pediatria. Hospital Doctor Josep Trueta. Gerona (Espanya). 27-5-2015.

RICART M. Tiroides i gestació. Sesiones Academia - Sexualitat en la maduresa. Academia de les Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Barcelona (Espanya). 26-5-2015.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

BARRI PN. Eficiencia de los tratamientos utilizados en FIV. 5ª Reunion Nacional Grupos de Interés de la SEF. Jerez de la Frontera, Cádiz (Espanya). 22-5-2015.

BARRI PN. Epidemiología de la esterilidad. Curso Excel MSD - Seminario

sobre Actualización en Reproducción Humana. Barcelona (España). 28-5-2015.

BARRI PN, DEVESA M, COROLEU B. COS regimens and oocyte vitrification for fertility preservation. XIII Annual Meeting of the Mediterranean Society for Reproductive Medicine. Ljubjana (República Slovaca). 14-5-2015.

BARRI PN, MANCINI F. ART and premature ovarian failure. 10th European Congress on Menopause and Andropause. European Menopause and Andropause Society. Madrid (España). 20-5-2015.

BOADA M. Utilidad del Embryoscope: realidad o ficción. Curso Excel MSD - Seminario sobre Actualización en Reproducción Humana. Barcelona (España). 28-5-2015.

BOADA M. ASEBIR, una apuesta por la calidad y la seguridad en los laboratorios de TRA. InviTRA International Fertility Fair. Barcelona (España). 8-5-2015.

BUXADERAS R. Presentación Comité de Registro SEF. 5ª Reunion Nacional Grupos de Interés de la SEF. Jerez de la Frontera, Cádiz (España). 22-5-2015.

BUXADERAS R. El fallo de implantación; estado actual. Curso Excel MSD - Seminario sobre Actualización en

Reproducción Humana. Barcelona (España). 28-5-2015.

COROLEU B. Corifolitropina alfa; un salto hacia el futuro en la estimulación ovárica. Curso Excel MSD - Seminario sobre Actualización en Reproducción Humana. Barcelona (España). 28-5-2015.

COROLEU B, PEREZ AL, MARTINEZ F, BARRI PN. ELONVA en la práctica clínica. III Simposio Nacional Fertilidad Hoy. Laboratorios MSD. Sevilla (España). 8-5-2015.

DEVESA M. Preservación de la fertilidad. Experiencia en nuestro centro. Curso Excel MSD - Seminario sobre Actualización en Reproducción Humana. Barcelona (España). 28-5-2015.

GONZALEZ C. Maduración folículos y ovocitos in vitro. 5ª Reunion Nacional Grupos de Interés de la SEF. Jerez de la Frontera, Cádiz (España). 22-5-2015.

MARTINEZ F. Receptividad endometrial. 5ª Reunion Nacional Grupos de Interés de la SEF. Jerez de la Frontera, Cádiz (España). 22-5-2015.

MARTINEZ F. Biomarcadores de reserva ovárica y optimización de la estimulación en FIV. Curso Excel MSD - Seminario sobre Actualización en Reproducción Humana. Barcelona (España). 28-5-2015.

PARRIEGO M. Factores predictivos de éxito en PGS. Curso Excel MSD - Seminario sobre Actualización en Reproducción Humana. Barcelona (España). 28-5-2015.

PEREZ A. Uso de Elonva en un programa de donación de ovocitos. Curso Excel MSD - Seminario sobre Actualización en Reproducción Humana. Barcelona (España). 28-5-2015.

TUR R. Cómo evitar el embarazo múltiple; hacia la transferencia selectiva de un embrión. Curso Excel MSD - Seminario sobre Actualización en Reproducción Humana. Barcelona (España). 28-5-2015.

JUNIO

SERVICIO DE OBSTETRICIA

COMAS C. Non-invasive prenatal testing for fetal aneuploidy. 3rd Global Congress of Ian Donald School. Ian Donald Inter University School Med. Ultrasound. Cagliari (Italia). 19-6-2015.

SERRA B. Prediction of preeclampsia and its complication. 3rd Global Congress of Ian Donald School. Ian Donald Inter University School Med. Ultrasound. Cagliari (Italia). 19-6-2015.

SERRA B. Cesarean section on maternal request: is it acceptable?. 31st Congress

The Fetus as a Patient. San Petersburgo (Rusia). 10-6-2015.

SERRA B. Prediction of preeclampsia and its complications. 31st Congress The Fetus as a Patient. San Petersburgo (Rusia). 10-6-2015.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

BARRI SOLDEVILA P. La paciente joven con endometriosis. Qué hacer y qué no. 33 Congreso Nacional de la SEGO. Madrid (España). 17-6-2015.

BARRI SOLDEVILA P. Tips and tricks of laparoscopic myomectomy. Medical expert training on myomectomy and colposacropexy. Olympus Europa. Barcelona (España). 11-6-2015.

BARRI SOLDEVILA P. Management of myoma in women of childbearing age. Medical expert training on myomectomy and colposacropexy. Olympus Europa. Barcelona (España). 11-6-2015.

BARRI SOLDEVILA P. The standarisation of colposacropexy. Medical expert training on myomectomy and colposacropexy. Olympus Europa. Barcelona (España). 11-6-2015.

BARRI SOLDEVILA P. The importance of accurate and fast diagnostic tools. Our one-stop clinic philosophy. Medical expert training on myomectomy and

colposacropexy. Olympus Europa. Barcelona (España). 11-6-2015.

MANUBENS M. Síndrome genito-urinario de la menopausia. 33 Congreso Nacional de la SEGO. Madrid (España). 17-6-2015.

PARERA N. Técnicas de reproducción asistida en personas con VIH. IV Jornada bio psico-social. Fundación Lucía. Barcelona (España). 5-6-2015.

TRESSERRA F. Manejo de las muestras para firmas genéticas. 1ª Jornada de Firmas Genéticas. Barcelona (España). 12-6-2015.

UBEDA A. Histeroscopic screening in implantation. Barcelona Spring Meeting of CTC. Barcelona (España). 22-6-2015.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ALVARO B. Hysterosalpingo-Contrast-Sonography. Indications actuales. Journées Parisiennes d'échocardiographie. París (Francia). 18-6-2015.

BARBED C. Tips and tricks in laparoscopic myomectomy. Barcelona Spring Meeting of CTC. Barcelona (España). 22-6-2015.

BARRI PN. Women's Health Dexeus - Institutional presentation 2015.

Barcelona Spring Meeting of CTC. Barcelona (España). 22-6-2015.

BOADA M. Timelapse embryo evaluation. Barcelona Spring Meeting of CTC. Barcelona (España). 22-6-2015.

BOADA M. Basic concept of ART. 7th Edition of the Internacional Course on Tissue Banking and Advanced Therapies. TPM-DTI Foundation. Barcelona (España). 2-6-2015.

ESTIVILL X. Genomics in infertility. Barcelona Spring Meeting of CTC. Barcelona (España). 22-6-2015.

JULIO

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

COROLEU B, GONZALEZ C, DEVESA M. Tratamientos de reproducción asistida en edades limites; aspectos éticos. XXVIII Edicion Curso Reproducción asistida - situacion actual y perspectivas. Universidad Complutense de Madrid (España). 9-7-2015.

SEPTIEMBRE

SERVICIO DE OBSTETRICIA

COMAS C. Controversias en Medicina Materno-fetal: cribado prenatal de microdeleciones. III Simposio Internacional de Medicina Fetal. Centro Gutenberg. Malaga (España). 23-9-2015.

COMAS C. Test prenatal no invasivo de aneuploidias. ¿Qué debería saber el clínico?. III Simposio Internacional de Medicina Fetal. Centro Gutenberg. Malaga (España). 23-9-2015.

MELER E. Prediction of late INGR at third trimester of pregnancy. Fetal Growth Conference. Hospital Clínico y Provincial de Barcelona (España). 14-9-2015.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ABULI A. Genética del CIR. III Simposio Internacional de Medicina Fetal. Centro Gutenberg. Malaga (España). 23-9-2015.

COROLEU B. Novas fronteiras na preservacao da fertilidade: estrategias e posibilidades. Acto Conmemorativo 20 Aniversario Centro Genesis. Brasil. 25-9-2015.

OCTUBRE

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

ARA C. Entidades clínicas. Ductoscopia. Curso pre-congreso de Patología Benigna del 2º Congreso Español de la mama. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Madrid (España). 22-10-2015.

ARA C. Tratamiento. Curso pre-congreso de Patología Benigna del 2º Congreso Español de la mama. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Madrid (España). 22-10-2015.

BARRI SOLDEVILA P. Tips and tricks of laparoscopic myomectomy. Medical expert training on myomectomy and colposacropexy. Olympus Europa. Barcelona (España). 1-10-2015.

BARRI SOLDEVILA P. The standarisation of colposacropexy. Medical expert training on myomectomy and colposacropexy. Olympus Europa. Barcelona (España). 1-10-2015.

BARRI SOLDEVILA P. The importance of accurate and fast diagnostic tools. Our one-stop clinic philosophy. Medical expert training on myomectomy and colposacropexy. Olympus Europa. Barcelona (España). 1-10-2015.

BARRI SOLDEVILA P. Management of myoma in women of childbearing age. Medical expert training on myomectomy and colposacropexy. Olympus Europa. Barcelona (España). 1-10-2015.

BARRI SOLDEVILA P. Radical versus subradical bowel surgery in endometriosis. 24th Annual Congress of the ESGE. Budapest (Hungría). 7-10-2015.

BARRI SOLDEVILA P. En el Post Graduate Course; The pelvic sidewall in non-oncological situations. 24th Annual Congress of the ESGE. Budapest (Hungría). 7-10-2015.

BARRI SOLDEVILA P. The advantages of 4K technology in entering pelvic spaces. 24th Annual Congress of the ESGE. Budapest (Hungría). 7-10-2015.

BARRI SOLDEVILA P. Errores comunes en miomectomia laparoscópica. IV Curso Internacional de Cirugía Ginecológica. Hospital Universitario La Paz de Madrid (España). 21-10-2015.

BAULIES S. Mastitis y galactoforitis. Curso pre-congreso de Patología Benigna del 2º Congreso Español de la mama. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Madrid (España). 22-10-2015.

BAULIES S. En la sección de Lesiones **Grandes Simuladoras. Caso 3.** Curso pre-congreso de Patología Benigna del 2º Congreso Español de la mama. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Madrid (España). 22-10-2015.

BAULIES S. Aspectos generales. Curso pre-congreso de Patología Benigna del 2º Congreso Español de la mama. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Madrid (España). 22-10-2015.

CUSIDO MT. **Introducing the state of the art.** 19th International Meeting of the ESGO. Niza (Francia). 24-10-2015.

FABREGAS R. Tratamiento médico y quirúrgico. Curso pre-congreso de Patología Benigna del 2º Congreso Español de la mama. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Madrid (España). 22-10-2015.

FABREGAS R. Tratamiento. Curso pre-congreso de Patología Benigna del 2º Congreso Español de la mama. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Madrid (España). 22-10-2015.

PARERA N. En que hem innovat en anticoncepció? L'aportació de Nuvaring. Curs d'actualització en endocrinologia ginecològica. Institut Català de la Salut. Sabadell (España). 27-10-2015.

PARERA N. Estado actual de la anticoncepción en jóvenes. XX Congreso de la Sociedad Vasca de Contracepción. Pamplona (España). 30-10-2015.

REDON S. A determinar. Taller Teórico práctico de Desirial. Toledo (España). 23-10-2015.

TRESSERRA F. Histología. Curso pre-congreso de Patología Benigna del 2º Congreso Español de la mama. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Madrid (España). 22-10-2015.

TRESSERRA F. Citología y anatomía patológica. Curso pre-congreso de Patología Benigna del 2º Congreso Español de la mama. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Madrid (España). 22-10-2015.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ABULI A. Utilidad del test de portadores en Medicina Reproductiva. Curso Exel MSD - En proceso hacia la excelencia en reproducción asistida. Barcelona (España). 8-10-2015.

ALVAREZ M. Datos epidemiológicos de la esterilidad. Curso Exel MSD - En proceso hacia la excelencia en reproducción asistida. Barcelona (España). 8-10-2015.

ALVAREZ M. Revisión bibliográfica artículo internacional. Curso Exel MSD - En proceso hacia la excelencia en reproducción asistida. Barcelona (España). 8-10-2015.

BARRI PN. Epidemiología de la esterilidad. Curso Exel MSD - En proceso hacia la excelencia en reproducción asistida. Barcelona (España). 8-10-2015.

BARRI PN, TUR R, MARTINEZ F, COROLEU B. Salud reproductiva a partir de los 40, cuidados y prevención. 2º Congreso de Salud, Bienestar y Empresa para la mujer directiva y empresaria - Women 360o Congress. ESADE. Barcelona (España). 15-10-2015.

BARRI PN, COROLEU B, MARTINEZ F. Luteal-phase stimulation. 11th Congress of the European Society of Gynecology. Praga (República Checa). 21-10-2015.

CARRASCO B. Utilidad del Embryoscope: realidad o ficción. Curso Exel MSD - En proceso hacia la excelencia en reproducción asistida. Barcelona (España). 8-10-2015.

CLUA E. Donación de ovocitos / embriones. Curso Exel MSD - En proceso hacia la excelencia en reproducción asistida. Barcelona (España). 8-10-2015.

COROLEU B. New perspectives in COS with a sustained release follicle

stimulant to clinical practice.

Simposium MSD (dentro del Congreso Portugués de Reproducción). Sociedad Portuguesa de Medicina de la Reproducción. Guimaraes (Portugal). 17-10-2015.

COROLEU B. Transferencia embrionaria. ¿La gran olvidada?. III Jornada de controversias en endocrinología reproductiva. Laboratorios Ferring. Barcelona (España). 15-10-2015.

COROLEU B. Factores mecánicos. I Foro de debate de receptividad endometrial e implantación. Laboratorios Angelini. Alcala de Henares (España). 2-10-2015.

COROLEU B, DOSOUTO C, ALVAREZ M, BARRI PN. LH vs HCG como suplemento de la actividad LH durante la estimulación ovárica. 1er Workshop en estimulación ovárica. Campus SEF. Alicante (España). 30-10-2015.

COROLEU B, MARTINEZ F, TUR R, DEVESA M, BARRI PN. Un salto hacia el futuro en la estimulación ovárica. Curso Exel MSD - En proceso hacia la excelencia en reproducción asistida. Barcelona (España). 8-10-2015.

DEVESA M. FIV en edad avanzada. III Jornada de controversias en endocrinología reproductiva. Laboratorios Ferring. Barcelona (España). 15-10-2015.

MARTINEZ F. Estimulación en donantes de ovocitos. IX Jornadas de Reproducción Humana. Centro Gutenberg. Malaga (España). 2-10-2015.

MARTINEZ F. Biomarcadores de reserva ovárica y optimización de la estimulación en FIV. Curso Exel MSD - En proceso hacia la excelencia en reproducción asistida. Barcelona (España). 8-10-2015.

MARTINEZ F, COROLEU B. Antagonistas GnRH. Curso Exel MSD - En proceso hacia la excelencia en reproducción asistida. Barcelona (España). 8-10-2015.

PARRIEGO M. Factores predictivos de éxito en el screening genético preimplantacional. Curso Exel MSD - En proceso hacia la excelencia en reproducción asistida. Barcelona (España). 8-10-2015.

PEREZ A. Uso de Elonva en un programa de donación de ovocitos. Curso Exel MSD - En proceso hacia la excelencia en reproducción asistida. Barcelona (España). 8-10-2015.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

UBEDA B. Procesos inflamatorio-Diagnostico - diagnóstico diferencial por imagen. Curso pre-congreso de Patología Benigna del 2º Congreso

Español de la mama. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Madrid (España). 22-10-2015.

UBEDA B. Procesos papilares - Diagnostico por imagen. Curso pre-congreso de Patología Benigna del 2º Congreso Español de la mama. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Madrid (España). 22-10-2015.

UBEDA B. Lesiones grandes simuladoras - Dudas por imagen. Curso pre-congreso de Patología Benigna del 2º Congreso Español de la mama. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Madrid (España). 22-10-2015.

NOVIEMBRE

SERVICIO DE OBSTETRICIA

COMAS C. Non invasive genetic testing | Sate of the art. Curso pre-congreso del 12th World Congress of Perinatal Medicine. Madrid (España). 3-11-2015.

COMAS C. Test no invasivo; certezas y controversias. ¿Qué debe saber el clínico?. 42 Symposium Internacional en Medicina Maternofetal 2.0. Barcelona (España). 19-11-2015.

MELER E. Versión cefálica externa. 11ª Jornada de Enfermería en Medicina Maternofetal 2.0. Barcelona (España). 20-11-2015.

MULA R. Riesgo de preeclampsia. 11ª Jornada de Enfermería en Medicina Maternofetal 2.0. Barcelona (España). 20-11-2015.

SERRA B. Choosing a tocolytic agent. 12th World Congress of Perinatal Medicine. Madrid (España). 3-11-2015.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

BARRI SOLDEVILA P. Tratamiento laparoscópico de endometriosis profunda. Curso de endometriosis profunda. Hospital Fundació Sanitaria de Igualada. Igualada (España). 18-11-2015.

FOURNIER S, DOSOUTO C. Reparaciones de desgarros perineales. Taller de procedimientos obstetricos, dentro del marco del 42 Symp Internacional. Barcelona (España). 19-11-2015.

RODRIGUEZ A. Colocación del pesario. Taller de procedimientos obstétricos, dentro del marco del 42 Symp Internacional. Barcelona (España). 19-11-2015.

SANS NURIA. Sexualidad después del parto. 11ª Jornada de Enfermería en Medicina Maternofetal 2.0. Barcelona (España). 20-11-2015.

SERRA B. Colocación del cerclaje. Taller de procedimientos obstétricos, dentro del marco del 42 Symp Internacional. Barcelona (España). 19-11-2015.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ABULI A. Utilidad del test de portadores en medicina reproductiva. Curso Excel MSD – Seminario: En proceso hacia la excelencia en reproducción. Laboratorios MSD. Barcelona (España). 26-11-2015.

ABULI A. Asesoramiento genético en el Test Prenatal No Invasivo. Seminario Monográfico de la Sociedad Española de Asesoramiento Genético. Barcelona (España). 30-11-2015.

ABULI A. Asesoramiento genético. 11ª Jornada de Enfermería en Medicina Maternofetal 2.0. Barcelona (España). 20-11-2015.

ALVAREZ M. Revisión bibliográfica artículo internacional. Curso Excel MSD – Seminario: En proceso hacia la excelencia en reproducción. Laboratorios MSD. Barcelona (España). 26-11-2015.

ALVARO B. Biomarcadores de reserva ovárica. Importancia de la AMH. Curso Excel MSD – Seminario: En proceso hacia la excelencia en reproducción. Laboratorios MSD. Barcelona (España). 26-11-2015.

BARRI PN. Epidemiología de la esterilidad. Curso Excel MSD – Seminario: En proceso hacia la excelencia en reproducción. Laboratorios MSD. Barcelona (España). 26-11-2015.

BOADA M. La excelencia en el laboratorio. Reunion LIFE II - Stand Alone Meeting. MERCK SERONO. Madrid (España). 5-11-2015.

BUXADERAS R. El fallo de implantación, estado actual. Curso Excel MSD – Seminario: En proceso hacia la excelencia en reproducción. Laboratorios MSD. Barcelona (España). 26-11-2015.

CARRASCO B. Utilidad del Embryoscope: realidad o ficción. Curso Excel MSD – Seminario: En proceso hacia la excelencia en reproducción. Laboratorios MSD. Barcelona (España). 26-11-2015.

CLUA E. Donación de ovocitos / embriones. Curso Excel MSD – Seminario: En proceso hacia la excelencia en reproducción. Laboratorios MSD. Barcelona (España). 26-11-2015.

CLUA E. Cultura de l'anonimat en reproducció assistida. El dret a conèixer els orígens; reptes ètics i legals. Barcelona (España). 18-11-2015.

COROLEU B. Personalizando los tratamientos; lo que cada paciente necesita. Reunión LIFE II - Stand Alone Meeting. MERCK SERONO. Madrid (España). 5-11-2015.

COROLEU B, DEVESA M, MARTINEZ F, PARRIEGO M, BARRI PN. Cómo ayudar a

las mujeres con baja reserva ovárica?. 56th Brazilian Congress of Gynecology and Obstetrics FEBRASGO. Brasilia (Brasil). 12-11-2015.

COROLEU B, BARBED C, MARTINEZ F, BARRI PN. Particularidades en los protocolos de estimulación en pacientes con endometriosis. 56th Brazilian Congress of Gynecology and Obstetrics FEBRASGO. Brasilia (Brasil). 12-11-2015.

COROLEU B, MARTINEZ F, TUR R, DEVESA M, BARRI PN. Un salto hacia el futuro en la estimulación ovárica. Curso Excel MSD – Seminario: En proceso hacia la excelencia en reproducción. Laboratorios MSD. Barcelona (España). 26-11-2015.

DEVESA M. Preservación de la fertilidad. Curso Excel MSD – Seminario: En proceso hacia la excelencia en reproducción. Laboratorios MSD. Barcelona (España). 26-11-2015.

TUR R. Conferencia invitada. Curso práctico de Endocrinología Reproductiva basado en el caso. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona (España). 11-11-2015.

MARTINEZ F. Estimulación en fase lútea. VI Jornada de Endocrinología reproductiva “Rompiendo paradigmas”. Instituto Valenciano de Infertilidad. Madrid (España). 12-11-2015.

MARTINEZ F. Estimulación ovárica en fase lútea. Curso de Calahorra. Granada (España). 25-11-2015.

PARRIEGO M. Factores predictivos de éxito en el screening genético preimplantacional. Curso Excel MSD – Seminario: En proceso hacia la excelencia en reproducción. Laboratorios MSD. Barcelona (España). 26-11-2015.

PARRIEGO M. Embryo biopsy. Transitioning from cleavage to blastocyst. PGS Global Symposium. Praga (Checoslovaquia). 6-11-2015.

PEREZ A. Novedades en estimulación ovárica en un programa de donación de ovocitos. Curso Excel MSD – Seminario: En proceso hacia la excelencia en reproducción. Laboratorios MSD. Barcelona (España). 26-11-2015.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

HERETER L. Ecografía 2D. Optimización del ecógrafo y trucos de manejo. Congreso Internacional en Ultrasonografía en ginecología. Lima (Perú). 19-11-2015.

HERETER L. Ecografía intervencionista en ginecología: aplicaciones y utilidad. Congreso Internacional en Ultrasonografía en ginecología. Lima (Perú). 19-11-2015.

HERETER L. Diagnóstico y actitud ante los quistes uniloculares en la menopausia. Congreso Internacional en Ultrasonografía en ginecología. Lima (Perú). 19-11-2015.

HERETER L. Diagnóstico ecográfico de la patología anexial: hidrosalinx, abscesos, anexitis. Congreso Internacional en Ultrasonografía en ginecología. Lima (Perú). 19-11-2015.

HERETER L. Valoración ecográfica del útero y su patología. Congreso Internacional en Ultrasonografía en ginecología. Lima (Perú). 19-11-2015.

HERETER L. Valoración ecográfica del endometrio. Patología benigna y maligna. Congreso Internacional en Ultrasonografía en ginecología. Lima (Perú). 19-11-2015.

HERETER L. Diagnóstico de la patología del suelo pélvico. Congreso Internacional en Ultrasonografía en ginecología. Lima (Perú). 19-11-2015.

HERETER L. Diagnóstico del embarazo ectópico. Congreso Internacional en Ultrasonografía en ginecología. Lima (Perú). 19-11-2015.

HERETER L. Anatomía de los órganos pélvicos desde el punto de vista ecográfico. Congreso Internacional en Ultrasonografía en ginecología. Lima (Perú). 19-11-2015.

HERETER L. **Patología ovárico benigna del ovario.** Congreso Internacional en Ultrasonografía en ginecología. Lima (Perú). 19-11-2015.

PASCUAL MA. **Diagnóstico ecográfico de la torsión de ovario.** Congreso Internacional en Ultrasonografía en ginecología. Lima (Perú). 19-11-2015.

PASCUAL MA. **Consensus IOTA.** Congreso Internacional en Ultrasonografía en ginecología. Lima (Perú). 19-11-2015.

PASCUAL MA. **Worksession IOTA.** Congreso Internacional en Ultrasonografía en ginecología. Lima (Perú). 19-11-2015.

PASCUAL MA. **QME (test) Certification.** Congreso Internacional en Ultrasonografía en ginecología. Lima (Perú). 19-11-2015.

PASCUAL MA. **Ecografía 3D. Conceptos básicos.** Congreso Internacional en Ultrasonografía en ginecología. Lima (Perú). 19-11-2015.

PASCUAL MA. **Endometriomas y endometriosis profunda. Diagnóstico ecográfico.** Congreso Internacional en Ultrasonografía en ginecología. Lima (Perú). 19-11-2015.

PASCUAL MA. **Patología funcional del ovario.** Congreso Internacional en Ultrasonografía en ginecología. Lima (Perú). 19-11-2015.

PASCUAL MA. **Diagnóstico ecográfico de la mujer estéril.** Congreso Internacional en Ultrasonografía en ginecología. Lima (Perú). 19-11-2015.

PASCUAL MA. **Papel de la ecografía en el cáncer de ovario.** Screening y diagnóstico. Congreso Internacional en Ultrasonografía en ginecología. Lima (Perú). 19-11-2015.

DICIEMBRE

SERVICIO DE OBSTETRICIA

COMAS C. **Cribatge d'aneuploidies comunes mitjancant DNA fetal lliure.** Curs de genètica aplicada a medicina fetal per a residents. Acadèmia de les Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Barcelona (España). 4-12-2015.

SERRA B. **What is done, necessary in prenatal care in low, medium and high resourced countries?.** Workshop on future challenges of maternal-fetal health care. Berlín (Alemania). 4-12-2015.



4. Comunicaciones y pósters

- 4.1. Servicio de Obstetricia
- 4.2. Servicio de Ginecología
- 4.3. Servicio de Medicina de la Reproducción
- 4.4. Servicio de Diagnóstico Ginecológico por Imagen

4. Comunicaciones y pósters

El Departamento apoya toda la producción científica de sus miembros que se presenta a los diferentes actos científicos de la especialidad. Se facilita su asistencia subvencionando la inscripción, desplazamiento y alojamiento, en caso de que fuera necesario.

La Cátedra de Investigación en Obstetricia y Ginecología (CIOG) es el órgano que garantiza la calidad de la producción científica del Departamento, de modo que tanto comunicaciones como pósters pasan un estricto control de calidad antes de ser presentados a los diferentes actos científicos (congresos, symposiums...) de la especialidad.

SERVICIO DE OBSTETRICIA

BARBANY N, FOURNIER S, TORRENTS M, BARBED C, ECHEVARRIA M, COMAS C.

Póster. Reducción fetal selectiva; nuestra experiencia en los últimos 25 años. Resultados perinatales. 33 Congreso Nacional de la SEGO. Bilbao (ES). 17-6-2015.

CAPDEVILA E, RUIZ L, LORENTE B, NEGUILLO JA, RODRIGUEZ I, BARBANY N, PALACIN E, SERRA B, MOLINA V. *Póster.* Presentación del protocolo de estudio del dolor mamario en la mujer lactante. VII Congreso Español Lactancia Materna. Bilbao (ES). 25-2-2015.

COCO A, FOURNIER S, BARBANY N, COMAS C. *Póster.* Obesidad y embarazo. 33 Congreso Nacional de la SEGO. Bilbao (ES). 17-6-2015.

COMAS C, ECHEVARRIA M, RODRIGUEZ I, SERRA B. *Póster.* Cell-free fetal DNA as a risk factor for fetal growth

anomalies. 12th World Congress of Perinatal Medicine. Madrid (ES). 3-11-2015.

ECHEVARRIA M, COMAS C, RODRIGUEZ I, SERRA B. *Póster.* Cell-free DNA as a predictor for preeclampsia. 14th World Congress in Fetal Medicine. Creta (GR). 21-6-2015.

MELER E, PEREA V, SESMILO G, RODRÍGUEZ-MELCON A, RODRIGUEZ I, SERRA B. *Póster.* Maternal fasting hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. The 8th International Symposium on Diabetes, Hypertension, Metabolic Syndrome and Pregnancy. DIP. Berlin (AL). 15-4-2015.

TARES LL, RUIZ L, CAPDEVILA E, PALACIN E, LORENTE B, MOLINA V. *Póster.* Complejidad en instaurar un protocolo de mastitis en un hospital universitario. VII Congreso Español Lactancia Materna. Madrid (ES). 25-2-2015.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

BARO F, CORNELLANA MJ, GARCIA, LOSA F, MARTINEZ M, ROCA B, RUIZ E, KHARTCHENKO E. *Póster.* Sexuality aspects in menopause woman of Catalonia and comparative with other auton communit of Spain. 10th European Congress on Menopause and Andropause. Madrid (ES). 20-5-2015.

BARO F, GARCIA PAS, CORNELLANA MJ, MARTINEZ M, LOSA F, KHARTCHENKO E. *Comunicación Oral.* Terapia hormonal relacionada con la salud en la mujer menopausica. 33 Congreso Nacional de la SEGO. Bilbao (ES). 17-6-2015.

CASTELLA M, TRESSERRA F, FABRA G, DOMINGUEZ MA, FDEZ.-CID C, MARTINEZ MA. *Comunicación Oral.* Punció aspiració amb agulla fina en patologia mamaria: avaluació de l'utilització de la citologia líquida. IX Congrés Català de Citopatologia. Palma de Mallorca (ES). 29-5-2015.

CUSIDO MT, FARGAS FR. *Póster.* Impact of the surgery in the evolution of the uterine sarcomas. 19th International Meeting of the ESGO. Niza(FR). 24-10-2015.

FABRA G. *Póster.* Fibromarosis mamaria asociada a protesis; rueda anual de

casos de la Societat Catalana de Decitopatologia. IX Congrés Català de Citopatologia. Palma de Mallorca (ES). 29-5-2015.

GARCIA GALL, DEVESA M, BAULIES S, FARGAS FR, ARA C, COROLEU B, CUSIDO MT. *Póster*. Preservación de la fertilidad en el cáncer de mama: análisis de los tiempos de tratamiento. 2º Congreso Español de la mama. Madrid (ES). 22-10-2015.

IZQUIERDO M, TRESSERRA F, RODRIGUEZ I, FABREGAS R. *Póster*. Reability of Ki67 value according to histological grade and hormone status. 14th St Gallen International Breast Cancer Conference. Viena (AS). 17-3-2015.

IZQUIERDO M, RODRIGUEZ I, TRESSERRA F, FABREGAS R. *Póster*. How to reduce Ki67 variability jointly evaluating histological grade. Breast Cancer Symposium. San Francisco (US). 25-9-2015.

LI LIAO N, BAULIES S, FABREGAS R, ARA C, CUSIDO MT. *Póster*. Sarcoma de mama; a propósito de un caso. 33 Congreso Nacional de la SEGO. Bilbao (ES). 17-6-2015.

MALLAFRE Mon, BAULIES S, GARCIA GALL, ARA C, IZQUIERDO M, FABREGAS R, CUSIDO MT. *Póster*. Fisioterapia en cirugía oncológica. 2º Congreso

Español de la mama. Madrid (ES). 22-10-2015.

MARCO V, GARCIA F, RUBIO I, SOLER T, FERRAZA L, ANDREU J, MENDEZ I, ROIG I, TRESSERRA F. *Póster*. Adenoid cystic carcinoma and basaloid salivary-like tumors of the breast. A clinicopathologic study. USCAP Annual Meeting 2015. Boston (US). 21-3-2015.

MARCO LAURA, MURCIANO MJ, BAULIES S, DEVESA M, FABREGAS R, CUSIDO MT. *Póster*. Fertilidad y asesoramiento a la paciente en el cáncer de mama. 2º Congreso Español de la mama. Madrid (ES). 22-10-2015.

MALLAFRE A, ARA C, TRESSERRA F, BAULIES S, FABREGAS R, CUSIDO MT. *Póster*. Enfermedad de Paget Mamaria: descripción de 21 casos. 2º Congreso Español de la mama. Madrid (ES). 22-10-2015.

MARTINEZ MA, BAULIES S, MOLINA-VILA MA, BERTRAN-ALAMILLO J, GONZALEZ CAO M, GONZALEZ X, VITERI S, KARACHALIOU N. *Póster*. Non-disruptive P53 mutations are associated with poor progression-free survival (PFS) in resected breast cancer treated. ASCO 2015 Annual Meeting. Chicago (US). 29-5-2015.

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

MARTINEZ MA. *Póster*. Punción aspiración con aguja fina en patología mamaria | evaluación de la utilización de citología líquida. IX Congrés Català de Citopatologia. Palma de Mallorca (ES). 29-5-2015.

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

ABULI A, LATRE L, BOADA M, CLUA E, RODRIGUEZ-SANTIAGO B, ARMENGOL L, COROLEU B, BARRI PN, VEIGA A. *Póster*. Implementación de un nuevo test genético para el cribado ampliado de portadores de enfermedades genéticas recesivas. VIII Congreso ASEBIR. San Sebastián (ES). 18-11-2015.

BARBED C, MARTINEZ F, PARRIEGO M, SOLÉ M, RODRIGUEZ I, COROLEU B. *Póster*. Comparative results of PGS cycles in patients needing two or three stimulations to provide for sufficient for PGS. 31st Annual Meeting of the ESHRE. Lisboa (PO). 14-6-2015.

COLL LI, VENDRELL JM, PARRIEGO M, MATEO S, RODRIGUEZ I, MARTINEZ F, BOADA M, COROLEU B, BARRI PN. *Póster*. Improved clinical outcomes of IVF-ICSI cycles with preimplantation genetic screening by CGH. 31st Annual Meeting of the ESHRE. Lisboa (PO). 14-6-2015.

DE LA CRUZ C, ARROYO G, RODRIGUEZ E, GOMEZ F, MARTINEZ F, VEIGA A,

BOADA M. *Póster.* Predictibilidad de formación de blastocisto en D+3 y D+4 - análisis de 2 sistemas de clasificación embrionaria. VIII Congreso ASEBIR. San Sebastián (ES). 18-11-2015.

MATEO S, VIDAL F, MONTALVO V, PARRIEGO M, RODRIGUEZ I, VEIGA A, BOADA M. *Póster.* Análisis cromosómico mediante arrays de CGH de embriones procedentes de cigotos monopronucleares post-ICSI. VIII Congreso ASEBIR. San Sebastián (ES). 18-11-2015.

MATEO S, VIDAL F, PEREZ V, RODRIGUEZ I, BARRI PN, BOADA M. *Póster.* Monopronucleated ICSI zygotes| In Vitro development and morphokinetic evaluation. 31st Annual Meeting of the ESHRE. Lisboa (PO). 14-6-2015.

PEREZ A, MARTINEZ F, CLUA E, RODRIGUEZ I, COROLEU B. *Póster.* Utilización de corifolitropina alfa en el tratamiento de estimulación en donantes. 6th International IVI Congress. Alicante (ES). 23-4-2015.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO POR IMAGEN

NAVARRO B, VIZCAYA S, TERREL F, UBEDA B, CASAS L, FUERTES I. *Póster.* Comparacion de la elastografia cualitativa y cuantitativa en la diferenciacion entre lesiones mamarias

benignas y malign.
2º Congreso Español de la mama. Madrid (ES). 22-10-2015.

VIZCAYA S, NAVARRO B, UBEDA BELEN, TERREL F, CASAS L, BROWNE J. *Póster.* Valor de las diferentes técnicas de imagen en la respuesta a QTNA en CMLA y su relacion con factores pronóstico intrinss. 2º Congreso Español de la mama. Madrid (ES). 22-10-2015.



PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL DOLOR MAMARIO EN LA MUJER LACTANTE

Capdevila E¹, Ruiz L¹, Lorente B¹, Neguillo J¹, Rodríguez I¹, Barbany N¹, Palacin E¹, Serra B¹, Soler M¹, Molina V¹ y Grupo de estudio de las mastitis.

Grupo de estudio de las mastitis: Asturgó A², Barbany N³, Capdevila E¹, Carraso C¹, Casas M¹, Coco A³, Cuevas J³, Farrero N¹, Lorente B¹, Meier E¹, Molina V¹, Mula R², López M¹, Neguillo JA¹, Palacin E¹, Porta R¹, Riba M¹, Rodríguez A², Rodríguez I¹, Ruiz L¹, Serra B¹, Soler M¹, Taniés L¹.

¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Ginecología, ³Servicio de Urgencias, ⁴Servicio de Epidemiología, ⁵Servicio de Microbiología.

HOSPITAL UNIVERSITARI QUIRON DEXEUS BARCELONA
VIII CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA MATERNA BILBAO

Antecedentes y objetivos
La mastitis es uno de los problemas que más influyen sobre la lactancia. El diagnóstico clínico y microbiológico está variando últimamente. Existen estudios microbiológicos sobre el tema pero más difícil es encontrar estudios en los que se aborden conjuntamente la microbiología, la clínica, y la asistencia a la lactancia. Por ello se ha diseñado un protocolo de estudio de las mastitis que consiste en un circuito de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes con dolor mamario.

Material y métodos
El protocolo se ha trabajado en un centro hospitalario de nivel IIIA. Se ha diseñado un circuito que implica a los Servicios de Obstetricia, Pediatría, Urgencias, Microbiología, Epidemiología y la Unidad de lactancia como equipo multidisciplinar. El circuito propuesto consiste en: la remisión de madres con dolor mamario a Urgencias de Obstetricia donde se cursa cultivo de leche y se pauta tratamiento. Posteriormente se remite a la Unidad de lactancia del Servicio de Pediatría para valoración de la posición al pecho. Se han preparado 4 registros de datos con 4 formularios a pasar al binomio madre niño. Se realiza un seguimiento clínico posterior.

Resultados
A nivel asistencial se recogen datos epidemiológicos y datos referentes a la sintomatología y la exploración física materna y del recién nacido. Se registra el tratamiento administrado. Se recogen los resultados de los cultivos de la leche materna y las resistencias antibióticas. Se realiza valoración de la posición al pecho del lactante y posterior seguimiento clínico y de respuesta al tratamiento. Se obtendrán además una serie de indicadores, así como la tasa de abandono de la lactancia materna debido a mastitis y la tasa de lactancia materna a los 3 meses de las mastitis.

Conclusiones
El protocolo plantea una forma de trabajo multidisciplinar a favor de la lactancia materna con lo que se generan una serie de dificultades a solventar progresivamente con una prueba piloto de aproximadamente un año. En la actualidad se inicia la puesta en marcha definitiva. Se observa una mayor atribución de importancia a las mastitis en espera de comprobar una mayor respuesta al tratamiento.



Bibliografía

1. World Health Organization. Healthy Babies and Mothers. Publication Number WHO/DC/CIP/08.11. World Health Organization, Geneva, 2008.
2. Norman R, Drake F, Clarke B, et al. Lactation Inhibitor: Occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. Am J Epidemiol 2001;153:103-114.
3. Jure D, Vukobratovic L, Ljubicic J, et al. A descriptive study of mastitis in lactating women: incidence and determinants. BMC Public Health 2002;2:42.
4. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 4 al 8 de noviembre de 2007 en Hospitalet del Llobregat, Barcelona, 2008.
5. Espigado S, Armon A, Serrano E, Fernández L, Rodríguez M. Mastitis infecciosa durante la lactancia: un problema infradiagnosticado [J]. Acta Pediatr Esp. 2009; 47(3): 47-51.
6. Zamboni E, Capogno S, Armon A, Fernández L, Rodríguez M. Mastitis infecciosa durante la lactancia: un problema infradiagnosticado [J]. Acta Pediatr Esp. 2009; 47(3): 47-51.
7. Carrasco MR. Plan de lactancia estandarizado de la mastitis purpurante. Neon Investigando 2012;94.
8. Varela R, Carrero L. Actualización en el manejo de las mastitis infecciosas durante la lactancia materna. Neon Clin Med Fam 2012;9:112-9.



Objetivos del protocolo
1. Mejorar el diagnóstico
2. Realizar cultivos de leche materna
3. Mejorar la posición al pecho
4. Mejorar el tratamiento
5. Realizar el seguimiento clínico

Detalles técnicos
• Aprobado por el Comité de Ética del Hospital
• Documento de Consentimiento Informado
• Publicación de estudio: madres de origen interno y externo
• Prueba piloto Junio 2013- Diciembre 2014

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE MASTITIS EN LA LACTANCIA MATERNA

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN A LAS PACIENTES

El estudio de prevalencia de mastitis en la lactancia materna se realizará en el Hospital Quirón Dexeus de Barcelona entre el 1 de junio de 2013 y el 31 de diciembre de 2014. Este estudio tiene como objetivo principal conocer la prevalencia de mastitis en las mujeres que están dando el pecho a su bebé en el Hospital Quirón Dexeus de Barcelona en el periodo de tiempo que se indica.

Este estudio se llevará a cabo en un entorno de confianza y de respeto a la privacidad de las pacientes. La información que se recopile será utilizada únicamente para el estudio y no se compartirá con terceros. Todas las preguntas serán respondidas de manera satisfactoria. Si tiene alguna duda o pregunta, no dude en contactar con el equipo de investigación.

1. La prevalencia de mastitis infecciosa en nuestra población.
2. La prevalencia de mastitis infecciosa en nuestra población.
3. La prevalencia de mastitis infecciosa en nuestra población.

El estudio de prevalencia de mastitis en la lactancia materna se realizará en el Hospital Quirón Dexeus de Barcelona entre el 1 de junio de 2013 y el 31 de diciembre de 2014. Este estudio tiene como objetivo principal conocer la prevalencia de mastitis en las mujeres que están dando el pecho a su bebé en el Hospital Quirón Dexeus de Barcelona en el periodo de tiempo que se indica.

CELL-FREE FETAL DNA AS A RISK FACTOR FOR FETAL GROWTH ANOMALIES

Comas Gabriel C, Echevarria Telleria M, Rodríguez García I, Serra Zantop B.

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

Introduction:

The recent discovery of high concentrations of fetal DNA in maternal plasma in several abnormal fetomaternal conditions has led to new opportunities for clinical application. Although the biological basis of this rise in concentration remains unclear, different hypothesis have been suggested. **Regarding fetal growth anomalies, the poor trophoblastic perfusion generating oxidative stress and release of factors into maternal circulation has led to the exploration of using plasma cell-free fetal DNA (cfDNA) as an early marker of placental dysfunction.** Moreover, to make possible to early intervene to prevent some of these conditions, there is a need for early detectable markers that respond to the pathophysiology involved, in order to predict those patients who will develop those conditions in the early stages of the pregnancy.

Objective:

The aim of this study is to explore whether in pregnancies that are complicated by fetal growth anomalies fetal fraction (FF) of cfDNA in maternal plasma at early gestation is altered and if this measurement is useful in the prediction of this pregnancy complication.

Methods:

This is an observational prospective study of singleton pregnancies that underwent advanced prenatal screening for fetal trisomies through cfDNA, Panorama™ Test (Natera) or Harmony™ Prenatal Test (Ariosa Diagnostics), from January 2013 to March 2015. **Small for gestational age (SGA) (birth weight <10th centile) and macrosomia (birth weight >4000gr) were considered as fetal growth anomalies.** Chromosomal anomalies and uncompleted follow-up pregnancies were excluded. Descriptive data are presented. The measured FF was log₁₀ transformed to make the distribution Gaussian. Regression analysis was used to examine the significance of the association between log₁₀ FF and maternal (maternal age, body mass index -BMI-, parity, conception by reproduction technique, tobacco consume, race) and fetal characteristics (gestational age).

Results:

The cohort included 461 pregnancies with a mean maternal age of 37 years (range 22-47) that underwent testing at a mean gestational age of 14.2 weeks (range 10-23). Regarding the indication, 80% were low-risk pregnancies. The average FF was 12.8% (range 3.5-27.9). High risk, low risk, redraw rate were 0.9%, 97.6% and 1.1%, respectively. No results were provided in 2 cases (0.4%). There was a significant correlation between log₁₀ FF and BMI ($r=-0.327$, $p<0.001$), but not with other factors. Rates of 8% of SGA and 3.3% of macrosomia were observed.

FF was significantly higher in pregnancies that developed SGA, although this difference disappeared when correcting by BMI. FF tended to be higher in macrosomic fetuses, although with no statistically significance.

- n=461
- Mean MA 37 years (22-47)
- Mean GA 14 weeks (10-23)
- 80% low risk pregnancies
- Mean FF 12.8% (3.5-27.9)
- Screening results for trisomies:
 - 0.9% high risk
 - 97.6% low risk
 - 1.1% redraw rate
 - 0.4% no results
- Fetal growth anomalies:
 - 8% SGA
 - 3.3% macrosomia

Outcome	n (%)	FF (median, interquartile range)			OR	95% CI
		%	MoM log FF	MoM log FF **		
SGA	36 (8%)	14.6 (10.15-18.3)	1.16 (1.01-1.26)*	1.02 (1.0-1.04)	1.094	1.015-1.178
No SGA	414 (92%)	12.5 (9.6-15.5)	1.10 (0.98-1.19)	1.01 (0.99-1.03)		
Macrosomia	15 (3.3%)	13.8 (8.4-16.2)	1.14 (0.92-1.21)	0.99 (0.95-1.0)	0.980	0.866-1.109
No macrosomia	435 (96.7%)	12.6 (9.6-15.5)	1.10 (0.98-1.19)	1.01 (0.99-1.03)		

*p<0.05

** corrected by BMI

SGA: Small for Gestational Age; FF: Fetal Fraction; MoM: Multiple of the Median; OR: Odds Ratio; CI: Confidence interval

Maternal fasting glycemia and adverse pregnancy Outcomes in a Mediterranean population

Meler E., Perea V., Sesnilo G., Rodríguez-Melcón A., Rodríguez I., Serra B.
Dexeus, Salut de la Dona. Institut Universitari Quirón Dexeus, Barcelona.
Endocrinology, Institut Universitari Quirón Dexeus, Spain;

Introduction

The **HAPO study** demonstrated a continuous association of fasting maternal glucose levels (FPG) and the diagnosis of diabetes and increased birth weight. However, **no Mediterranean countries** were represented in the study.

We aimed to investigate whether the same association can be found in a population of pregnant women from Catalonia, Spain.

Materials and Methods

Retrospective analysis of **5044 consecutive** pregnancies all over 10 years. Only patients with a FPG in the 2nd trimester (22.0-26.0 weeks) in our lab records were included.

Exclusion criteria: gestational diabetes, pregestational diabetes, twin pregnancies and pregnancies from IVF. Patients with FPG >120 mg/dL.

Each measure of glycemia was divided into 7 categories:

Maternal outcomes: primary cesarean delivery, gestational hypertension disease (Gestational hypertension and Preeclampsia).

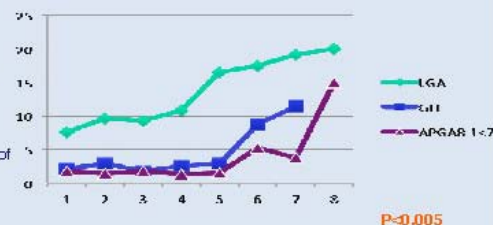
Perinatal outcomes: birthweight (BW) above the 90th centile for gestational age (LGA), macrosomia (BW > 4000g), prematurity when gestational age at delivery <37.0 w and APGAR at 1 minute <7.

Group	1	2	3	4	5	6	7	8
Glycemia (mg/dL)	<75	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99	100 - 105	>105

Results

Mean maternal age 33.7 (SD 3.79)
Mean maternal BMI at 6 w 22.9 Kg/m² (SD 3.54)
Mean maternal FPG 79 mg/dL (SD 0.7)

No correlation was found between FPG and rate of C-section, prematurity or macrosomia.




In a multivariate logistic regression analysis, when incorporating maternal age, BMI and tobacco, FPG remained significantly associated with LGA with an OR of 1.99 (95% CI 1.34-2.94) for a FPG of 90-94 mg/dL and 2.08 (95% CI 1.01-4.31) for FPG of 95-99.

Conclusions

We found an association of fasting maternal glucose levels in patients with no diagnosis of gestational diabetes and adverse maternal and neonatal outcomes in a Mediterranean population

References

Hyperglycemia and adverse Pregnancy Outcomes. The HAPO Study Cooperative Research Group. *N Engl J Med* 358; 19: May 8, 2008



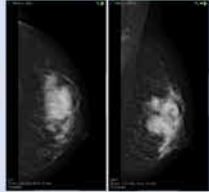

33 CONGRESO NACIONAL S.E.G.O. 2015

BILBAO

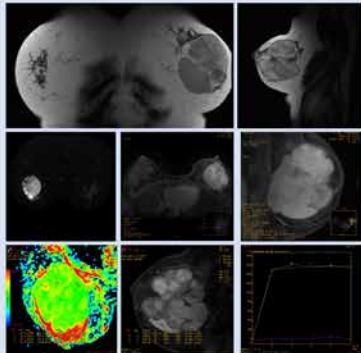
Sarcoma de mama

LI, N; Baulies, S; Fábregas, R; Ara, C; Cusidó, M
 Departamento de Obstetricia, Ginecología y Medicina reproductiva
 Hospital Universitario Quirón-Dexeus

El **sarcoma de mama** es un tipo histológico que proviene del tejido mesenquimal de la mama y tiene una incidencia anual de 4,6 casos/1.000.000 de mujeres. Puede presentarse de forma primaria o secundaria a radioterapia o linfedema crónico. La afectación ganglionar es infrecuente y el tratamiento de elección es la cirugía con márgenes de resección libres.

Filiación	<ul style="list-style-type: none"> • 41 años • Antecedentes: fibroadenoma en mama izquierda 	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> Mamografía  </div> <div style="text-align: center;"> Ecografía mamaria  </div> </div> <p style="font-size: x-small; margin-top: 5px;">Citología: Tejido conectivo-adiposo</p>
Motivo de consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del tamaño del fibroadenoma 	
Exploración física	<ul style="list-style-type: none"> • Nódulo retroareolar de 7cm bien delimitado y duro 	

Resonancia Magnética Nuclear



Biopsia

Sarcoma de células fusiformes de bajo grado en tumor Filodes



↓

TAC toraco-abdominal sin evidencia de patología

↓


Tratamiento

Mastectomía izquierda + reconstrucción

Tras dos años y medio de seguimiento estricto, la paciente refiere una zona endurecida por encima de la cicatriz de mastectomía que las pruebas de imagen informan de nódulo heterogéneo a nivel cutáneo coincidiendo con la cicatriz. Se decide realizar una exéresis de la lesión, con resultado histológico de sarcoma de células fusiformes. Con el diagnóstico de recidiva, se procedió a completar el tratamiento quirúrgico con una ampliación de márgenes reseccando músculo pectoral y la retirada de la prótesis mamaria.

Ecografía mamaria (recidiva)



Discusión

El sarcoma de mama es una entidad de muy baja frecuencia pero agresivo. La afectación ganglionar es infrecuente por lo que la cirugía será el tratamiento de elección. El tamaño tumoral y los márgenes de resección libres son los factores pronóstico más importantes. El papel de la radioterapia y quimioterapia es controvertido debido a la falta de estudios randomizados al respecto. La radioterapia podría ser útil en tumores de gran tamaño (>5cm) y alto grado, disminuyendo la tasa de recidivas locorreionales; mientras que la quimioterapia adyuvante podría aplicarse con las mismas indicaciones aunque con menor eficacia demostrada, por lo que se individualizará su uso. En nuestro caso, la cirugía inicial mediante mastectomía y el conseguir márgenes de resección libres nos permitió no realizar tratamiento adyuvante; en cambio, tras el diagnóstico de recidiva local se planteó realizar radioterapia adyuvante aunque no haya suficiente evidencia con respecto a la tasa de supervivencia global. En cuanto a la estadificación, se realiza de forma independiente al resto de tumores de mama. Se recomienda un seguimiento estricto dado que el 80% de las recidivas tienen lugar en los primeros dos años.

FundaciónDexeus

www.dexeus.com

CÁTEDRA D INVESTIGACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

UHB

Universidad Autónoma de Barcelona

FERTILIDAD Y ASESORAMIENTO A LA PACIENTE EN EL CÁNCER DE MAMA

L.Marco (1), X. Murciano (1), S. Baulies (1), M. Devesa (2), F. Fábregas (1), M.Cusidó (1).

(1) Sección de Ginecología Oncológica y Patología de Mama. Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción.
 (2) Servicio de Medicina de la Reproductiva. Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción.
 Hospital Universitari Quirón-Dexeus. Barcelona.

Introducción:

Actualmente las mujeres retrasan su maternidad debido a los cambios sociales. Este factor, junto al hecho de que aproximadamente el 15% de los diagnósticos de cáncer de mama se realizan en pacientes menores de 45 años, hace que parte de ellas no hayan cumplido su deseo genésico. Preservar la fertilidad implica todas aquellas intervenciones médicas y/o quirúrgicas destinadas a proteger la fertilidad en una paciente cuya capacidad de ser madre se ve amenazada. Debe considerarse una consulta de urgencia previa al tratamiento oncológico ya que la amenaza de la pérdida de la capacidad reproductiva agrava el impacto psicológico. Se trata de un trabajo multidisciplinario (oncólogos, ginecólogos, enfermería...) en donde el papel de enfermería asume una importancia vital a la hora de organizar el planning terapéutico, informar y tranquilizar a la paciente, ya que la preservación de la fertilidad mejora la situación psicológica de las pacientes ante una enfermedad grave. Los avances en el tratamiento del cáncer de mama han conllevado un progreso de los tratamientos y a un aumento de la supervivencia. No obstante, la atención psicológica y las secuelas derivadas de los tratamientos oncológicos siguen sin tenerse demasiado en cuenta.

Material y métodos:

Se ha realizado un análisis de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama y que realizaron preservación de la fertilidad entre 2007 y 2015. Se describen sus características clínicas y oncológicas y el tratamiento elegido en función de éstas.

Resultados:

Entre 2007 y 2015, 270 pacientes fueron sometidas a en nuestro centro a preservación de la fertilidad, un 21% de ellas eran pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, la edad media de las pacientes fue 34,17 años (28-39). Un 70% de ellas criopreservaron ovocitos o embriones y el 30% restante tejido ovárico.

La criopreservación de ovocitos se realizó con una media de 2-3 semanas, y todo el proceso (desde el diagnóstico de malignidad al inicio del tratamiento oncológico) una media de 4 semanas. Si bien es cierto que la edad en el momento de la congelación es un factor determinante, se recomienda no superar los 38 años.



Conclusiones

Consideramos que las pacientes jóvenes diagnosticadas de cáncer de mama, pueden beneficiarse de una preservación de la fertilidad sin causar un retraso significativo en el inicio de su tratamiento oncológico, ni afectar de manera negativa en su pronóstico. Enfermería juega un papel muy importante en el cuidado integral de la paciente durante todo el proceso, por ello, los enfermeros deben conocer todos los tratamientos y protocolos de acción de los diferentes servicios, para poder hacer un buen seguimiento e identificar en todo momento las necesidades de la paciente.

4.3. SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO TEST GENÉTICO PARA EL CRIBADO AMPLIADO DE PORTADORES DE ENFERMEDADES GENÉTICAS RECESIVAS EN UN PROGRAMA DE DONACIÓN DE OVOCITOS

A. Abulí¹, L. Latre², M. Boada³, E. Clua³, B. Rodríguez-Santiago³, L. Armengol³, B. Coroleu², P.N. Barri², A. Veiga², X. Estivill¹⁻⁴ (en representación del grupo de trabajo sobre genética de la infertilidad)

1. Unidad de Medicina Genómica Personalizada, Dpto. Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Hospital Universitario Quirón-Dexeus, Barcelona 2. Servicio de Medicina de la Reproducción, Dpto. Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Hospital Universitario Quirón-Dexeus, Barcelona 3. qGenomics, Departamento I&D, Barcelona 4. Programa Bioinformática y Genómica, Centro de Regulación Genómica, Barcelona

INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL

El cribado actual de portadores de enfermedades genéticas en donantes de ovocitos incluye la evaluación del riesgo de transmisión de enfermedades hereditarias a partir de los antecedentes personales y familiares. La mayoría de los centros de reproducción asistida, incluyen también el cariotipo, el cribado mutacional dirigido del gen *CFTR* y el estudio de la premutación X-Frágil. Las tecnologías de secuenciación de nueva generación (NGS) han permitido ampliar el cribado genético para un elevado número de enfermedades con un coste económico razonable.

OBJETIVO

1. Desarrollar un nuevo test genético (test qCarrier) basado en tecnología de NGS para el cribado ampliado de enfermedades recesivas en el ámbito de la medicina reproductiva.
2. Implementación del test de cribado de portadores en nuestro programa de donación de ovocitos (DO).

MATERIAL Y MÉTODOS

La prueba cubre 200 genes (68 en análisis completo de secuencia y 132 con cribado dirigido de mutaciones conocidas) asociados a 185 enfermedades autosómicas recesivas (AR) y 11 ligadas al cromosoma X. El test ha sido desarrollado mediante tecnología de NGS y permite la caracterización de un amplio espectro de mutaciones (puntuales, indels, CNVs y reordenamientos). El test qCarrier se realiza a todas las candidatas a donante y a la pareja masculina de las receptoras de ovocitos. El estado de portador heterocigoto para una enfermedad AR no es motivo de exclusión como donante, pero implica la selección de una receptora cuya pareja masculina no sea portadora de la misma enfermedad. Se descartan del programa todas las candidatas a donante de ovocitos portadoras de una enfermedad ligada al cromosoma X.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La validación de la prueba mostró una elevada sensibilidad (>99%). Se ha efectuado el cribado ampliado de portadores a un total de 445 candidatas a donantes y un total de 587 parejas de receptoras. La implementación del test ha permitido identificar un 57% de pacientes/donantes portadores de al menos una mutación patogénica (Gráfico 1; Tabla 1).

Gráfico 1. Distribución de la frecuencia de portadores.



Tabla 1. Frecuencia de portador heterocigoto para las enfermedades estudiadas con mayor incidencia. Se han identificado portadores de 123 enfermedades genéticas diferentes.

Enfermedad (n= 1032)	Gen	Frecuencia qCarrier (1 en)	Frecuencia reportada (1 en)
Hiperplasia suprarrenal	<i>CYP21A2</i>	20	20
Sordera congénita (DFNB1)	<i>GJB2</i>	22	33
Galactosemia	<i>GALT</i>	26	40
Fiebre Mediterránea Familiar	<i>MEFV</i>	33	40
Fibrosis Quística*	<i>CFTR</i>	35	36
Atrofia muscular espinal	<i>SMN1</i>	36	47
Alfa-talasemia	<i>HBA1/HBA2</i>	39	48
Fenilcetonuria	<i>PAH</i>	40	49
Síndrome Smith-Lemli-Opitz	<i>DHCR7</i>	56	88
Poliquistosis renal AR	<i>PKHD1</i>	71	123

* Mutaciones asociadas al fenotipo clásico de fibrosis quística.

Tabla 2. Asignaciones donante-receptora con alto riesgo reproductivo. Se han identificado un 3% de asignaciones (15/500) con alto riesgo de enfermedad AR que ha requerido la asignación de una nueva donante.

Nº	Enfermedad	Gen
9	Fibrosis quística (clásica/no clásica)	<i>CFTR</i>
2	Hiperplasia suprarrenal congénita clásica	<i>CYP21A2</i>
1	Sordera congénita no síndromica (DFNB1)	<i>GJB2</i>
1	Alfa-talasemia	<i>HBA2</i>
1	Fiebre mediterránea familiar	<i>MEFV</i>
1	Enfermedad de Niemann-Pick	<i>SMPD1</i>

* Mutaciones patogénicas conocidas, no incluye VOUS.

Tabla 3. Donantes portadoras de mutaciones ligadas al cromosoma X. Se han descartado del programa de DO el 1,8% (8/445) de candidatas a donantes portadoras de enfermedades ligadas al cromosoma X.

Nº	Enfermedad	Gen
6	Síndrome X-Frágil (premutación / alelo intermedio)	<i>FMR1</i>
1	Distrofia Muscular Duchenne	<i>DMD</i>
1	Hemofilia A	<i>F8</i>

* Mutaciones patogénicas conocidas, no incluye VOUS.

CONCLUSIONES

- La implementación del test en el programa de DO ha identificado un 3% de asignaciones con alto riesgo de enfermedad AR. El 1,8% de donantes candidatas a entrar en el programa de DO son portadoras de mutaciones ligadas al X.
- El cribado ampliado de portadores constituye una herramienta útil para reducir la tasa de recién nacidos afectados de enfermedades genéticas en los niños nacidos a través de DO.
- La implementación del test en el ámbito clínico requiere de asesoramiento genético pre y post-test que garantice la información

Comparative results of PGS cycles in patients needing two or three stimulations to provide for sufficient for PGS

Barbed, C.; Martinez, F.; Parriego, M.; Solé, M.; Rodriguez, I.; Coroleu, B.

The main cause of infertility in cases of recurrent miscarriages, implantation failures, severe male factor and / or advanced maternal age is attributed to the high incidence of aneuploid embryos . The possibility of a Pre-implantation Genetic Study (DGS) by CGH and the selection of euploid embryos for transfer, is presented as a technique capable of drastically improving the efficiency of TRA.

Pre-implantation genetic study in patients with recurrent miscarriages, severe male factor and / or advanced maternal age is attributed to the high incidence of aneuploid embryos . The possibility of a Pre-implantation Genetic Study (DGS) by CGH and the selection of euploid embryos for transfer, is presented as a technique capable of drastically improving the efficiency of TRA.

MATERIAL AND METHODS:

An observational study of 112 patients undergoing two (2OS=83) or three (3OS=29) successive ovarian stimulations, oocyte accumulation , ICSI for PGS and fresh embryo transfer (ET) cycles performed between January 2012 and march 2014 at Hospital Universitario Quiron-Dexeus.

Ovarian stimulation was performed with rec-FSH or rec-FSH+HMG and GnRH-antagonist. They were considered suitable for biopsy only those embryos that had over 5 cells in the next 62-68 hours and <30% fragmentation. Euploid embryos were transferred on day 5. Patient characteristics, ovarian response and clinical outcomes after two or three stimulations (2OS vs 3OS) were compared by an appropriate statistical analysis.

RESULTS:

- Patients underwent a mean of 2.3±0.4 stimulation cycles. Comparative characteristics of 2OS vs 3OS are showed in table 1.
- Table 2 shows the outcomes comparing 2OS vs 3O (Table 2). No significant differences were found.
- Patients in 2OS group produced significantly more oocytes during second stimulation (7.5±1.9 vs 10.3±4.1; p<0.00). Among patients in 3OS group, the mean number of oocytes recovered was identical in the three stimulation cycles (6.2±2.5). Figure 1 and 2.

Group	2OS	3OS
Patients	83 (74,1%)	29 (25,9%)
Age	39,1±3,4	39,8±4,0
AMH (ng/ml)	1,6±1,2	0,7±0,7 *
AFC	11,0±5,0	9,0±4,0 *

*p<0,05

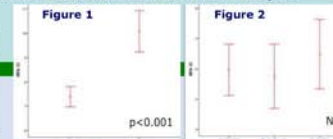
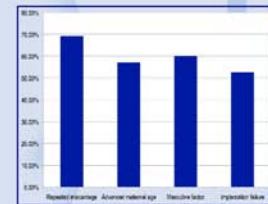


Table 2.

Group	2OS	3OS
Oocyte/pick-up	8,87±2,85	6,2±2,97
Oocyte MII/pick-up	7,55±2,67	4,57±2,21
Biopsed embryos	9,0±3,0	7,0±3,0
Total oocytes	17,8±4,7	18,5±6,3
Euploid embryo rate	17,6%	18,6%
Pregnancy rate per transfer	56,8%	60%
Pregnancy rate per patient	34,9%	31%

Diference of number of oocytes recovered in the 2OS VS 3OS.



Pregnancy rate per transfer, according to indication for PGS.

CONCLUSIONS:

Our results suggest that patients needing to undergo two or three ovarian stimulation cycles can expect similar results after the transfer of one or two euploid embryos.

The accumulation of oocytes for PGS in patients with a suboptimal ovarian response to stimulation seems a feasible strategy to achieve the transfer of euploid embryos and clinical pregnancy.

IMPROVED CLINICAL OUTCOMES OF IVF-ICSI CYCLES WITH PREIMPLANTATION GENETIC SCREENING BY CGH IN COUPLES AFFECTED BY SEVERE MALE FACTOR AND SYNAPTIC CHROMOSOME ANOMALIES

Coll, LL.^{1*}; Vendrell, JM.¹; Parriego, M.¹; Mateo, S.¹; Rodriguez, I.¹; Martinez, F.¹; Boada, M.¹; Coroleu, B.¹; Barri, PN.¹

¹Service of Reproductive Medicine. Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction. Women's Health Dexeus. Barcelona. Spain.
*luco@dexeus.com

Introduction

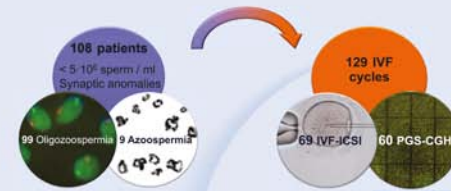
The incidence of meiotic chromosome anomalies limited to the germ cell line in patients with severe low sperm counts (<5 · 10⁶ sperm/ml) increases with decreased sperm count. On the other hand, oligozoospermic patients have a significant increase in de-novo sex chromosome and autosomal aneuploidies in a series of children born after IVF-ICSI.

Preimplantation Genetic Screening by using CGH (PGS-CGH) could be an alternative management for IVF-ICSI cycles in male factor with synaptic chromosome anomalies.

Study design

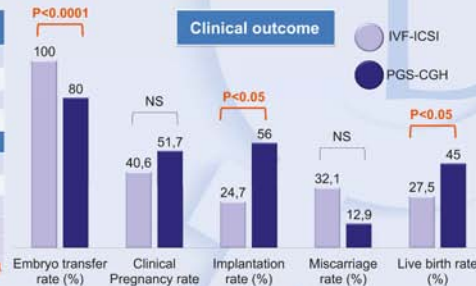
From January 2010 to March 2014, synaptic anomalies were diagnosed in 108 males by FISH in sperm in severe oligozoospermia or meiotic study on testicular biopsy in azoospermia. PGS-CGH (array-CGH) was offered to these couples who decided whether to undergo PGS or not.

A total of 129 IVF-ICSI cycles were analyzed: 69 underwent PGS and 60 represented the control group, only IVF-ICSI.



Results

Study population characteristics	IVF-ICSI	PGS-CGH	p
Maternal age (years)	34,5 ± 5,8	34,46 ± 2,8	NS
Paternal age (years)	34,3 ± 5,1	37,7 ± 4,6	<0,05
Sperm count (M/ml)	2,2 ± 2,7	3,1 ± 3,9	NS
Basal FSH (UI/l)	9,1 ± 7,9	9,5 ± 8,7	NS
Cycles results			
Inseminated oocytes (x̄)	13,0 ± 5,8	14,0 ± 3,7	NS
Fertilized oocytes (x̄)	9,2 ± 4,1	9,5 ± 3,5	NS
Embryos biopsied (n)	-	520	-
Diagnosed (n,%)	-	470 (90.4)	-
Euploid (n,%)	-	133 (28.3)	-
Embryos transferred (x̄)	2,17 ± 0,54	1,27 ± 0,80	<0,0001



Conclusions

- Selection of chromosomally normal embryos by PGS-CGH can improve clinical outcomes in couples affected by severe male factor and synaptic chromosome anomalies.
- Increased implantation and birth rates were observed in PGS-CGH group although fewer embryos were available for transfer.
- This is an observational study, and further randomized studies are needed in order to confirm these preliminary results.

PREDICTIBILIDAD DE FORMACIÓN DE BLASTOCISTO EN D+3 Y D+4: ANÁLISIS DE DOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN EMBRIONARIA

De la Cruz C¹, Arroyo G¹, Rodríguez E¹, Gómez MJ¹, Martínez F¹, Veiga A^{1,2}, Boada M¹.

¹ Servicio de Medicina de la Reproducción. Salud de la Mujer Dexeus. Hospital Quirón Dexeus. Barcelona.

² Banco de Líneas Celulares. Centro de Medicina Regenerativa. Barcelona.

Introducción: La búsqueda del mejor sistema de selección embrionaria que permita identificar y transferir el embrión con mayor potencial implantatorio continúa siendo tema de debate en reproducción humana asistida.

Objetivos: Analizar dos sistemas de clasificación embrionaria y valorar su capacidad predictiva para distinguir los embriones con mayor probabilidad de alcanzar el estadio de blastocisto.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los ovocitos fecundados (2PN+2CP) correspondientes a 39 ciclos de FIV/ICSI con ovocitos frescos de pacientes ≤40 años, cultivados tras la microinyección espermática en un sistema de monitorización continua (Embryoscope™) hasta la transferencia en D+5 o criopreservación D+5/D+6.



• Se realizaron valoraciones del desarrollo embrionario en los siguientes *timings*: D+2: 43-45h, D+3: 67-69h, D+4: 90-94h, D+5: 114-120h y D+6: 136-140h mediante dos sistemas de clasificación distintos:

- Sistema de clasificación propio (Dexeus) que puntúa los embriones del 1-10 según características morfológicas (numero de células, simetría, fragmentación, multinucleación, compactación, grado de expansión de los blastocistos y morfología del TE y de la MCI)

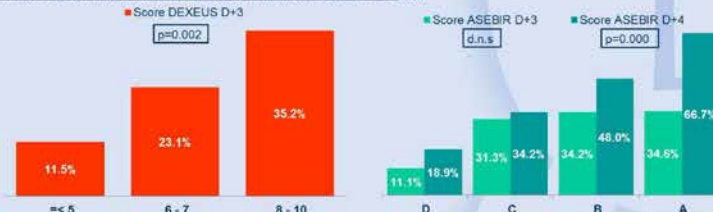
- Sistema de gradación de ASEBIR 2015 que clasifica los embriones en 4 categorías (A, B, C, D) de acuerdo a las características morfológicas y probabilidad de implantación. Este sistema se caracteriza por ser dinámico ya que tiene en cuenta la evolución previa de los embriones antes de llegar al estadio de blastocisto para su clasificación.

• Se estudió:

- La capacidad de ambos sistemas para predecir de formación de blastocisto en D+3 y en D+4 únicamente para la clasificación ASEBIR.
- La correspondencia entre las categorías embrionarias asignadas en D+3 y las asignadas en D+5/+6 para ambos sistemas.

Resultados: Se analizaron un total de 297 embriones.

- La tasa de blastocisto fue del 64.6%. De acuerdo a los dos sistemas de clasificación analizados, la tasa de blastocisto en función de la calidad de los embriones en D+3/D+4 fue:



- El análisis de la concordancia en la clasificación embrionaria asignada entre D+3 y D+5/6 utilizando el sistema DEXEUS fue de un 15% para los embriones de categoría (8-10), 9.6% (6-7) y 100% (≤5) (Kappa=0.082). De acuerdo a la gradación ASEBIR, la correspondencia entre D+3 y D+5/6 fue del 1.9% (A), 15.8% (B), 13% (C) y 90.7% (D) (Kappa=0.040).

Conclusiones:

- En D+3 las distintas categorías del sistema DEXEUS discriminan mejor la capacidad de desarrollo a blastocisto que al sistema de clasificación ASEBIR. En ambos sistemas, las categorías de peor calidad predicen con gran precisión la baja probabilidad de alcanzar el estadio de blastocisto.
- No se observó concordancia entre la clasificación de los embriones en D+3 y D+5/+6 en ninguno de los dos sistemas de clasificación excepto para los de categorías de peor calidad.
- El sistema de clasificación ASEBIR en D+4 predice significativamente mejor que en D+3 la formación de blastocisto. La inclusión de la valoración de D+4 en la clasificación dinámica de ASEBIR aporta una mejora

ANÁLISIS CROMOSÓMICO MEDIANTE ARRAYS DE CGH DE EMBRIONES PROCEDENTES DE CIGOTOS MONOPRONUCLEARES POST-ICSI

Mateo S¹, Vidal F², Montalvo, V¹, Parriego, M¹, Rodríguez I¹, Veiga A^{1,3}, Boada M¹.

¹Dexeus Salud de la Mujer. Servicio Medicina de la Reproducción. Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona, España.

²Unidad de Biología Celular, Facultad de Biociencias, Universidad Autónoma de Barcelona, España.

³Banco de Células Madre, Centro de Medicina Regenerativa, Barcelona, España.

INTRODUCCIÓN: La introducción de nuevas metodologías, como la monitorización dinámica o los arrays de CGH, se aplican en el proceso de selección embrionaria para intentar mejorar los resultados de los ciclos de FIV/ICSI. Los embriones que provienen de cigotos con un único pronúcleo (1PN) tras ICSI se suelen descartar para su utilización clínica ya que estudios recientes han demostrado que estos embriones suelen presentar un elevado número de células aneuploides. En la mayoría de situaciones, estas anomalías comprometerán la viabilidad del embrión, aunque un cierto porcentaje de estos cigotos puede alcanzar el estadio de blastocisto.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es estudiar retrospectivamente los resultados del análisis de embriones provenientes de cigotos monopronucleares tras ICSI en ciclos de DGP por cribado de aneuploidías (PGS; 24 cromosomas) para determinar su constitución cromosómica y su posible uso con fines reproductivos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han estudiado 89 embriones procedentes de cigotos 1PN obtenidos en 64 ciclos de PGS, cultivados en un sistema time-lapse (Embryoscope™), biopsia de un único blastómero en D+3 y cribado de aneuploidías mediante arrays de CGH. La amplificación del ADN y el análisis cromosómico se realizaron mediante 24 sure kit®, Fluorescent Labeling System, Blue Fuse Multi (Illumina®). Se analizó la dotación cromosómica de los embriones, el desarrollo embrionario hasta D+5, la tasa de blastocisto y la relación entre desarrollo y estatus cromosómico.

RESULTADOS:

Fig. 1. Estudio cromosómico en D+3

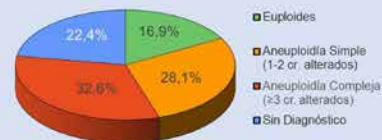


Fig. 2. Tasa de desarrollo embrionario a D+5

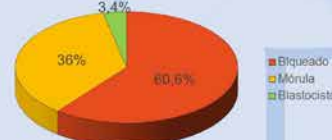


Tabla 1. Evolución embrionaria según dotación cromosómica

	Bloqueado	Mórula	Blastocisto	TOTAL
Euploides n(%)	4 (26,7%)	9 (60%)	2 (13,3%)	15
Sin Diagnóstico n(%)	12 (60%)	7 (35%)	1 (5%)	20
Anormales n(%)	38 (70,4%)	16 (29,6%)	0 (0%)	54

CONCLUSIONES

• La baja tasa de embriones derivados de cigotos 1PN de ICSI que tras biopsia en D+3 consiguen formar un blastocisto, aconseja realizar únicamente el análisis genético de estos embriones si alcanzan el estadio de blastocisto para poder así optimizar el coste-beneficio del estudio cromosómico.

• Los embriones procedentes de cigotos monopronucleares post-ICSI pueden presentar una dotación cromosómica normal y alcanzar el estadio de blastocisto, por lo que se podría plantear su cultivo hasta blastocisto y su utilización para transferencia o congelación en caso de alcanzar

MONOPRONUCLEATED ICSI ZYGOTES: IN VITRO DEVELOPMENT AND MORPHOKINETIC EVALUATION

Mateo S^a, Vidal F^b, Veiga A^{a,c}, Pérez V^a, Rodríguez I^a, Barri PN^a, Boada M^a.

^a Dexeus Women's Health, Reproductive Medicine Service, Hospital Universitario Quiron Dexeus, Barcelona, Spain.

^b Cell Biology Unit, Faculty of Biosciences, Universitat Autònoma de Barcelona, Spain.

^c Stem Cell Bank, Centre for Regenerative Medicine, Barcelona, Spain.

Study question: What is the development capability of embryos derived from monopronucleated zygotes? Are the kinetic parameters of ICSI 1PN zygotes similar to those of normal zygotes (2PN)?

Summary answer: 1PN zygotes that reach blastocyst stage have similar kinetic behaviour to 2PN zygotes that achieve pregnancy but different from those 1PN that arrest their development in earlier stages.

What is known already: Embryos from 1PN zygotes are not usually considered for embryo transfer due to possible anomalies during the fertilization process and a demonstrated high incidence of aneuploidy. The incorporation of time-lapse methodologies in ART laboratories provides constant information of embryo development throughout the in vitro culture. The images obtained allow the identification of anomalies occurring during pronuclear formation, embryo cleavage and blastocyst formation.

Study design, size, duration: A prospective observational cross-sectional study performed between September 2012 and June 2014 with a total of 117 monopronucleated ICSI zygotes in the study group, and 124 normal fertilized ICSI zygotes that resulted in ongoing pregnancies in the control group.

Participants/material, setting, methods: Embryos were cultured in a tri-gas Embryoscope™. Images were acquired at five focal planes every 15 minutes. Median times of pronuclei appearance/disappearance, cleavages and cell cycles (Day 0 to Day 3) were analysed comparing both groups. Blastocyst formation was assessed in the study group. Statistical analysis was performed by Mann-Whitney/Chi-square test.



Main results and the role of chance: 21 monopronucleated ICSI zygotes (17.9%) developed to blastocyst stage and 96 (82.1%) arrested in early stages. Differences ($p < 0.05$) were observed between these two subgroups in median time of PN disappearance (22h vs 24.4h) and median cleavage time to 2, 4, 6 and 7 cells (26.2h vs 29.6h; 40.3h vs 47.2h; 52.7h vs 57.7h; 55.7h vs 62.4h).

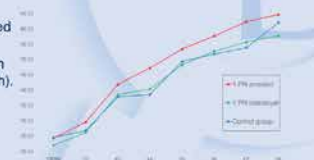
- Cleavage times of monopronucleated ICSI zygotes that reached blastocyst stage were similar to those of the control group. Differences were only observed in time of PN disappearance (22h vs 24.2h) and in the duration of the third cell cycle (11.4h vs 13.3h).

- Kinetics of 1PN ICSI zygotes that arrested their development were slower than those of both 1PN zygotes that reached blastocyst stage and 2PN zygotes that produced ongoing pregnancies.

Limitations, reasons of caution: Despite the large number of monopronucleated zygotes included in the study, the subgroup of zygotes that reached blastocyst stage was limited. The control group was not followed up to the blastocyst stage and no comparison of kinetic parameters after Day 3 was done.

Wider implications of the findings:

- Not all 1PN zygotes have the same kinetic behaviour and developmental capability.
- Monopronucleated zygotes that achieve the blastocyst stage have similar kinetics to normal fertilized 2PN zygotes.
- In view of the results, a new strategy could be considered rather than simply discarding such embryos, PGS of blastocysts from 1PN zygotes would make it possible to determine their chromosomal constitution and thus their suitability for transfer or cryopreservation.



USE OF CORIFOLLITROPIN ALFA FOR OVARIAN STIMULATION IN OOCYTE DONORS

Pérez Calvo, A; Martínez F; Clua E; Rodríguez I; Coroleu B.
Hospital Universitario Quirón-Dexeus, Barcelona



DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN

OBJECTIVE

To evaluate the results of corifollitropin alfa for ovarian stimulation in oocyte donors

BACKGROUND

Corifollitropin alfa is a synthetic recombinant FSH which replaces daily FSH injections for the first week of ovarian stimulation. Corifollitropin alfa has shown good results in IVF normal and poor responders patients. The introduction of sustained follicle stimulants in donors will reduce the number of injections and may improve the overall patient experience, reducing discomfort associated to the therapy, as long as efficacy is not affected.

MATERIALS AND METHODS

Retrospective study, including:
-83 oocyte donors
-89 recipients.
-Treated between January 2013 and December 2013 at Hospital Universitario Quirón-Dexeus, Barcelona

Primary outcome:
-Number of oocytes retrieved
-Pregnancy rate in recipients

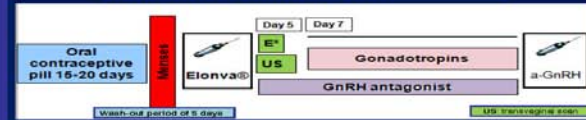
RESULTS

DONORS	N= 83
Age (years)	26.24 ± 3.96
BMI (kg/m ²)	22.23 ± 2.61
AMH (ng/ml)	3.11 ± 1.82
AFC	20.56 ± 6.15

2 cancelled due to poor ovarian response
Stimulation days* Time between Elonva® injection and triggering

RESPONSE CHARACTERISTICS	
Stimulation days*	9.24 ± 2.5
Total dose of gonadotropins (IU)	495.29 ± 375.61
Follicles > 10mm on day of HCG	19.02 ± 5.544
Number of oocytes retrieved	15.70 ± 7.27
Number of mature oocytes	12.64 ± 6.2
Number of fresh oocytes donated	8.36 ± 5.74
Number of vitrified oocytes	5.46 ± 7.07

OVARIAN STIMULATION



Corifollitropin alfa [Elonva®]: 100 – 150 µg according to the bodyweight [≤60 kg → 100 µg; > 60 Kg → 150 µg]
GnRH antagonist 0.25 mg/day when follicle ≥ 14mm
Gonadotropins: rFSH or rFSH and hMG
Triggering final oocyte maturation with GnRH agonist 0.2ml when ≥ 3 follicles ≥ 20mm
Transvaginal oocyte retrieval → 36 h later

Statistical analysis: mean, standard deviation; Chi-squared test, Fisher's exact test

CONCLUSIONS

The use of corifollitropin alfa for ovarian stimulation in oocyte donors appears a convenient choice

RECIPIENTS OF FRESH OOCYTES	
Number of recipients	51
Age	42.39 ± 4.65
N. of oocytes received	11.24 ± 3.27
N. of inseminated oocytes	11.22 ± 3.29
N. of fertilized oocytes	8.14 ± 2.68
N. of transferred embryos	1.53 ± 0.54
N. of vitrified embryos	4.08 ± 2.67
Quality of embryos transferred	8.32 ± 2.03
Pregnancy rate*	56.9%

RECIPIENTS OF VITRIFIED OOCYTES	
Number of recipients	38
Age	42.97 ± 5.03
N. of oocytes received	7.55 ± 2.36
N. of inseminated oocytes	7.45 ± 2.42
N. of fertilized oocytes	5.58 ± 2.34
N. of transferred embryos	1.68 ± 0.47
N. of vitrified embryos	1.74 ± 2.26
Quality of embryos transferred	7.79 ± 2.00
Pregnancy rate*	47.4%

17-0-28

COMPARACIÓN DE LA ELASTOGRAFÍA CUALITATIVA Y CUANTITATIVA EN LA DIFERENCIACIÓN ENTRE LESIONES MAMARIAS BENIGNAS Y MALIGNAS

B Navarro, S Vizcaya, B Úbeda, F Terrel, L Casas, I Fuertes

Diagnóstico Ginecológico por la Imagen. Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona, España

OBJETIVO:

Comparar la eficacia diagnóstica de la elastografía estática (cualitativa) y la elastografía por ondas de cizallamiento (cuantitativa) como técnicas complementarias de la ecografía en la diferenciación entre lesiones mamarias benignas y malignas, en la misma población de estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

120 lesiones mamarias, 41 malignas (34.2%) y 79 benignas (65.8%) fueron examinadas con ecografía en modo B y posteriormente con elastografía cualitativa y cuantitativa.

Los hallazgos ecográficos se evaluaron según la clasificación BI-RADS del American College of Radiology; categorías 2 y 3 consideradas como benignas y categorías 4 y 5 como malignas.

El grado de elasticidad de las lesiones en la elastografía cualitativa se puntuó del 1 al 5 según la escala de Ueno (1-3: benignas; 4-5: malignas), y en la elastografía cuantitativa mediante el cálculo de la velocidad máxima de las ondas de cizallamiento (Vc max) en m/s. A mayor rigidez de la lesión, mayor velocidad.

El estándar de referencia fue el diagnóstico citológico obtenido tras punción aspiración con aguja fina y/o la estabilidad de la lesión durante mínimo 2 años para 59 lesiones benignas, y el resultado histológico de biopsia con aguja gruesa o biopsia quirúrgica para 20 lesiones benignas y todas las lesiones malignas.

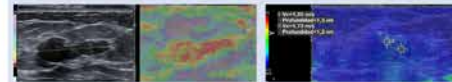


Fig 1. Lesión BI-RADS 3 (probable benignidad), con score 4 (maligno) en elastografía cualitativa y Vc max de 1.85 m/s. A-P: fibroadenoma.

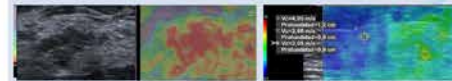


Fig 2. Lesión BI-RADS 4a (baja sospecha), con score 5 (maligno) en elastografía cualitativa y Vc max de 4.05 m/s. A-P: fibroadenoma.

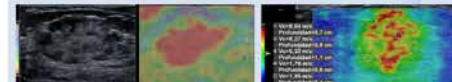


Fig 3. Lesión BI-RADS 4b (sospecha intermedia), con score 3 (benigno) en elastografía cualitativa y Vc max de 8.54 m/s. A-P: Ca ductal infiltrante.

RESULTADOS:

Se analizaron las áreas bajo la curva ROC (AUC) para la elastografía cualitativa y cuantitativa y la ecografía en modo B, con el fin de comparar los resultados de las tres técnicas.

El análisis estadístico incluyó asimismo sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN).

No se encontraron diferencias significativas en la eficacia diagnóstica de ambas técnicas elastográficas.

En la elastografía **cuantitativa**

el punto de corte óptimo para la diferenciación entre lesión benigna y maligna fue **5.62 m/s**. Los valores de especificidad y VPP fueron superiores a los obtenidos con la cualitativa y la ecografía en modo B.

	AUC	S	E	VPP	VPN
Elastografía cuantitativa	0.905 [0.84 - 0.97]	92.7%	81%	71.7%	95.5%
Elastografía cualitativa	0.915 [0.85 - 0.97]	75.6%	97.5%	93.9%	88.5%
Modo B	0.946 [0.91 - 0.98]	100%	84.8%	77.4%	100%

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio, la eficacia diagnóstica de la elastografía cualitativa y cuantitativa en la diferenciación entre lesiones mamarias benignas y malignas fue similar.

Con un punto de corte de 5.62 m/s, la especificidad y el VPP de la elastografía **cuantitativa** fueron superiores a los obtenidos con la técnica cualitativa y con la ecografía en modo B, si bien estas diferencias no son estadísticamente significativas.

VALOR DE LAS DIFERENTES TÉCNICAS DE IMAGEN EN LA RESPUESTA A QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN CÁNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANZADO

S Vizcaya, B Navarro, F Terrel, B Úbeda, 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

Determinar la precisión diagnóstica de tres pruebas de imagen (ecografía, mamografía y resonancia magnética) en la evaluación de la respuesta completa en cáncer de mama localmente avanzado (CMLA) tratado con quimioterapia neoadyuvante (QTNA).

SUJETOS Y MÉTODO

Entre Enero de 2007 y Diciembre de 2014, 185 pacientes con CMLA y edades comprendidas entre los 33 y 77 años recibieron QTNA en nuestro centro. Se excluyeron 11 casos no estudiados con todas las técnicas de imagen y 5 pacientes con enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico, siendo la muestra final de **169** casos. Se evalúan las mamografías, ecografías y RM antes y después del tratamiento y se comparan los resultados con el gold standard (estudio anatomopatológico). La respuesta radiológica se evalúa según criterios RECIST1.1 y la respuesta patológica la define el método Miller y Payne.

RECIST 1.1	
RC	Desaparición de todas las lesiones y ganglios linfáticos
RP	≥30% de la suma de los diámetros máximos
EE	No respuesta parcial ni progresión
PE	≥20% incremento de la suma de los diámetros y ≥5 mm de incremento absoluto en la suma de diámetros

EE: respuesta completa; RP: respuesta parcial; EE: estabilidad; PE: progresión

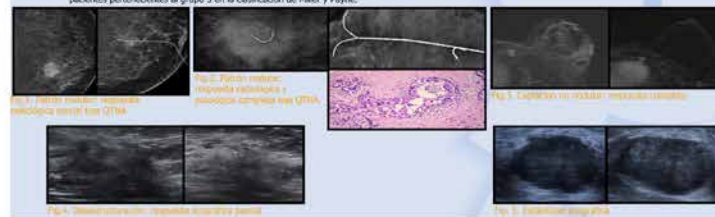
MILLER Y PAYNE	
1	No respuesta patológica
2	Respuesta ≤ 30% celularidad tumoral infiltrante
3	Respuesta 30-90% celularidad tumoral infiltrante
4	Respuesta >90% celularidad tumoral infiltrante
5	Ausencia celularidad tumoral infiltrante +/- in situ

RESULTADOS

La edad media al diagnóstico fue de 49,59 años, estando el 85% de ella en estadios IIA- III C. De los 169 casos se observó respuesta patológica completa (Miller y Payne 5) en **48 (28,4%)**. No se detectó enfermedad tumoral macroscópica en **43, 47 y 73%** para la mamografía, ecografía y RM respectivamente.

	S	E	VPP	VPN
MX	43,8%	81,8%	48,8%	78,6%
ECOGRAFÍA	50%	81%	51,1%	80,3%
RM	64,6%	65,3%	42,5%	82,3%

Se determinó como respuesta patológica completa la ausencia de imagen macroscópica en Rx, ecografía y RM y como respuesta patológica completa los pacientes pertenecientes al grupo 5 en la clasificación de Miller y Payne.



CONCLUSIONES

En la valoración de la respuesta completa a la QTNA en CMLA los valores de sensibilidad para las tres técnicas de imagen son bajos (entre el 43,8-64,6%) y sin significancia estadística entre ellas, si bien se observan tasas mayores en la especificidad y el VPN, que alcanzan hasta el 81,8% y el 82,3% respectivamente, también sin significancia estadística. Ello es debido al efecto que la quimioterapia ejerce sobre las células cancerígenas y sobre el estroma que las rodea, reduciendo tanto la celularidad tumoral (menor densidad tisular) como la vascularización, lo que hace más difícil la detección de lesiones mediante pruebas de imagen.



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

ARROYO G. "Valoració de la morfologia en els primers estadis de desenvolupament embrionari humà". Presentada en la Facultat de Biologia de la Universitat Autònoma de Barcelona, el 3 de novembre de 2015. Directores: **Dra. Anna Veiga** y **Dr. Josep Santaló**.

COLABORACIONES EN TESIS

BOADA M. Miembro del tribunal de la tesis doctoral de **Irene Peinado**: "Efecto de la vitrificación en la incidencia de aneuploidias en los resultados clínicos del programa de diagnóstico genético preimplantacional". Presentada en el Hospital Universitario La Fe de Valencia, el 5 de febrero de 2015.

PASCUAL MA. Miembro del tribunal de la tesis doctoral de **Beatriz Ruiz de Gauna Vives**: "Validación externa y análisis de reproductibilidad de las denominadas "simple rules" propuestas por IOTA". Presentada en la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, el 20 de febrero de 2015.

MELER E. Secretaria del tribuna de la tesis doctoral de **Erika Barba-Muller**: "Cambios morfológicos en el sistema nervioso central en las pacientes embarazadas". Presentada el 16 de octubre de 2015.

SCAZZOCCHIO E. Miembro del tribunal de la tesis doctoral de **Belén García García**: "Utopía. Eficacia del Doppler de las arterias uterinas en el segundo trimestre y control exhaustivo de las gestaciones". Presentada en el Hospital

Valle Hebrón, el 24 de noviembre de 2015.

CUSIDÓ M, PASCUAL MA. Directora y secretaria del tribunal de la tesis de **María Bordés Infantes**: "Densidad mineral ósea y cáncer de mama en la menopausia". Presentada en la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona, el 30 de noviembre de 2015.

PASCUAL MA. Miembro del tribunal de la tesis doctoral de **Sara Arribas García**: "Ecografía tridimensional en la valoración del cáncer de cérvix". Presentada en la Facultat de Medicina de la Universitat de Navarra, el 16 de diciembre de 2015.

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 Etico de Investigación Clínica de USP-Instituto Universitario Dexeus.

SERVICIO DE OBSTETRICIA

El Servicio de Obstetricia ha participado en varios ensayos clínicos externos, no propiciados por nuestro centro:

Estudio para evaluación de un nuevo tocolítico

Estudio para evaluar los marcadores angiogénicos como predictores de mal pronóstico de las pacientes con PE tardía

Estudio para evaluar la mejor estrategia para la prevención del parto prematuro

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

Elonva D5-D7

Vitrificación ovocitos vs. embriones: cuál es la mejor estrategia en transferencia diferida?

Valoración morfocinética embrionaria: análisis de datos propios para elaboración de algoritmo para la predicción de la capacidad de implantación de los embriones

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

Existen 5 líneas principales de investigación en la Sección de Medicina Fetal, forman el núcleo central y de ella derivan trabajos de investigación con proyección externa o interna según sean los casos. Estas 5 líneas son:

ANEUPLOIDIAS

- La predicción de resultado perinatal adverso mediante el cribado bioquímico temprano de aneuploidías (PAPP-A de primer trimestre, AFPSM en segundo trimestre, implicaciones de los valores extremos de los marcadores bioquímicos)
- Estrategias de mejora de la efectividad del cribado de aneuploidías mediante nuevos marcadores (valor de la integración de un factor de corrección del IP arterias uterinas) y en gestaciones gemelares (estrategia de elección)

- Incorporación del test no invasivo (TNI) de aneuploidías en sangre materna mediante la determinación de DNA fetal: Efectividad en gestaciones únicas, experiencia preliminar en gestaciones gemelares, indicaciones, estrategias de elección y efectividad según riesgo poblacional, incorporación de panel de microdeleciones
- Aplicabilidad de TNI en patología perinatal e insuficiencia placentaria
- Eficiencia y seguridad de las técnicas de cribado y diagnóstico prenatal invasivo de aneuploidías

Crecimiento fetal

- 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)

- Cribado y predicción de alteraciones del crecimiento, retraso crecimiento intrauterino precoz y tardío y sus consecuencias tanto en diagnóstico como manejo

Preeclampsia

- 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 de PE temprana y tardía, elaboración y efectividad de la predicción mediante integración de factores de riesgo en un algoritmo de validez clínica)
- Comparación de diversos algoritmos diagnósticos y su aplicabilidad clínica para detección de preeclampsia precoz y tardía
- Constituye una de las líneas principales con el proyecto realizado en colaboración con laboratorio ROCHE

Sistema nervioso central

- Valoración ecográfica de nuevos hallazgos no sistemáticamente evaluados: Cono medular. Ha dado

lugar a diversas publicaciones y la finalización de la Tesis doctoral de la Dra Rodríguez

- Participación en estudio multicéntrico de aplicación de la Telemedicina con valoración de ecografía volumétrica del SNC. Análisis de normalidad y patología. Reproducibilidad y aplicabilidad clínica. Estudio financiado con beca FIS

Diagnóstico prenatal avanzado

- Fiabilidad del diagnóstico prenatal de anomalías congénitas: correlación entre los hallazgos ecográficos e histopatológicos
- Arrays prenatales: Comparación de resultados con el estudio citogenético clásico, valor añadido según indicación
- Realización metaanálisis y revisión sistemática de la utilización clínica de los ARRAYs CGH en casos de patología fetal, categorizando por el tipo de anomalía estructural
- Colaboración con Hospital Clinic en estudio multicéntrico de la aplicación de los ARRAYs cgh en manejo y diagnóstico de Retraso de crecimiento intrauterino precoz y severo

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

- Fertilidad y cáncer de mama
- Quimioterapia neoadyuvante y ganglio centinela
- Sarcomas uterinos
- Factores pronósticos de respuesta a la quimioterapia neoadyuvante

SERVICIO DE MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

Incorporación de nuevos protocolos de estimulación en donantes de ovocitos y pacientes con baja reserva y/o baja respuesta

– Simplificación estimulación donantes: Corifolitropina D5-D7

– Baja respuesta: andrógenos (estudio TRANSPORT), estimulación doble o encadenada

Evaluación sistemática de los niveles de vitamina D y el tratamiento del déficit o insuficiencia

Papel del nivel de progesterona en el día de HCG en los ciclos de FIV y las tasas de embarazo

Impacto de la edad de la mujer en la tasa acumulada de embarazo tras un ciclo de FIV

Acumulación de ovocitos para Screening Genético Preimplantacional: aspectos clínicos/aspectos biológicos

Papel del Diagnóstico Genético Pre-implantacional en el manejo de la esterilidad por factor masculino severo

Implementación del asesoramiento genético y screening genético preconcepcional en parejas de Reproducción Asistida

Valoración de la eficiencia de la vitrificación de ovocitos y embriones

Valoración morfofocinética embrionaria. Correlación con parámetros clásicos de morfología embrionaria

Análisis genético de embriones procedentes de cigotos monopronucleares. Valoración de su posible utilización para transferencia o congelación

Análisis genético de embriones multinucleados. Valoración de su posible utilización para transferencia o congelación



6. Actividades de comunicación

- 6.1. Comunicados de prensa
- 6.2. Medios de comunicación

6.1. Comunicados de prensa

Las actuaciones del Departamento de Comunicación se han centrado en conseguir el máximo impacto mediático de todos los actos del Departamento.

Algunos de los comunicados han sido objeto de noticias, reportajes o entrevistas en los medios de comunicación, y otros simplemente han sido una herramienta para comunicar e informar de novedades o hechos destacables de Salud de la mujer Dexeus.

SALUD DE LA MUJER DEXEUS INTEGRA UN ANÁLISIS GENÉTICO PROPIO EN SUS CONSULTAS PARA PREVENIR Y ACTUAR DE FORMA PERSONALIZADA ANTE EL RIESGO ONCOLÓGICO

02/02/2015

Desarrollado en colaboración con qGenomics, se ha puesto a disposición de las pacientes qCanceRISK, un test genético dinámico que analiza el 100% de los genes responsables de cánceres de tipo hereditario conocidos hasta el momento, detectando alteraciones genéticas relacionadas con la aparición de cáncer en la familia.

El resultado del test es esencial para establecer si es preciso un programa de detección precoz y prevención del cáncer en la paciente y en su familia o descartar alteraciones genéticas que impliquen una patología anteriormente diagnosticada en un familiar.

“Todavía hay mucha parte del genoma por conocer, y este test permite reinterpretar los resultados en función de las novedades científicas que vayan apareciendo, siendo

un servicio que se actualiza continuamente y del que se informa a las pacientes en la revisión ginecológica anual”, explica el Dr. Fábregas.

NACE DEXEUS MUJER, LA 1ª LÍNEA DE COSMÉTICOS CREADA POR SALUD DE LA MUJER DEXEUS Y REVLON

09/02/2015

Salud de la Mujer Dexeus y Revlon lanzan Dexeus Mujer, la primera línea de

productos cosméticos femeninos que abarca tratamientos anti-estrías, reafirmantes y de higiene íntima avalada por los especialistas y pacientes de Salud de la Mujer Dexeus. Revlon y Salud de la Mujer Dexeus empiezan así una colaboración orientada a ofrecer a las mujeres una selección de productos cosméticos de calidad, y específicos para momentos clave de la vida de la mujer como es el embarazo, el posparto o los cambios hormonales. “El valor añadido está en la valoración de los productos por parte de nuestros especialistas y pacientes”, asegura el Dr. Pedro N. Barri, director de Salud de la Mujer Dexeus. “Por nuestros consultorios pasan cada año más de 150.000 mujeres, y nuestra manera de entender la salud, más allá de



la enfermedad, es ofreciendo soluciones integrales a nuestras pacientes”, añade.

EL DR. MATS BRÄNNSTRÖM RECIBE EL PREMIO FUNDACIÓN DEXEUS SALUD DE LA MUJER

19/02/2015

El artífice del primer nacimiento después de un trasplante de útero, el Dr. Mats Brännström, recibió el Premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer. El Conseller de Salut, Boi Ruiz, ha hecho entrega del galardón al Dr. Brännström, haciendo un especial hincapié en la dedicación del Dr. a la investigación ginecológica, una dedicación que ha culminado en la creación de una técnica revolucionaria que supone la primera solución médica ante la infertilidad causada por la ausencia de útero o por un útero no funcional.

Durante la gala de entrega del premio, el Dr. Barri también entregó las becas que anualmente concede la Fundación a proyectos de investigación clínica en materia de ginecología general, ginecología oncológica, medicina materno-fetal, medicina de la reproducción y ciencias básicas.



ANNA VEIGA RECIBE EL GRADO DE DOCTORA HONORIS CAUSA POR LA UVIC-UCC

23/02/15

Anna Veiga recibió el grado de Doctora Honoris Causa por la UVic-UCC, por el valor incuestionable de su trayectoria académica y profesional. Este es el primer nombramiento de Doctor Honoris Causa que acoge la Universitat de Manresa y el primero que la Universitat de Vic-Universitat Central Cataluña otorga a una mujer.

La ceremonia de investidura tuvo lugar el jueves 7 de mayo de 2015, a las 12 h del mediodía a la Sala de Actas a la Fundació Universitària del Bages (Manresa).



EL MITO DEL SÍNDROME PREMENSTRUAL ENTORPECE LA DETECCIÓN DE LA ENDOMETRIOSIS

16/04/2015

La endometriosis afecta a un 20% de mujeres entre 30 y 40 años, y es la principal causa de infertilidad entre mujeres sanas. Así lo ha explicado el Dr. Barri Soldevila, Jefe de la Unidad de Endometriosis de Salud de la Mujer Dexeus, en una ponencia que ha tenido lugar en la cuarta edición del encuentro titulado Puesta al día en Endometriosis, organizado por el Hospital Universitario La Paz.

El Dr. Barri Soldevila asegura que "el tiempo medio de diagnóstico de esta dolencia es de 7-8 años, y una de las causas es que la mujer cree que el dolor



asociado a la menstruación es normal y no acude al especialista".

EL DOCTOR PEDRO N. BARRI RECIBE LA MEDALLA JOSEP TRUETA AL MÉRITO SANITARIO

12/05/2015

El Dr. Pedro N. Barri, Presidente de Salud de la Mujer Dexeus, recibió la Medalla



Josep Trueta al mérito sanitario en reconocimiento a su trayectoria en el campo de la ginecología y la medicina reproductiva, así como su contribución a la mejora de la sanidad no solamente catalana sino mundial.

Los galardones Josep Trueta son una distinción anual que otorga la Generalitat de Catalunya desde 1997, coincidiendo con el centenario del nacimiento del reconocido doctor y científico catalán, y que reconocen a personalidades y entidades del mundo sanitario que, por sus méritos, han destacado de manera significativa por los servicios prestados con vistas al progreso y la mejora de la sanidad.

[EXPERTOS MUNDIALES EN FERTILIDAD SE REÚNEN PARA CONSENSUAR POR PRIMERA VEZ UNA GUÍA DE PROTOCOLOS MÉDICOS DE PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD](#)
10/06/2015

Representantes de las tres sociedades científicas más importantes a nivel mundial en el ámbito de la reproducción se han reunido hoy en Barcelona por primera vez con el objetivo de elaborar un documento de consenso en protocolos médicos en torno a la preservación de la fertilidad en la jornada *Barcelona Consensus Conference on Fertility Preservation*.



La iniciativa, liderada por el Dr. Pedro N. Barri, Presidente de Salud de la Mujer Dexeus, en calidad de último Presidente de la Sociedad Internacional de Preservación de la Fertilidad (ISFP), ha contado con miembros de referencia mundial en la preservación de fertilidad de las tres sociedades: la International Society of Fertility Preservation (ISFP), la European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) y la American Society of Reproductive Medicine (ASRM).

[EXPERTOS EN ONCOLOGÍA SE REÚNEN PARA ELABORAR UNA GUÍA DEL USO DE LA FIRMA GENÉTICA EN EL PRONÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA](#)
12/06/2015

Los principales expertos en cáncer de mama y en firmas genéticas se reunieron

en la "I Jornada de firmas genéticas y cáncer de mama", celebrada en Barcelona. El objetivo del encuentro fue sentar las bases del uso más adecuado y efectivo de los distintos tests y sistemas de firmas genéticas ante los distintos tipos de cáncer de mama; gracias a estas herramientas, los médicos tienen más recursos para poder atacar a cada tumor del modo que pueda ser más efectivo y, también, prever cómo va a evolucionar un caso concreto.

En palabras del Dr. Rafael Fábregas, Consultor de Ginecología Oncológica y Mastología de Salud de la Mujer Dexeus: *"La firma genética es una herramienta de pronóstico y predicción de tratamiento muy potente pero también muy novedosa, por lo que se hace necesario que los expertos podamos elaborar protocolos al respecto de qué test está mejor indicado para una u otra paciente"*.

[MÁS DE 20 AÑOS DE DIAGNÓSTICO GENÉTICO PREIMPLANTACIONAL](#)
12/06/2015

En el 2014 se cumplieron 20 años de la realización del primer ciclo de Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP) en España y uno de los primeros en Europa. Y fue el equipo de Salud de la Mujer Dexeus y la Universidad Autónoma de Barcelona quienes consiguieron por primera vez la selección de embriones en un ciclo de reproducción asistida para



evitar la concepción de dos niñas afectas de hemofilia en una pareja cuya madre era portadora de la enfermedad.

Olympus, como proveedor de equipamiento de microscopia, estuvo presente en los dos principales momentos de este proceso:

- La biopsia de los embriones con una estación de micromanipulación
- El diagnóstico mediante Hibridación In Situ Fluorescente con un microscopio de fluorescencia

La técnica de DGP es hoy en día un valor añadido en la reproducción asistida y el equipamiento necesario para realizarla ha evolucionado. Recientemente la estación de micromanipulación donde se realizó este primer caso ha sido renovada con una nueva estación de micromanipulación Olympus IX73, incorporando las últimas novedades tecnológicas: el nuevo microscopio de micromanipulación Olympus IX73 con el sistema de láser móvil OCTAX Navilase que ofrece el mejor rendimiento óptico y las últimas herramientas de manipulación por láser.

¿HASTA QUÉ EDAD PUEDE UNA MUJER USAR SUS PROPIOS ÓVULOS?

16/06/2015

Un estudio elaborado y presentado por la Dra. Marta Devesa, ginecóloga de Salud de la Mujer Dexeus, en el encuentro anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE), demuestra que los ciclos de Fecundación In Vitro (FIV) efectuados en mujeres mayores de 44 años con óvulos propios tienen una tasa de éxito de solamente un 1,3%.

Según el estudio, en mujeres de entre 38 y 39 años la tasa de nacidos vivos tras el FIV con óvulos propios es del 23,6%, una tasa que va cayendo rápidamente a medida que se eleva



la edad de la paciente: en las mujeres de entre 40 y 41 alcanza el 15,6% mientras que en las de entre 42 y 43 años se queda en el 6,6%.

La alternativa para aumentar la tasa de éxito en mujeres en esta franja de edad es optar por la FIV con ovocitos de donante.

KERSTI LUNDIN, PRESIDENTA DE LA ESHRE, HA INAUGURADO EL CURSO ACADÉMICO DEL 18º MÁSTER EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA DE SALUD DE LA MUJER DEXEUS Y LA UAB 29/09/2015

Salud de la Mujer Dexeus celebró la inauguración de la 18ª Edición del Máster de Biología de la Reproducción y Técnicas de Reproducción Humana Asistida que realiza conjuntamente con la Universidad

Autónoma de Barcelona (UAB). El acto, celebrado en el Auditorio de Dexeus, contó con la presencia de la Dra. Kersti Lundin, Presidenta de la European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), quien pronunció la conferencia inaugural, titulada "Aspectos fisiológicos de la selección embrionaria".

Gracias a la labor de profesionales como Lundin, su país, Suecia, se ha convertido en el territorio con más tradición en la transferencia de un único embrión, lo cual ha revertido en la reducción de embarazos múltiples tras reproducción asistida. "En Suecia tenemos las tasas de embarazo múltiple más bajas del mundo, alrededor del 5-6% y todo ello a pesar de que tenemos una de las tasas de natalidad más altas de Europa", ha afirmado la Dra. Lundin, y ha

añadido: "los motivos son varios: el esfuerzo didáctico para explicar a las pacientes los beneficios de implantar solamente un embrión, un sistema público que cubre varios ciclos de reproducción asistida, y un entorno clínico en el que estamos aprendiendo y mejorando continuamente".

COMUNICADO DE LA SEGO SOBRE EL MÉTODO DE ANTICONCEPCIÓN DEFINITIVO ESSURE 16/10/2015

En relación a las últimas noticias con respecto al dispositivo ESSURE, la SEGO quiere transmitir que es un método de anticoncepción definitiva para aquellas mujeres que deciden la esterilización tubárica sin cirugía altamente eficaz.



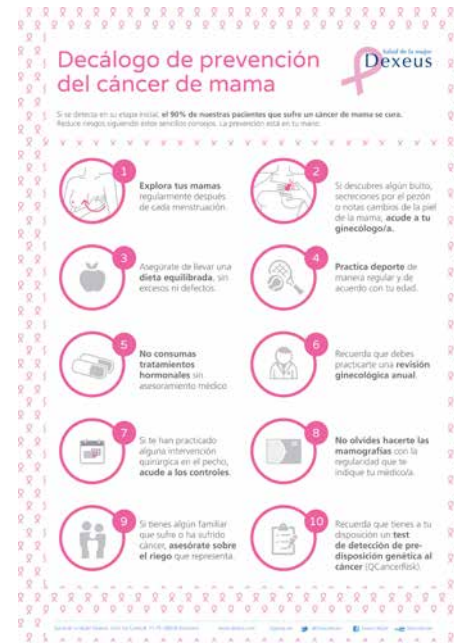
EL 15% DE LOS CASOS DE CÁNCER DE MAMA TIENEN ORIGEN HEREDITARIO 19/10/2015

El estudio genómico es esencial para establecer si es preciso un programa de detección precoz y prevención del cáncer en la paciente y en su familia o para personalizar un tratamiento oncológico.

La Unidad de Riesgo Oncológico de Salud de la Mujer Dexeus, que lleva en funcionamiento 10 años, ha estudiado ya a más 450 familias.

En el 2015, un 29% de los casos estudiados han salido positivos, con predisposición elevada a tener un cáncer de mama.

Salud de la Mujer Dexeus ha desarrollado, junto a qGenomics, el test qCanceRISK, una prueba de laboratorio que estudia el material genético en base a una muestra de sangre o saliva, detectando aquellas alteraciones genéticas que puedan estar relacionadas con la aparición de cáncer en la familia, entre ellos el cáncer de mama. Mediante técnicas de secuenciación masiva, los especialistas estudian el material genético (ADN) analizando todos los genes vinculados al cáncer hereditario (215) en un único estudio dinámico, buscando alteraciones genéticas que puedan explicar la



predisposición hereditaria al cáncer en la familia. El qCanceRISK explora más de 100 genes vinculados al cáncer hereditario y 945 lugares polifórmicos del genoma (SNPs) que se han visto asociados a cáncer.

1 DE CADA 4 EMBARAZADAS SUFRIRÁ ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO 23/11/2015

La 42ª Edición del Symposium Internacional que anualmente organiza la Fundación Dexeus Salud de la Mujer ha



reunido a más de 200 profesionales internacionales que han presentado y debatido las últimas novedades en Medicina Maternofetal 2.0. Las sesiones, repartidas en dos jornadas, han ayudado a los profesionales a analizar las nuevas líneas de diagnóstico y tratamiento en diferentes ámbitos de interés como la prematuridad, el embarazo múltiple, el diagnóstico prenatal, y el tratamiento de la preeclampsia, entre otros.

6.2. Medios de comunicación

Fecha	Medio	Tema	Título	Participación	Link
01/01/15	Saber vivir	Cáncer de ovario	Detectar a tiempo el cáncer de ovario	Maite Cusidó	
11/01/15	Ideal de Jaén	Menopausia y sexualidad	Hay sexo después de la menopausia	Montserrat Manubens	
12/01/15	Expansión	Línea Dexeus Mujer - cosméticos	Revlon se alía con Dexeus para entrar en el mercado farmacéutico desde Catalunya	Salud de la Mujer Dexeus	
12/01/15	Expansión	Línea Dexeus Mujer - cosméticos	Revlon se estrena en el mercado farmacéutico desde Catalunya	Directora de marketing Andrea Barri	
12/01/15	Moda.es	Línea Dexeus Mujer - cosméticos	Revlon entra en farmacia a través de la estructura de The Colomer Group	Salud de la Mujer Dexeus	
12/01/15	Objetivo Bienestar	Fecundación in vitro	In vitro, 3 historias reales	Hospital Universitario Dexeus	
23/01/15	Salud y Medicina	Menopausia y riesgo cardiovascular	Enfermedad cardiovascular, primera causa de mortalidad	Pascual García Alfaro	
01/02/15	Saber vivir	Histerectomía	¿En qué casos se llega a extirpar el útero?	Marta Simón	
02/02/15	Europa Press	Test riesgo oncológico - qCanceRisk	Salud de la Mujer Dexeus integra análisis genético para la prevención personalizada ante el riesgo de cáncer	Rafael Fábregas / Xavier Estivill	
02/02/15	Farma News	Test riesgo oncológico - qCanceRisk	Salud de la Mujer Dexeus integra un análisis genético propio en sus consultas para prevenir y actuar de forma personalizada ante el riesgo oncológico	Rafael Fábregas / Xavier Estivill	http://www.farmanews.com/Notas_de_prensa/V8583-Salud_de_la_Mujer_Dexeus_integra_un_analisis_genetico_propio_en_sus_consultas_para_prevenir_y_actuar_de_forma_personalizada_ante_el_riesgo_oncologico.html
02/02/15	Medicina21	Test riesgo oncológico - qCanceRisk	Salud de la Mujer Dexeus integra un análisis genético propio en sus consultas para prevenir y actuar de forma personalizada ante el riesgo oncológico	Rafael Fábregas / Xavier Estivill	http://www.medicina21.com/Notas_De_Prensa-V8583-Salud_de_la_Mujer_Dexeus_integra_un_analisis_genetico_propio_en_sus_consultas_para_prevenir_y_actuar_de_forma_personalizada_ante_el_riesgo_oncologico.html
02/02/15	La Vanguardia	Test riesgo oncológico - qCanceRisk	Salud Mujer Dexeus analiza genes de pacientes para advertir riesgo oncológico	Rafael Fábregas / Xavier Estivill	http://www.lavanguardia.com/vida/20150202/54426764612/salud-mujer-dexeus-analiza-genes-de-pacientes-para-advertir-riesgo-oncologico.html

Fecha	Medio	Tema	Título	Participación	Link
04/02/15	Noticias de Salud	Test riesgo oncológico - qCanceRisk	Medición del riesgo familiar oncológico en la consulta, novedad en Salud de la Mujer Dexeus	Rafael Fábregas / Xavier Estivill	http://noticiadesalud.blogspot.com.es/2015/02/medicion-del-riesgo-familiar-oncologico.html
04/02/15	Vademecum.es	Test riesgo oncológico - qCanceRisk	Salud de la Mujer Dexeus integra un análisis genético propio en sus consultas para prevenir y actuar de forma personalizada ante el riesgo oncológico	Rafael Fábregas / Xavier Estivill	http://noticiadesalud.blogspot.com.es/2015/02/medicion-del-riesgo-familiar-oncologico.html
04/02/15	Acta sanitaria	Enfermedades mitocondriales	Asebir afirma que España está lista para evitar la transmisión de enfermedades mitocondriales	Montse Boada	
04/02/15	Infosalus	Enfermedades mitocondriales	Asebir afirma que España está lista para evitar la transmisión de enfermedades mitocondriales	Montse Boada	
04/02/15	Lainformación	Enfermedades mitocondriales	Asebir dice que los centros de reproducción asistida en España están preparados para producir embriones de tres padres	Montse Boada	
04/02/15	La Vanguardia	Enfermedades mitocondriales	Llevan desde el 2011 revisando la seguridad	Ana Veiga	
05/02/15	INM Medico Hospitalario	Enfermedades mitocondriales	Aprobada una técnica para evitar la transmisión de enfermedades mitocondriales	Montse Boada	http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com.es/2015/02/aprobada-una-tecnica-para-evitar-la.html
06/02/15	Revista Salud Total	Enfermedades mitocondriales	España está preparada para evitar enfermedades mitocondriales	Montse Boada	http://revistasaludtotal.com/espana-tambien-esta-preparada-para-evitar-enfermedades-mitocondriales/
06/02/15	ABC	Ablación	Unas 17.000 niñas procedentes de países subsaharianos están en riesgo de sufrir una mutilación genital en España	Pere Barri Soldevila	http://www.abc.es/sociedad/20150206/abci-ablacion-africa-201502051810.html
09/02/15	Consejos de tu Farmacéutico	Línea Dexeus Mujer - cosméticos	Nueva línea de cosméticos DEXEUS MUJER	Salud de la Mujer Dexeus	http://www.consejosdetufarmaceutico.com/nueva-linea-de-cosmeticos-dexeus-mujer/
09/02/15	El Publicista	Special Postsurgery Swimwear	Las mejores campañas de publicidad españolas del año 2014	Salud de la Mujer Dexeus	http://www.elpublicista.es/las-mejores-campanas-de-publicidad-espanolas-del-ano-2014-vn21004-vst484
13/02/15	Mi Pediatra	Parto	Afronta el parto con optimismo	Bernat Serra	

Fecha	Medio	Tema	Título	Participación	Link
17/02/15	Globomedia	Premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer	El Brännström, XI Premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer	Pedro N. Barri	
19/02/15	Noticias de salud	Premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer	Mats Brännström, el médico que ha logrado el primer nacimiento después de un trasplante de útero, recibe el premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer	Pedro N. Barri	http://noticiadesalud.blogspot.com.es/2015/02/mats-brannstrom-el-medico-que-ha.html
20/02/15	Informativos Tele 5	Premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer	Dexeus Salud de la Mujer premia a Mätts Brännström por lograr un nacimiento tras un trasplante de útero	Pedro N. Barri	
20/02/15	Infosalus	Premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer	Dexeus Salud de la Mujer premia a Mätts Brännström por lograr un nacimiento tras un trasplante de útero	Pedro N. Barri	
20/02/15	La Vanguardia	Premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer	Premian al médico que logró el primer embarazo tras un trasplante de útero	Pedro N. Barri	
21/02/15	Buenos para la salud.com	Premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer	Mats Brännström, doctor en obstetricia y ginecología, XI premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer	Pedro N. Barri	
22/02/15	ABC	Premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer	Mats Brännström: "Recibo por lo menos dos correos al mes de mujeres que quieren donar su útero"	Pedro N. Barri	
23/02/15	Gaceta Médica	Premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer	No consta - breu	Pedro N. Barri	
25/02/15	Salud y Medicina	Línea Dexeus Mujer - cosméticos	Cambios hormonales, principal causa de problemas en mujeres	Pedro N. Barri	
01/03/15	Saber vivir	Maternidad y prevención del cáncer	Haber tenido hijos puede proteger frente al cáncer	Anna Asturgó Muntal	
02/03/15	El País	Premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer	El éxito de un trasplante de útero es que la mujer consiga dar a luz	Fundación Dexeus Salud de la Mujer	
25/03/15	Objetivo Bienestar	Bebés prematuros	Prematuros, los superbebés	Hospital Universitario Dexeus	
28/03/15	Salud y Medicina - El Periódico	Test riesgo oncológico - qCanceRisk	Identificar el riesgo de cáncer con una muestra de sangre	Rafael Fábregas	

Fecha	Medio	Tema	Título	Participación	Link
01/04/15	Saber vivir	Menopausia	Evita que la menopausia altere tu descanso	Pascual García Alfaro	
13/04/15	RAC1	Maternidad tardía	Un embarazo a los 65 años tiene un riesgo demasiado alto	Pedro N. Barri	https://uwhisp.com/lanitarac1/pere-barri-embarassos-als-65-anys-mavergonyeixo-coma-metge-els-hospitals-no-son-botigues-de-nens
20/04/15	La Cope	Infertilidad masculina	El factor masculino	Marta Ballester	http://www.cope.es/player/noche-almeida-infertilidad-210415&id=2015042101580001&activo=10
01/05/15	El País	Endometriosis	El diagnóstico de la endometriosis tarda 7 años de media	Pere Barri Soldevila	
02/05/15	Salud y Medicina - El Periódico	Maternidad tardía	Madre a partir de los 40, una decisión cada vez más común	Elisabet Clua	
12/05/15	Regió 7	Anna Veiga-Premi Honoris Causa	Un reconeixement acadèmic té un plus	Anna Veiga	
14/05/15	Diario Médico	Endometriosis	La cirugía es el último recurso en la endometriosis	Pere Barri Soldevila	
14/05/15	Saber vivir	Sequedad vaginal	Cómo se puede combatir la sequedad vaginal	Montserrat Manubens	
20/05/15	sportvicious.com	Foro Dexeus Mujer	Día Mundial de la Salud de la Mujer - Evento gratuito Dona i esport	Pascual García Alfaro	
21/05/15	Catalunya Ràdio	Debate Bioético	Debate bioético amb Victoria Camps y Anna Veiga	Anna Veiga	
21/05/15	revista Rose	Foro Dexeus Mujer	Día Mundial de la Salud de la Mujer - Foro Dexeus Mujer	Pascual García Alfaro	
01/06/15	Salud y Medicina - El Periódico	Embarazo en verano	El embarazo en verano no tiene por qué ser peor	Sofía Fournier	
05/06/15	Medicos y pacientes.com	Becas Fundación Dexeus	La Fundación Dexeus Salud de la Mujer pone en marcha la X Convocatoria de Becas para proyectos de investigación clínica	Fundación Dexeus Salud de la Mujer	http://www.medicosypacientes.com/print/articulo/la-fundacion-dexeus-salud-de-la-mujer-pone-en-marcha-la-x-convocatoria-de-becas-para
09/06/15	EFE Salud	Embarazo	Parto y puerperio: Tus primeros días como madre	Alberto Rodríguez Melcón	http://www.efesalud.com/blog-salud-prevencion/parto-y-puerperio-tus-primeros-dias-como-madre/
10/06/15	8 al dia - BTv	Preservación fertilidad oncológica	Primera fecundació al món d'una dona amb teixit oàric infantil	Pedro N. Barri	http://www.8tv.cat/8aldia/videos/primera-fecundacio-al-mon-duna-dona-amb-teixit-ovaric-infantil/

Fecha	Medio	Tema	Título	Participación	Link
11/06/15	La Vanguardia	Preservación fertilidad oncológica	El tejido ovárico congelado de niña permite a una joven belga ser madre	Anna Veiga / Pedro N. Barri	
11/06/15	Gaceta Médica	Preservación fertilidad	Expertos internacionales se reúnen para consensuar los protocolos de preservación de la fertilidad	Pedro N. Barri	
11/06/15	Noticias de Salud	Preservación fertilidad	Expertos mundiales en fertilidad se reúnen para consensuar por primera vez una guía de protocolos médicos de preservación de la fertilidad	Pedro N. Barri	http://noticiadesalud.blogspot.com.es/2015/06/expertos-mundiales-en-fertilidad-se.html
12/06/15	Secretos de Salud.es	Firmas genéticas y cáncer de mama	Jornada de firmas genéticas y cáncer de mama	Rafael Fábregas	http://www.secretosdesalud.es/noticia/1039/Actualidad/Jornada-de-firmas-geneticas-y-cancer-de-mama.html
12/06/15	Noticias de Salud	Firmas genéticas y cáncer de mama	Expertos en oncología se reúnen para elaborar una guía del uso de la firma genética en el pronóstico y el tratamiento del cáncer de mama	Rafael Fábregas	http://noticiadesalud.blogspot.com.es/2015/06/expertos-en-oncologia-se-reunen-para.html
15/06/15	Teinteresa.es	Firmas genéticas y cáncer de mama	Expertos elaboran la guía de uso de la firma genética en el pronóstico del cáncer de mama	Rafael Fábregas	http://www.teinteresa.es/salud/asistencia-sanitaria/Expertos-elaboran-genetica-pronostico-cancer_0_1376262636.html
15/06/15	Lainformación.com	Firmas genéticas y cáncer de mama	Expertos elaboran la guía de uso de la firma genética en el pronóstico del cáncer de mama	Rafael Fábregas	http://www.lainformacion.com/salud/cancer/expertos-elaboran-la-guia-de-uso-de-la-firma-genetica-en-el-pronostico-del-cancer-de-mama_7P98Af3gQpTnT2ihJAq3f2/
15/06/15	Yahoo España	Firmas genéticas y cáncer de mama	Expertos elaboran la guía de uso de la firma genética en el pronóstico del cáncer de mama	Rafael Fábregas	https://es.noticias.yahoo.com/expertos-elaboran-gu%C3%ADa-uso-firma-gen%C3%A9tica-pron%C3%B3stico-c%C3%A1ncer-091658770.html
15/06/15	El Economista	Firmas genéticas y cáncer de mama	Expertos elaboran la guía de uso de la firma genética en el pronóstico del cáncer de mama	Rafael Fábregas	http://ecodiario.eleconomista.es/salud/noticias/6793135/06/15/Expertos-elaboran-la-guia-de-uso-de-la-firma-genetica-en-el-pronostico-del-cancer-de-mama.html
15/06/15	La Voz Libre	Firmas genéticas y cáncer de mama	Expertos elaboran la guía de uso de la firma genética en el pronóstico del cáncer de mama	Rafael Fábregas	http://www.lavozlibre.com/noticias/ampliar/1088221/expertos-elaboran-la-guia-de-uso-de-la-firma-genetica-en-el-pronostico-del-cancer-de-mama
15/06/15	Informativos Tele 5	Firmas genéticas y cáncer de mama	Expertos elaboran la guía de uso de la firma genética en el pronóstico del cáncer de mama	Rafael Fábregas	http://www.telecinco.es/informativos/sociedad/Expertos-elaboran-genetica-pronostico-cancer_0_2003925102.html

Fecha	Medio	Tema	Título	Participación	Link
15/06/15	Infosalus	Firmas genéticas y cáncer de mama	Expertos elaboran la guía de uso de la firma genética en el pronóstico del cáncer de mama	Rafael Fábregas	http://www.infosalus.com/asistencia/noticia-uso-firma-genetica-pronostico-tratamiento-cancer-mama-20150615111658.html
15/06/15	Siglo XXI	Firmas genéticas y cáncer de mama	Expertos elaboran la guía de uso de la firma genética en el pronóstico del cáncer de mama	Rafael Fábregas	http://www.diariosigloxxi.com/texto-ep/mostrar/20150615111658/expertos-elaboran-la-guia-de-uso-de-la-firma-genetica-en-el-pronostico-del-cancer-de-mama
16/06/15	Canarias7.es	Ovodonación	A partir de los 44 años las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante	Marta Devesa	http://www.canarias7.es/articulo.cfm?Id=379645
16/06/15	Cronica de Cantabria	Ovodonación	A partir de los 44 años las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante	Marta Devesa	
16/06/15	Diario siglo XXI	Ovodonación	A partir de los 44 años las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante	Marta Devesa	
16/06/15	ElEconomista.es	Ovodonación	A partir de los 44 años las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante	Marta Devesa	http://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/6798010/06/15/A-partir-de-los-44-anos-las-mujeres-deberian-recurrir-a-ovulos-de-donante.html
16/06/15	Informativos Tele 5.com	Ovodonación	A partir de los 44 años las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante	Marta Devesa	http://www.telecinco.es/informativos/mujeres-deberian-recurrir-ovulos-donante_0_2004450529.html
16/06/15	Infosalus.com	Ovodonación	¿Hasta qué edad puede una mujer utilizar sus propios óvulos?	Marta Devesa	http://www.infosalus.com/mujer/noticia-edad-puede-mujer-usar-propios-ovulos-20150616184611.html
16/06/15	DaylyMail.co.UK	Ovodonación	Freeze your eggs by 35, women told	Marta Devesa	
16/06/15	Express.co.UK	Ovodonación	Women warned to FREEZE their eggs by age 35 – or risk not having children	Marta Devesa	
16/06/15	Mirror	Ovodonación	Fertility warning: womwn leaving it too late to have children bacause of ‘miracle’ of celebrity babies	Marta Devesa	
16/06/15	SkyNews	Ovodonación	Women ‘should be encouraged’ to freeze eggs by 35	Marta Devesa	
16/06/15	The Guardian	Ovodonación	Chances of IVF success ‘futile’ for women over 44, says study	Marta Devesa	
16/06/15	The Independent	Ovodonación	Women ‘should be urged’ to ‘freeze their eggs by 35’ and give birth by 38, according to new study	Marta Devesa	

Fecha	Medio	Tema	Título	Participación	Link
16/06/15	The Telegraph	Ovodonación	Women wanting families should conceive of freeze their eggs by 35, say doctors	Marta Devesa	
16/06/15	Time	Ovodonación	This is when women using IVF should consider Donor Eggs	Marta Devesa	
16/06/15	Lainformación.com	Ovodonación	A partir de los 44 años las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante	Marta Devesa	http://www.lainformacion.com/salud/reproduccion/a-partir-de-los-44-anos-las-mujeres-deberian-recurrir-a-ovulos-de-donante_TtapP7WKnWGPajsg1WBBZ/
16/06/15	MedicinaTV.com	Ovodonación	¿Hasta qué edad puede una mujer utilizar sus propios óvulos para lograr un embarazo?	Marta Devesa	http://www.medicinatv.com/reportajes/hasta-que-edad-puede-una-mujer-usar-sus-propios-ovulos-para-lograr-un-embarazo
16/06/15	SecretosdeSalud	Ovodonación	¿Hasta qué edad puede una mujer utilizar sus propios óvulos?	Marta Devesa	http://www.secretosdesalud.es/noticia/1047/Mujer-e-infancia/Hasta-que-edad-puede-una-mujer-usar-sus-propios-ovulos?.html
16/06/15	Teinteresa.es	Ovodonación	A partir de los 44 años las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante	Marta Devesa	http://www.teinteresa.es/noticias/mujeres-deberian-recurrir-ovulos-donante_0_1376863790.html
16/06/15	diariosigloXXI	Preservación fertilidad	Expertos elaboran una guía para el tratamiento de la preservación de la fertilidad	Pedro N. Barri	
16/06/15	eleconomista.es	Preservación fertilidad	Expertos elaboran una guía para el tratamiento de la preservación de la fertilidad	Pedro N. Barri	http://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/6796273/06/15/Expertos-elaboran-una-guia-para-el-tratamiento-de-la-preservacion-de-la-fertilidad.html
16/06/15	informativos tele5.com	Preservación fertilidad	Expertos elaboran una guía para el tratamiento de la preservación de la fertilidad	Pedro N. Barri	http://www.telecinco.es/informativos/Expertos-elaboran-tratamiento-preservacion-fertilidad_0_2004450141.html
16/06/15	Infosalus.com	Preservación fertilidad	Expertos elaboran una guía para el tratamiento de la preservación de la fertilidad	Pedro N. Barri	http://www.infosalus.com/mujer/noticia-expertos-elaboran-guia-protocolos-preservacion-fertilidad-20150616113946.html
16/06/15	lainformacion.com	Preservación fertilidad	Expertos elaboran una guía para el tratamiento de la preservación de la fertilidad	Pedro N. Barri	http://www.lainformacion.com/salud/investigacion-medica/expertos-elaboran-una-guia-para-el-tratamiento-de-la-preservacion-de-la-fertilidad_Xk8Qk77Vm49JQ4hb8luQc6/
16/06/15	teinteresa.es	Preservación fertilidad	Expertos elaboran una guía para el tratamiento de la preservación de la fertilidad	Pedro N. Barri	http://www.teinteresa.es/noticias/Expertos-elaboran-tratamiento-preservacion-fertilidad_0_1376862682.html

Fecha	Medio	Tema	Título	Participación	Link
16/06/15	Saber vivir	Infecciones de orina	Cómo evitar infecciones de orina recurrentes	Jorge Ruiz Caballero	
17/06/15	Enfermería Palencia	Ovodonación	A partir de los 44 años las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante	Marta Devesa	http://www.enfermeriapalencia.com/modules.php?name=Noticias_enfermeras&op=ver&id=8984
17/06/15	Mujer Life	Ovodonación	¿A qué edad dejan de ser fértiles los óvulos de una mujer?	Marta Devesa	
17/06/15	Hola!	Ovodonación	A partir de los 44 años las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante	Marta Devesa	http://tuotrodiario.hola.com/noticia/20150616165217/a-partir-de-los-44-anos-las-mujeres-deberian-recurrir-a-ovulos-de-donante/
18/06/15	Acta Sanitaria	Diabetes y embarazo	La SEEN premia una comunicación oral del servicio de Endocrinología y Nutrición del H. Dexeus	Eva Meler / Alberto Rodríguez Melcón / Bernat Serra	http://www.actasanitaria.com/la-seen-premia-una-comunicacion-oral-del-servicio-de-endocrinologia-y-nutricion-del-h-dexeus/
19/06/15	La Información	RSC - Preservación fertilidad oncológica	Rsc. Emprendedores sociales buscan financiación a través de 'ship2b'	Fundación Dexeus Salud de la Mujer	http://www.lainformacion.com/asuntos-sociales/servicios-sociales/rsc-emprendedores-sociales-buscan-financiacion-a-traves-de-ship2b_x4pwRx9fMwA4G2gfA3pok1/
19/06/15	Discapnet.es	RSC - Preservación fertilidad oncológica	Rsc. Emprendedores sociales buscan financiación a través de 'ship2b'	Fundación Dexeus Salud de la Mujer	http://www.discapnet.es/Castellano/Actualidad/Noticias_Actualidad/rsc-emprendedores-sociales-buscan-financiacion-a-traves-de-39ship2b39.aspx
19/06/15	ElEconomista.es	RSC - Preservación fertilidad oncológica	Rsc. Emprendedores sociales buscan financiación a través de 'ship2b'	Fundación Dexeus Salud de la Mujer	http://ecodiario.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/6807760/06/15/Rsc-emprendedores-sociales-buscan-financiacion-a-traves-de-ship2b.html
19/06/15	Teinteresa.es	RSC - Preservación fertilidad oncológica	Rsc. Emprendedores sociales buscan financiación a través de 'ship2b'	Fundación Dexeus Salud de la Mujer	http://www.teinteresa.es/dinero/empresas/EMPRENDEDORES-SOCIALES-BUSCAN-FINANCIACION-TRAVES_0_1378663485.html
19/06/15	Servimedia.es	RSC - Preservación fertilidad oncológica	Rsc. Emprendedores sociales buscan financiación a través de 'ship2b'	Fundación Dexeus Salud de la Mujer	http://www.servimedia.es/Noticias/Detalle.aspx?n=459939&s=24
27/06/15	Salud y medicina - El Periódico	Estudio integral de fertilidad	¿Por qué no me quedo embarazada?	Ventura Coroleu	
01/07/15	Saber vivir	Calcificaciones mamarias	Calcificaciones mamarias que hay que controlar	Rafael Fábregas	
06/07/15	El País	Reproducción asistida	6 mentiras que están impidiendo su embarazo (y alguna que otra verdad)	Buenaventura Coroleu	http://elpais.com/elpais/2015/06/23/buenavida/1435050779_795351.html
10/07/15	La voz de Galicia	Medicina genómica	En Galicia es donde más ha avanzado la medicina genómica	Xavier Estivill	http://www.lavozdegalicia.es/noticia/santiago/2015/07/10/galicia-avanzado-medicina-genomica/0003_201507S10C29916.htm

Fecha	Medio	Tema	Título	Participación	Link
16/07/15	Diario Médico	Reproducción asistida	Satisfacción por el RD de reproducción asistida	Montserrat Boada	
31/07/15	Salud y medicina - El Periódico	Mamografía	No sólo la mamografía detecta cáncer de mama	Belén Úbeda	
01/08/15	Glamour	Preservación fertilidad	Tres razones para congelar tus óvulos... o no	Buenaventura Coroleu	
01/08/15	Saber vivir	Menopausia	Síntomas de menopausia: alívalos con fitoestrógenos	Pascual García Alfaro	
01/09/15	Saber vivir	Menopausia	Evita que las hormonas afecten a tu aspecto	Pascual García Alfaro	
10/09/15	Pikara Magazine	Endometriosis	Endometriosis: guerreras contra el dolor y el silencio	Pere Barri Soldevila	http://www.pikaramagazine.com/2015/09/endometriosis-guerreras-contra-el-dolor-y-el-silencio/
30/09/15	Noticias de Salud	Reproducción asistida	Kersti Lundin, Presidenta de la ESHRE, ha inaugurado el curso académico del 18º Máster en Reproducción Asistida de Salud de la Mujer Dexeus y la UAB	Salud de la Mujer Dexeus	http://noticiadesalud.blogspot.com.es/2015/09/kersti-lundin-presidenta-de-la-eshre-ha.html
01/10/15	Saber vivir	Pérdidas de orina	Las pérdidas de orina se trata y se solucionan	Pere Barri Soldevila	
03/10/15	Salud y medicina - El Periódico	Maternidad tardía	Menos inseguridades en madres de más de 40 años	Pedro N. Barri	
09/10/15	ABC	Ablación	Cataluña pagará la cirugía de clítoris a las víctimas de ablación	Pere Barri Soldevila	
12/10/15	ARA	Reproducción asistida	Kersti Lundin: A Suècia necessitarem donants d'esperma	Salud de la Mujer Dexeus	http://www.ara.cat/societat/Kersti-Lundin-Suecia-necessitarem-desperma_0_1447655283.html
12/10/15	El País Catalunya	Ablación	El Clínic será el centro de referencia para reconstrucciones de clítoris	Pere Barri Soldevila	http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/10/11/catalunya/1444591428_214750.html
13/10/15	Glamour	Cáncer de mama	¿Puede el sujetador con aros incrementar el riesgo de cáncer de pecho?	Salud de la Mujer Dexeus	http://www.glamour.es/belleza/cuerpo/articulos/sujetador-cancer-y-talla/20491
19/10/15	Infosalus	Cáncer de mama	El 15% de los cáncer de mama tienen origen hereditario	Maite Cusidó	http://www.infosalus.com/asistencia/noticia-15-casos-cancer-mama-tienen-origen-hereditario-20151019090439.html
20/10/15	La Opinión de Cartagena	Cáncer de mama	La detección precoz salva al 86% de las pacientes de cáncer de mama	Salud de la Mujer Dexeus	

Fecha	Medio	Tema	Título	Participación	Link
20/10/15	La Opinión de Murcia	Cáncer de mama	La detección precoz salva al 86% de las pacientes de cáncer de mama	Salud de la Mujer Dexeus	http://www.laopiniondemurcia.es/vida-y-estilo/salud/2015/10/19/decalogo-prevencion-cancer-mama/685395.html
19/10/15	Antena 3	Cáncer de mama	Decálogo de prevención del cáncer de mama para minimizar los factores de riesgo	Salud de la Mujer Dexeus	http://www.antena3.com/noticias/salud/decalogo-prevencion-cancer-mama-minimizar-factores-riesgo_20151019571ee01c4beb287a291b4a16.html
19/10/15	BTV Notícies.cat	Cáncer de mama	El 75 % de les afectades per càncer de mama conserven els pits	Maite Cusidó	http://www.btv.cat/btvnoticies/2015/10/19/75-per-cent-afectades-per-cancer-mama-conserva-pits/
19/10/15	Consejos de tu Farmaceutico	Cáncer de mama	El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario	Maite Cusidó	
19/10/15	Diario de Ibiza	Cáncer de mama	Decálogo de prevención del cáncer de mama	Salud de la Mujer Dexeus	http://www.diariodeibiza.es/vida-y-estilo/salud/2015/10/19/decalogo-prevencion-cancer-mama/800184.html?utm_source=rss
19/10/15	Diario Información	Cáncer de mama	Decálogo de prevención del cáncer de mama	Salud de la Mujer Dexeus	
19/10/15	Diariocrítico	Cáncer de mama	10 consejos para prevenir y protegerte contra el cáncer de mama	Salud de la Mujer Dexeus	
19/10/15	El Dia	Cáncer de mama	El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario	Maite Cusidó	http://eldia.es/agencias/8357894-casos-cancer-mama-tienen-origen-hereditario
19/10/15	El Economista.es	Cáncer de mama	El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario	Maite Cusidó	http://ecodiario.eleconomista.es/salud/noticias/7081391/10/15/El-15-de-los-casos-de-cancer-de-mama-tienen-origen-hereditario.html
31/10/15	El Periódico de Catalunya	Cáncer de mama	En cáncer de mama, menos es más	Maite Cusidó	
19/10/15	El Semanal Digital	Cáncer de mama	El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario	Maite Cusidó	
19/10/15	Enfermería Palencia	Cáncer de mama	El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario	Maite Cusidó	
19/10/15	Faro de Vigo	Cáncer de mama	Decálogo de prevención del cáncer de mama	Salud de la Mujer Dexeus	http://www.farodevigo.es/vida-y-estilo/salud/2015/10/19/decalogo-prevencion-cancer-mama/1334378.html
19/10/15	Heraldo	Cáncer de mama	El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario	Maite Cusidó	
19/10/15	Heraldo de Soria	Cáncer de mama	El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario	Maite Cusidó	

Fecha	Medio	Tema	Título	Participación	Link
19/10/15	Heraldo de Soria	Cáncer de mama	El 15% de los casos de cáncer de mama tienen...	Maite Cusidó	
20/10/15	Herencia genética y enfermedad	Cáncer de mama	El 15% de los casos de cáncer de mama tiene origen hereditario :: El Médico Interactivo :: El 15% de los casos de cáncer de mama tiene origen hereditario	Maite Cusidó	
19/10/15	Hola24h	Cáncer de mama	El 15 por ciento de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario	Maite Cusidó	
19/10/15	Infosalus	Cáncer de mama	El 15% de los cáncer de mama tienen origen hereditario	Maite Cusidó	
19/10/15	Infosalus	Cáncer de mama	Protégete frente al cáncer de mama	Salud de la Mujer Dexeus	
19/10/15	Interbusca	Cáncer de mama	El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario	Maite Cusidó	http://noticias.interbusca.com/salud/el-15-de-los-casos-de-cancer-de-mama-tienen-origen-hereditario-20151019090439.html
19/10/15	La Nueva España	Cáncer de mama	Decálogo de prevención del cáncer de mama	Salud de la Mujer Dexeus	http://www.lne.es/vida-y-estilo/salud/2015/10/19/decalogo-prevencion-cancer-mama/1828926.html?utm_medium=rss
19/10/15	La Opinión A Coruña	Cáncer de mama	Decálogo de prevención del cáncer de mama	Salud de la Mujer Dexeus	
19/10/15	La Opinion de Murcia	Cáncer de mama	Decálogo de prevención del cáncer de mama	Salud de la Mujer Dexeus	
19/10/15	La Opinión de Tenerife	Cáncer de mama	Decálogo de prevención del cáncer de mama	Salud de la Mujer Dexeus	http://www.laopinion.es/vida-y-estilo/salud/2015/10/19/decalogo-prevencion-cancer-mama/634105.html
19/10/15	La Provincia - Diario de Las Palmas	Cáncer de mama	Decálogo de prevención del cáncer de mama	Salud de la Mujer Dexeus	
19/10/15	Lainformacion.com	Cáncer de mama	El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario	Maite Cusidó	http://www.lainformacion.com/salud/tratamiento-de-salud/el-15-de-los-casos-de-cancer-de-mama-tienen-origen-hereditario_Wes5Mzo2jL4ZngxqL0W3/
19/10/15	Levante El Mercantil Valenciano	Cáncer de mama	Decálogo de prevención del cáncer de mama	Salud de la Mujer Dexeus	
19/10/15	Madrid Press	Cáncer de mama	El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario	Maite Cusidó	http://madridpress.com/not/195141/el-15-de-los-casos-de-cancer-de-mama-tienen-origen-hereditario/

Fecha	Medio	Tema	Título	Participación	Link
16/10/15	N3ws Tercera Edad	Cáncer de mama	El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario	Maite Cusidó	
19/10/15	Opinión de Málaga	Cáncer de mama	Decálogo de prevención del cáncer de mama	Salud de la Mujer Dexeus	http://www.laopiniondemalaga.es/vida-y-estilo/salud/2015/10/19/decalogo-prevencion-cancer-mama/802837.html?utm_source=rss
19/10/15	Opinión de Zamora	Cáncer de mama	Decálogo de prevención del cáncer de mama	Salud de la Mujer Dexeus	
19/10/15	RAC 1	Cáncer de mama	Día Mundial Càncer de Mama	Salud de la Mujer Dexeus	
19/10/15	Republica.com	Cáncer de mama	El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario	Maite Cusidó	
19/10/15	Secretos de Salud.es	Cáncer de mama	El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario	Maite Cusidó	
19/10/15	Super Deporte	Cáncer de mama	Decálogo de prevención del cáncer de mama	Salud de la Mujer Dexeus	
19/10/15	TelInteresa.es	Cáncer de mama	El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario	Maite Cusidó	http://www.teinteresa.es/noticias/casos-cancer-mama-origen-hereditario_0_1451854850.html
19/10/15	TeleAlmeria Noticias.es	Cáncer de mama	El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario	Maite Cusidó	
20/10/15	TeleMadrid	Cáncer de mama	El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario	Maite Cusidó	
20/10/15	Herencia genética y enfermedad	Cáncer de mama	El 15% de los casos de cáncer de mama tiene origen hereditario	Maite Cusidó	http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com.es/2015/10/el-15-de-los-casos-de-cancer-de-mama.html
20/10/15	Telemadrid	Cáncer de mama	El 15% de los casos de cáncer de mama tiene origen hereditario	Maite Cusidó	http://www.telemadrid.es/noticias/sociedad/noticia/el-15-de-los-casos-de-cancer-de-mama-tienen-origen-hereditario
22/10/15	Sexperimentando	Cáncer de mama	Día Mundial del cáncer de mama: cómo afecta al cuerpo y a la mente	Salud de la Mujer Dexeus	http://www.sexperimentando.es/dia-mundial-del-cancer-de-mama-como-afecta-al-cuerpo-y-a-la-mente/
23/10/15	Infosalus	Cáncer de mama	Cómo protegerte contra el cáncer de mama	Salud de la Mujer Dexeus	http://www.infosalus.com/mujer/noticia-decalogo-prevencion-cancer-mama-20151019072633.html
31/10/15	Salud y Medicina - El Periódico	Cáncer de mama	En cáncer de mama, menos es más	Rafael Fábregas	
01/11/15	Saber vivir	Viagra femenina	La píldora rosa, la nueva "viagra femenina"	Stefanie Redon	

Fecha	Medio	Tema	Título	Participación	Link
24/11/15	El Economista	Depresión y embarazo	Es fundamental la detección precoz de la ansiedad y la depresión en las embarazadas para evitar consecuencias en el niño	Ariana Serrano / Sofía Fournier / Xavier López	http://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/7170903/11/15/es-fundamental-la-deteccion-precoz-de-la-ansiedad-y-la-depresion-en-las-embarazadas-para-evitar-consecuencias-en-el-nino.html#
24/11/15	Siglo XXI	Depresión y embarazo	Es fundamental la detección precoz de la ansiedad y la depresión en las embarazadas para evitar consecuencias en el niño	Ariana Serrano / Sofía Fournier / Xavier López	http://www.diariosigloxxi.com/texto-ep/mostrar/20151124141333/es-fundamental-la-deteccion-precoz-de-la-ansiedad-y-la-depresion-en-las-embarazadas-para-evitar-consecuencias-en-el-nino
24/11/15	Informativos Telecinco	Depresión y embarazo	Es fundamental la detección precoz de la ansiedad y la depresión en las embarazadas para evitar consecuencias en el niño	Ariana Serrano / Sofía Fournier / Xavier López	http://www.telecinco.es/informativos/fundamental-deteccion-depresion-embarazadas-consecuencias_0_2088975297.html
24/11/15	Infosalus	Depresión y embarazo	La detección precoz de la ansiedad y la depresión en las embarazadas es algo fundamental	Ariana Serrano / Sofía Fournier / Xavier López	http://www.infosalus.com/mujer/noticia-deteccion-precoz-ansiedad-depresion-embarazadas-algo-fundamental-20151124141333.html
24/11/15	MedicinaTV.com	Depresión y embarazo	Es fundamental la detección precoz de la ansiedad y la depresión en las embarazadas para evitar consecuencias en el niño	Ariana Serrano / Sofía Fournier / Xavier López	http://www.medicinatv.com/noticias/es-fundamental-la-deteccion-precoz-de-la-ansiedad-y-la-depresion-en-las-embarazadas-para-evitar-consecuencias-en-el-nino#
24/11/15	Teinteresa.es	Depresión y embarazo	Es fundamental la detección precoz de la ansiedad y la depresión en las embarazadas para evitar consecuencias en el niño	Ariana Serrano / Sofía Fournier / Xavier López	http://www.teinteresa.es/noticias/fundamental-deteccion-depresion-embarazadas-consecuencias_0_1473453298.html
24/11/15	Lainformación.com	Depresión y embarazo	Es fundamental la detección precoz de la ansiedad y la depresión en las embarazadas para evitar consecuencias en el niño	Ariana Serrano / Sofía Fournier / Xavier López	http://www.lainformacion.com/salud/pediatrica/es-fundamental-la-deteccion-precoz-de-la-ansiedad-y-la-depresion-en-las-embarazadas-para-evitar-consecuencias-en-el-nino_GSNT782omzvRFXThhQDym5/
24/11/15	Noticias de salud	Depresión y embarazo	1 de cada 4 embarazadas sufrirá ansiedad y depresión en el embarazo	Ariana Serrano	http://noticiadesalud.blogspot.com.es/2015/11/1-de-cada-4-embarazadas-sufrira.html
24/11/15	Globedia España	Depresión y embarazo	1 de cada 4 embarazadas sufrirá ansiedad y depresión en el embarazo	Ariana Serrano	http://es.globedia.com/embarazadas-sufrira-ansiedad-depresion-embarazo
25/11/15	La Vanguardia	Depresión y embarazo	Una de cada cuatro embarazadas sufre ansiedad y depresión en el embarazo	Ariana Serrano / Sofía Fournier	http://www.lavanguardia.com/vida/20151124/30364441887/una-de-cada-cuatro-embarazadas-sufre-ansiedad-y-depresion-en-el-embarazo.html

Fecha	Medio	Tema	Título	Participación	Link
25/11/15	Revista Farmanatur	Depresión y embarazo	Ansiedad y depresión en el embarazo	Ariana Serrano / Sofía Fournier / Xavier López	http://revistafarmanatur.com/noticias/ansiedad-y-depresion-en-el-embarazo/
27/11/15	Hacer familia	Depresión y embarazo	Depresión en el embarazo: combátela con ejercicio	Fundación Dexeus Salud de la Mujer	http://www.hacerfamilia.com/embarazo/noticia-depresion-embarazo-combatela-ejercicio-20151127094841.html
27/11/15	Bebés y más	Depresión y embarazo	Ansiedad y depresión: tan comunes en el embarazo que las sufre una de cada cuatro mujeres	Fundación Dexeus Salud de la Mujer	http://www.bebesymas.com/embarazo/ansiedad-y-depresion-tan-comunes-en-el-embarazo-que-las-sufrira-una-de-cada-cuatro-mujeres
28/11/15	Tubebsalud.com	Depresión y embarazo	Ansiedad y depresión: tan comunes en el embarazo que las sufre una de cada cuatro mujeres	Fundación Dexeus Salud de la Mujer	http://www.tubesalud.com/ansiedad-y-depresion-tan-comunes-en-el-embarazo-que-las-sufre-una-de-cada-cuatro-mujeres/
29/11/15	ABC	Depresión y embarazo	Una de cada cuatro mujeres sufre ansiedad y estrés en el embarazo	Ariana Serrano / Sofía Fournier	http://www.abc.es/familia/padres-hijos/abci-cada-cuatro-mujeres-sufre-ansiedad-y-estres-embarazo-201511271428_noticia.html
29/11/15	La Voz Digital	Depresión y embarazo	Una de cada cuatro mujeres sufre ansiedad y estrés en el embarazo	Ariana Serrano / Sofía Fournier	http://www.lavozdigital.es/familia/padres-hijos/abci-cada-cuatro-mujeres-sufre-ansiedad-y-estres-embarazo-201511271428_noticia.html
01/12/15	Saber vivir	Infecciones vaginales	Los 5 errores que causan las infecciones íntimas	Olga Salas	
04/12/15	La Vanguardia	Manipulación genética / CRISP	¿Debe autorizarse la manipulación genética de embriones?	Anna Veiga	
05/12/15	Salud y Medicina - El Periódico	Embarazo y gripe	Las embarazadas, grupo de riesgo ante la gripe	Bernat Serra	
11/12/15	PR Noticias	Maternidad 2.0	Las mejores webs, apps y redes sociales para ayudar a madres inexpertas	Sofía Fournier	
14/12/15	Onda saludable	Maternidad 2.0	Madre, ginecóloga y bloguera? ¿quién dijo miedo?	Sofía Fournier	http://prnoticias.com/podcast/ondasaludable/20147274-madres-blogueras

SALUD FEMENINA

Detectar a tiempo el cáncer de ovario

Se calcula que tan solo el 33% de este tipo de tumores se diagnostica de forma precoz. Para detectarlo lo antes posible es vital hacerse controles ginecológicos anuales, y para reducir el riesgo lo mejor es seguir un estilo de vida sano



DRA. MAITE CUSIDÓ
Jefe de la Unidad de Riesgo
Oncológico de Salud de la
Mujer Dexeus, Barcelona

Hoy en día, el cáncer de ovario ocupa el sexto lugar entre los tumores malignos que afectan a la mujer, por detrás de los cánceres de mama, colon, pulmón, útero y de los linfomas. En España se diagnostican unos 3.300 casos al año.

¿ES FÁCIL RECONOCER ESTE TIPO DE TUMOR?

La falta de síntomas o molestias en los primeros estadios de la enfermedad hace que la mayoría de las mujeres no acudan a la consulta médica por este motivo. Por eso es tan importante hacerse un examen ginecológico completo cada año, que permita un diagnóstico precoz. Cuando la enfermedad se ha propagado más allá de los ovarios es cuando suelen empezar a notarse

TOMA NOTA

Conocer el riesgo es fundamental

- ◀ **Antecedentes familiares.** Si tu madre o tu hermana han tenido cáncer de ovario debes ser especialmente cuidadosa con tus revisiones, porque tu riesgo es algo mayor.
- ◀ **Ciertos genes alterados** provocan una predisposición elevada. Los más conocidos son los BRCA1 y BRCA2. Ante la sospecha, un test genético ayuda a identificarlos.
- ◀ **La terapia hormonal sustitutiva** también puede aumentar el riesgo según varias investigaciones, sobre todo si el tratamiento se sigue durante mucho tiempo.

cluido el escolar, y las capacidades cognitivas.

Un reciente trabajo sobre esta cuestión realizado en el Centro para la Salud Cerebral de la Universidad de Texas concluyó -en líneas con otros muchos anteriores- que el fumado de esta sustancia provoca al principio una mayor actividad cerebral, que comienza a degradarse muy rápidamente. El deterioro va acompañado de una paulatina pérdida de materia gris, que podría ser la explicación del deterioro de coeficiente intelectual que padecen los consumidores habituales.

Las consultas de Psiquiatría, como la que dirige González Pinto, han experimentado en los últimos años un espectacular aumento de casos de jóvenes afectados por problemas de salud tan graves como la psicosis y la esquizofrenia. La marihuana está presente en dos de cada tres historias clínicas. Incluso los investigadores que defienden el uso terapéutico de la marihuana, como el reconocido biólogo y bioquímico Manuel Guzmán, catedrático de la Universidad Complutense, advierten de los daños del cannabis en un cerebro en desarrollo. «A los 14 años, las neuronas no han completado su arborización. No han 'crecido' todas las terminales que les permiten conectar y que en su estructura básica se completan para los 18», explica. Ana González Pinto añade un comentario a esta reflexión. «Una planta es un producto complejo con muchísimos componentes. Algunos de ellos pueden verse como beneficiosos en un laboratorio, lo mismo que el opio o la morfina. Otra cosa distinta es su consumo», alerta.

Contradicciones

La autorización de los clubes de cannabis frente al mayor acceso al fumado de tabaco no es la única contradicción que aparece en la nueva Ley de Adicciones que el Gobierno vasco llevará al Parlamento. Varios especialistas consultados por este periódico han coincidido al comentar la contradicción que se da entre la 'tutela' administrativa sobre el ciudadano, al mismo tiempo que se deja en los adultos la responsabilidad de que los menores entren en bares y cafeterías. «Fue lógico prohibir fumar en los restaurantes, no lo fue tanto impedirlo en los bares y tampoco lo es hacerlo en los campos de fútbol o las plazas de toros», argumenta el psiquiatra Jerónimo García San Cornelio, experto en Adicciones. «El legislador te considera irresponsable hasta el punto de que te detalla por dónde te puedes mover y por dónde no. Pero tu inmadurez no te exime de la responsabilidad del niño. Queremos proteger a los menores -añade-, pero les permitimos que vean grupos de mayores bebiendo en la calle o fumando de mala manera, apilados todos bajo una techumbre, critica. «La función del médico es prevenir, curar y cuidar, pero no prohibir ni imponer», concluye.

Hay sexo después de la menopausia

La atrofia vaginal afecta al 40% de las mujeres maduras, pero solo una de cada cuatro busca una solución

FERMIN APEZTEGUIA

MADRID. Más del 40% de las mujeres maduras sufren atrofia vaginal, pero muy pocas, solo una de cada cuatro, acuden al ginecólogo en busca de un remedio. Como consecuencia, sus relaciones sexuales se vuelven cada vez más dolorosas, hasta el punto de que muchas de ellas llegan a abandonarlas para siempre, y favorecen la aparición de otros problemas de salud que complican aún más su calidad de vida. Entran en una especie de espiral patológica y lo que comienza con una simple sequedad vaginal acaba convirtiéndose -o puede acabar haciéndolo- en un rosario de enfermedades que afectan también a la vejiga urinaria y la uretra. Pero no tiene por qué ocurrir así. Una adecuada y sencilla prevención, que puede comenzar antes de que llegue la menopausia, permite a la mujer vivir la sexualidad con plenitud independientemente de su edad.

La vida sexual continúa después de la última regla. Ese es uno de los mensajes que tratan de transmitir los más de 400 ginecólogos que participan en el congreso nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, que se celebra recientemente en Bilbao, bajo el lema 'Prevenir es vivir seguro'. Las cifras de la dolencia infunden respeto. Cuando los especialistas hablan de que solo una de cada cuatro afectadas consulta este problema a su ginecólogo, lo que están diciendo es que unos 3 millones de mujeres prefieren pensar que las consecuencias de la atrofia sexual que padecen son simplemente cosas de la edad.

«La salud vaginal es un derecho de la mujer», proclama la especialista Montserrat Manubens, secretaria de la sociedad científica organizadora. «Y eso significa que podemos mantener una vagina en condiciones para llevar una vida sexual satisfactoria, sin tener molestias algunas», detalla la especialista, responsable de la unidad de Salud de la Mujer y Menopausia del Instituto Dexeus, de Barcelona.

A partir de los 48 años

La sequedad vaginal, como el torrem de complicaciones que acompañan a la menopausia, es consecuencia de la paulatina pérdida de estrógenos que se produce al desaparecer la función ovárica. El organismo deja de generar la principal hormona femenina en un proceso que se desarrolla entre los 48 y los 55 años, y que se manifiesta al principio en insomnio, sofocos y cambios de humor; y en una segunda etapa con la falta de mucosa vaginal, envejecimiento de la piel y problemas urinarios. La musculatura



Una adecuada prevención permite a la mujer vivir plenamente su sexualidad independientemente de cuál sea su edad. **IDEAL**

del suelo pélvico pierde colágeno, una proteína fundamental para la elasticidad y flexibilidad de los órganos, y crece por ello la tendencia natural al prolapso, que es la caída del útero por la vía genital. «Generalmente, todo esto es algo que solo comentan las mujeres que desean mantener una vida sexual activa».

La vagina forma parte del mismo grupo de órganos que la vejiga y la uretra, y por ello también se ven afectadas por la menopausia. La disminución de los estrógenos provoca una caída de las defensas en la zona, que la vuelve más vulnerable ante la presencia de determinadas

La artrosis, una enfermedad que se ceba con ellas

La artrosis es una enfermedad «sexista» porque afecta en mayor medida a la mujer, según explicó el ginecólogo José Luis Neyro. La enfermedad, originada por la degeneración paulatina del cartilago, se produce en un tercio de los casos por causas genéticas. En algunas personas, los genes están programados para que a determinada edad las

EL DATO

3.000.000
de españolas sufren atrofia vaginal y no lo consultan a su médico.

bacterias. Esa es la causa de algunas infecciones del tracto urinario y de la llamada cistitis atrofica, que se manifiesta por la presencia de orina en la sangre debido a la sequedad de la vejiga. Sus paredes, como la vagina, pierden elasticidad, de-

articulaciones comienzan a flaquear y duelen. En otras ocasiones, una de cada tres, la patología se desencadena como consecuencia de la obesidad y un estilo de vida sedentario que sobrecarga las rodillas. El último tercio, otro 33% de los casos, se debe a los efectos de la menopausia sobre el organismo de la mujer. El déficit hormonal que desencadena este proceso de la vida provoca dolor articular especialmente en las manos, rodillas, cadera y columna vertebral.

jan los vasos sanguíneos a flor de piel y se producen pequeñas lesiones con pérdidas de sangre.

Triple terapia

El tratamiento contra la atrofia vaginal se basa en el uso de hormonas de baja potencia y dosis reducidas, efectivas a nivel de la vagina, pero que no pasan de la mucosa vaginal. Las terapias se complementan con el uso de lubricantes para favorecer las relaciones sexuales y cremas hidratantes, una o más veces por semana, que favorecen una elasticidad adecuada.

Lo mismo que las hay para la cara, existen algunas muy eficaces para las zonas más íntimas. «Nunca conseguiremos tener una vagina como la de una mujer de 30 años, ni se debe; pero tenemos soluciones para procurar tenerla en las mejores condiciones posibles», explica la experta.

La ginecóloga Montserrat Manubens insiste que es posible adaptar la sexualidad a los cambios de la edad, pero lo importante, recalca, «es que cada una elija la que quiera tener. Es una opción personal. Cuando hablamos de menopausia -concluye- tendemos a pensar en cosas negativas, pero no es así. La madurez puede vivirse de una manera muy satisfactoria en todos los aspectos de la vida».

Revlon se alía con Dexeus para entrar en el mercado farmacéutico desde Catalunya

La multinacional estadounidense, propietaria de la catalana Colomer desde 2013, ha alcanzado un acuerdo con Salud de la Mujer Dexeus para lanzar una línea de productos de cosméticos femeninos. La alianza supone la entrada de Revlon en el canal farmacéutico, ya que la nueva gama se comercializará en grandes superficies y en boticas. Los productos se han desarrollado en el departamento de I+D de Colomer en Cornellà de Llobregat y se fabricarán en Tarragona. P5



Revlon se ha instalado en la antigua sede de Colomer en Cornellà.

La multinacional lanza una línea de productos de salud de la mujer con el centro catalán

Se han desarrollado en Cornellà y se producirán en la planta de Colomer en Tarragona

Revlon se estrena en el mercado farmacéutico desde Catalunya

ACUERDO CON DEXEUS. La multinacional estadounidense desarrolla junto con la clínica de Barcelona una línea de productos para la mujer que se producirán en las instalaciones de Colomer en Tarragona.

Cristina Fortgüell, Barcelona. La multinacional estadounidense Revlon entra en el canal farmacéutico, y lo hace desde Catalunya. La compañía, propietaria de Colomer desde 2013, ha alcanzado un acuerdo con Salud de la Mujer Dexeus, el departamento de obstetricia y ginecología del hospital barcelonés controlado por Quirón, para lanzar una línea de productos cosméticos femeninos.

El desarrollo de la gama de productos, que incluye tratamientos anti-estrías, postparto y de higiene íntima, se ha llevado a cabo en las instalaciones de investigación de Revlon en Cornellà de Llobregat, y se producirán en la fábrica de cosméticos de Colomer en El Pla de Santa Maria (Alt Camp).

Según Javier Asarta, responsable de marketing a nivel mundial de Revlon, el acuerdo supone "una importante apuesta de la multinacional estadounidense por el equipo de Colomer, ya que se trata de la entrada del grupo en una nueva categoría de mercado". "No hay experiencias similares en ninguno de los países en los que opera Revlon", añade.

Empleo
Dentro de esta apuesta, la multinacional está reforzando el equipo de I+D de Colomer con quince nuevos empleados, y ha tenido que crear un equipo comercial específico con experiencia en el canal farmacéutico.

Andrea Barri, directora de marketing de la clínica catalana, precisa que, a diferencia de otras líneas de productos que se venden exclusivamente en farmacias, la gama de



Bertrand Massanes, socio de Little Buddha; Andrea Barri, de Dexeus, y Javier Asarta, de Revlon.

Apuesta local dirigida desde Nueva York

Revlon anunció en julio de 2013 la compra de Colomer a la firma de capital riesgo CVC por unos 500 millones de euros. La multinacional ya había sido propietaria de Colomer, que vende marcas como Natural Honey o Fucid, y decidió recomprar el negocio de la firma catalana para regresar al segmento de los productos profesionales para el

cuidado del cabello. "La integración en España ha sido sencilla, porque Revlon no tenía estructura, así que se ha mantenido el equipo de Colomer", explica Javier Asarta. El ejecutivo de Revlon, que previamente trabajaba en Colomer, se desplazó a Nueva York después del nombramiento de Lorenzo Delpani, consejero delegado

de Colomer, como primer ejecutivo de Revlon a nivel mundial. "La integración ha sido muy positiva para Colomer, porque el equipo directivo se ha promocionado y la estructura en España recibirá nuevas competencias en el futuro", indica el responsable de marketing de la multinacional.

Revlon espera ingresar cinco millones de euros en tres años con esta colaboración

mente al canal farmacéutico", comenta Barri. El precio de venta de cada producto es inferior a 15 euros.

Revlon asumirá la inversión necesaria para lanzar los productos, mientras que Dexeus cede su marca. Javier Asarta no ha querido desvelar los recursos económicos des-

INGRESOS

Revlon facturó 1.055 millones de dólares (892 millones de euros) en los nueve primeros meses de 2014, un 5% más. El beneficio neto ascendió a 38,2 millones de euros, un 40% más, según los últimos datos de la compañía.

tinado al proyecto -en el que también participa la agencia catalana Little Buddha- aunque espera que la línea de cuidado de la mujer ingrese cinco millones de euros en tres años. Por ahora, la compañía no ha tenido que ampliar las líneas de producción de sus instalaciones de Tarragona, que ya estaban homologadas para fabricar cosméticos con estándares farmacéuticos.

Alianzas

La colaboración con Revlon es la segunda que lleva a cabo Salud de la Mujer Dexeus fuera de la actividad puramente hospitalaria. En 2013, el centro ginecológico barcelonés se alió con la cadena de leñería Women's Secret, propiedad del grupo de moda Cortefiel, para lanzar una línea de ropa íntima adaptada a mujeres operadas de cáncer de mama. "Por nuestros consultorios pasan 150.000 mujeres cada año, y creemos que tenemos el conocimiento necesario para dar un paso más allá del área médica y ofrecer soluciones de salud femenina integral", asegura Andrea Barri.

Geyce crece con la firma de un acuerdo con el grupo indio VFS

Expansión, Barcelona.

La empresa tecnológica Geyce, especializada en sistemas de biometría facial y dactilar, ha cerrado un acuerdo de colaboración con la multinacional india VFS Global que le permitirá impulsar su presencia internacional.

Según informó ayer el Departament d'Empresa i Ocupació, VFS ofrece servicios de externalización de visados y pasaportes a noventa países del mundo, entre ellos España. Geyce, que cuenta con el apoyo de ACCIO, participa en el programa Expansión I, y ha desarrollado una nueva línea internacional que le ha permitido cerrar el acuerdo con la empresa india.

Iniciada en 2014, actualmente ya supone el 10% de la facturación de la división de biometría de Geyce, empresa fundada en 1985, que en la actualidad cuenta con 35 trabajadores y tiene clientes como el Ministerio de Asuntos Exteriores. Según Joan Vilaseca, director general de Geyce, "es un contrato muy importante; nuestras expectativas es que tenga un crecimiento significativo y que en dos años represente el 35% de la facturación total".

Europa del Este

El reto de la empresa es crecer en el exterior tanto de la mano de socios como VFS Global, como a través de sus productos de captura de huellas. La empresa india ha homologado Geyce como proveedor y su expansión inicial se centrará en países de Europa del Este. "El hecho de haber verificado tecnología desarrollada aquí a un país exportador de TIC como India es todo un éxito, y la mejor prueba de la excelencia de las soluciones que desarrollamos", afirma Vilaseca.

datapanning
PURE ACCURACY

+34 93 241 19 98
datapanning.es

TU PRÓXIMA
AGENCIA DE MEDIOS

ON
AIR

Revlon entra en farmacia a través de la estructura de The Colomer Group

El grupo estadounidense **Revlon** se estrena en el mercado farmacéutico desde España. Después de comprar **The Colomer Group** en 2013, **Revlon** ha alcanzado un acuerdo con el departamento de obstetricia y ginecología de **Dexeus**, el hospital barcelonés controlado por **Quirón**, para lanzar una línea de productos cosméticos femeninos.

El desarrollo de la gama de productos se ha llevado a cabo en las instalaciones de **Revlon** en Cornellà de Llobregat (Barcelona), según *Expansión*. Los cosméticos se fabricarán en la planta que **The Colomer Group** tiene en El Pla de Santa Maria (Tarragona).

En la alianza entre las dos firmas, **Revlon** asumirá la inversión necesaria para lanzar los productos, mientras que **Dexeus** cede su marca. El grupo espera que la línea de cuidado de mujer ingrese cinco millones de euros en tres años.

En 2013, **Revlon** se hizo con **The Colomer Group** por un importe de 665 millones de dólares (491 millones de euros), pasando a controlar las marcas que hasta entonces distribuya el grupo catalán, como **Natural Honey** o **Llongueras**, entre otras.

La multinacional estadounidense cerró en octubre los nueve primeros meses de 2014 con un aumento del 39% en su resultado neto, hasta 38,2 millones de dólares (30,03 millones de euros). En términos globales, **Revlon facturó** 1.440 millones de dólares (1.132 millones de euros) en el mismo periodo.

IN VITRO

3 historias reales

La esterilidad y la ausencia de pareja masculina son, afortunadamente, dos obstáculos superables. Tres familias que han conseguido serlo gracias a la fecundación in vitro nos cuentan su vivencia. **Texto: Marta Naval. Fotos: Flaminia Pelazzi**

Todavía le rodea un cierto tabú y secretismo, pero la fecundación in vitro, la unión del óvulo y el espermatozoide fuera del cuerpo de la mujer, es una técnica cada vez más popular y más usada. Las cifras en todo el mundo son apabullantes, cinco millones de niños y niñas han nacido gracias a esta técnica. Según datos de la Sociedad Española de Fertilidad, un 15% de las parejas que desean tener un hijo no lo consiguen por vía natural (se habla de esterilidad al año de mantener relaciones sexuales sin protección). Aún así, se trata de un proceso complejo, duro para las mujeres que se someten a un tratamiento hormonal y a la extracción de los ovocitos y posterior reintroducción del ovocito fecundado en el laboratorio. Un proceso complejo que se suele vivir en la intimidad. Les hemos pedido a tres madres que nos cuenten cómo vivieron ese proceso.

VIVIRLO EN SOLITARIO

Se calcula que entre el 15% y el 20% de las mujeres que acuden a un centro de reproducción asistida no tiene ningún factor

de esterilidad, deciden cruzar esa puerta solas para hacer realidad el deseo de ser madres ya sea porque no tienen pareja o porque esa pareja es otra mujer. El caso de Elena Valle era el de una mujer que a los 38 decidió que era el momento oportuno para ser madre. Un deseo íntimo que sólo compartió con sus padres cuando tuvo que recurrir a

la fecundación in vitro, después de varios intentos de inseminación artificial con los que no se quedó embarazada. No guarda demasiado buen recuerdo de la clínica privada por la que optó, "lo que me explicaron en la sesión informativa y la realidad no tenían nada que ver", pero se quedó embarazada en la primera fecundación in vitro.

FECUNDACIÓN IN VITRO VS INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

- **Consiste en la extracción de los óvulos en la mujer** para ser fertilizados en el laboratorio y la posterior introducción de los embriones obtenidos en el interior de su útero para que se implante y se produzca el embarazo.
- **La fecundación tiene lugar "in vitro",** fuera del cuerpo de la mujer.
- **Es una técnica más compleja, precisa de un procedimiento quirúrgico** y con anestesia para obtener los óvulos y ser fecundados en el laboratorio.
- **La estimulación ovárica persigue obtener un número de óvulos adecuado.**
- **Es el tratamiento con mayores posibilidades de éxito por intento.** En determinados casos la probabilidad de embarazo llega al 60%.
- **Se trata de la introducción del semen en el interior del útero** de la mujer que ha sido preparada estimulando la ovulación.
- **La fecundación (unión del óvulo y el espermatozoide) sucede "in vivo",** dentro del cuerpo de la mujer, concretamente en la trompa.
- **Es una técnica más sencilla ya que no precisa de realizar la extracción de los óvulos.** Las molestias son mínimas, similares a las de una citología.
- **La estimulación ovárica es necesaria para incrementar las posibilidades de éxito** ya que de forma natural la mujer sólo produce un folículo -y por tanto, un óvulo- en cada ciclo menstrual.
- **Las posibilidades de éxito son menores.** Sobre un 15% por intento.

FELIQUERÍA Y MAQUILLAJE: NERY LÓPEZ; AGRADECIMIENTOS: FUNDACIÓN FAMILIES MONCORRENTALS

Enfermedad cardiovascular, primera causa de mortalidad

Son afecciones a las que las mujeres tienden a estar más expuestas, sobre todo después de la menopausia

I A.S.

Dieta sana, ejercicio y evitar el consumo de tóxicos pueden considerarse como los tres pilares fundamentales para mantener una vida sana. Unos pilares que servirían tanto a hombres como a mujeres. No obstante, si se habla exclusivamente de mujeres, los problemas cardiovasculares o la osteoporosis son afecciones a las que ellas tienden a estar más expuestas después de la menopausia. Combatirlos desde la infancia, cuentan los especialistas, es fundamental para mantener una vida saludable el máximo de tiempo posible. "Con la menopausia es cuando vienen la mayoría de los problemas de salud de la mujer. Todo lo que haya hecho antes es lo que luego le repercutirá", explica Pascual García, ginecólogo de la unidad de menopausia de Salud de la Mujer Dexeus.

La regeneración del hueso es un proceso fisiológico. Durante la juventud, cada día el cuerpo crea más tejido del que pierde. Por este motivo, García advierte, "es importante que, sobre todo ellas, lleguen a un buen pico de masa ósea durante la juventud". La osteoporosis es una enfermedad que afecta más a las mujeres debido a una causa hormonal. "El varón tiene más masa muscular y más masa ósea y, además, no tiene una caída hormonal tan brusca como la mujer", añade el ginecólogo de Dexeus. No obstante, unos buenos hábitos de vida desde bien temprano pueden ser, según este especialista, uno de los métodos preventivos más eficaces. Y es que, a pesar de que la masa ósea viene determinada por la herencia genética, la raza y el sexo, intervienen otros factores como los hábitos de vida. Aportar calcio a la dieta o hacer ejercicio son dos pautas muy recomendadas. Aunque, según este ginecólogo, hay mucho desconocimiento sobre lo que es o no es saludable. De hecho, según un estudio realizado recientemente por una aseguradora europea, sólo el 29% de las mujeres dicen mantener unas pautas de vida saludables. "Creemos erróneamente que



Aportar calcio a la dieta o hacer ejercicio son dos pautas muy recomendadas.

hacemos dietas adecuadas, hay que enseñar que el calcio no sólo se obtiene de la leche, sino que lo podemos obtener también de los frutos secos, de las legumbres, del pescado o del

El 29% de las mujeres dicen mantener unas pautas de vida saludables

sésamo, por ejemplo", advierte Pascual García. Sin olvidar el papel de la vitamina D, gran ayudante del cuerpo para absorber el calcio, tomar el sol es saludable. "No es malo exponerse a los rayos solares durante 15 minutos sin protección, siempre y cuando no lo hagamos en hora punta y, una vez transcurridos esos 15 minutos, nos apliquemos protección", de hecho, añade el ginecólogo de Dexeus, "nos estamos encontrando problemas de salud en mujeres debido a falta de vitamina D provocado en ocasiones por el mal uso de protectores solares y de maquillaje".

Otro de los grandes enemigos de la mujer son los problemas cardiovasculares. A pesar de que es el cáncer de mama una de las enfermedades que mayor atención acapara entre ellas, no es la causa más frecuente de mortalidad. Se calcula que un 40% de ellas morirá a causa de un problema asociado a patologías cardiovasculares y éstos se coronan como la primera causa de muerte entre las mujeres europeas. El aumento de la tensión arterial y el colesterol después de la menopausia sumado a la falta de actividad física son las razones que explicaría esta alta incidencia. En este sentido ayudan los productos a base de lácteos fermentados desnatados con esteroles vegetales para reducir el colesterol. Otra de las etapas clave en la vida de muchas mujeres es durante el embarazo y después de éste. El principal peligro en esta etapa es, según García, el aumento de peso: "Después de dar a luz, éstas deben seguir una dieta equilibrada para volver a su estado ideal". Sin olvidar, añade García, los ejercicios de Kegel, muy útiles para fortalecer el suelo pélvico y evitar las pérdidas de orina y los prolapsos.

SALUD FEMENINA

¿En qué casos se llega a extirpar el útero?

Ante una enfermedad que afecte al útero, hoy los ginecólogos apuestan por preservarlo siempre que sea posible. Los tratamientos farmacológicos o las intervenciones menos invasivas en la mayoría de casos evitan llegar a este extremo



DRA. MARTA SIMÓN
Ginecóloga.
Salud de la Mujer
Dexeus, Barcelona

Sangrados excesivos, miomas, prolapsos... Antes era habitual solucionar estos problemas "quitando" el útero, pero hoy este extremo siempre es el último.

★ **Más opciones.** Antes de llegar a este punto siempre se intenta corregir el problema que afecte al útero mediante otros tratamientos médicos.

★ **Cirugías sencillas.** En caso de tener que recurrir a ello, el médico siempre mira por la buena calidad de vida de la paciente y trata de realizar cirugías que sean lo menos agresivas posibles y, si puede ser, que no impliquen eliminar el útero por completo.

★ **En algunas ocasiones no se puede evitar.** Existen diversas razones por las que una mujer puede necesitar una extirpación del útero. La sospecha de enfermedades malignas (cáncer de cuello uterino o de endometrio) puede requerirlo pero también excepcionalmente se puede tener que recurrir a ello en caso de enfermedades benignas.

MENSTRUACIONES MUY ABUNDANTES

Hace años, si una mujer tenía un sangrado vaginal grave era candidata a la histerectomía. Por el contrario, actualmente existen muchos tratamientos médicos que funcionan muy bien para tratar este problema, evitando en la mayoría de los casos extirpar el útero y con él la capacidad reproductiva de la mujer.

★ **Se recurre a la histerectomía...** Cuando una mujer tiene mucho sangrado con la menstruación y no puede tratarse con métodos más conservadores (por contraindicaciones médicas), como podrían ser los tratamientos hormonales,

SI SE RECURRE A ELLA

Una operación cada vez menos invasiva

◆ **Lo habitual...** Si el útero no tiene más de 11 cm, se recurre a la vía laparoscópica. Se hacen pequeños cortes en el abdomen para introducir una minicámara y el instrumental para acceder al útero.

◆ **Pero...** Se hace una sola incisión más grande en el abdomen si el útero es muy grande, si hay varios miomas (o uno que sea grande), que hayan crecido rápido y sean sospechosos de malignidad.

◆ **O también...** Se puede optar por una incisión en la vagina si la mujer tiene prolapsos de útero o problemas de incontinencia urinaria (con úteros no muy grandes) y ha tenido partos vaginales.

Empresas.- Salud de la Mujer Dexeus integra análisis genético para la prevención personalizada ante el riesgo de cáncer

Reinterpreta la patogenicidad de variantes genéticas

MADRID, 02 (EUROPA PRESS)

El centro Salud de la Mujer Dexeus ha integrado en sus consultas 'qCanceRISK', una prueba de laboratorio que estudia el material genético en base a una muestra de sangre o saliva, detectando aquellas alteraciones genéticas que puedan estar relacionadas con la aparición de cáncer en la familia.

Según explican desde el centro, mediante técnicas de secuenciación masiva, los especialistas estudian el material genético (ADN) analizando todos los genes vinculados al cáncer hereditario (215) en un único estudio dinámico. El resultado del test es esencial para establecer si es preciso un programa de detección precoz y prevención del cáncer en la paciente y en su familia o descartar alteraciones genéticas que impliquen una patología anteriormente diagnosticada en un familiar.

El consultor de Ginecología Oncológica y Mastología de Salud de la Mujer Dexeus, Rafael Fábregas, apunta que la presencia de mutaciones en algunos de los genes incluidos en 'qCanceRISK' "puede conllevar un aumento del riesgo a sufrir ciertos tipos de cáncer, un riesgo que puede ser distinto dependiendo del gen mutado en particular y de combinaciones de mutaciones en varios de los genes estudiados".

"No se trata de un producto, sino de un servicio que cambiará la forma de entender la relación entre el médico y el paciente", explica Fábregas. El objetivo es incorporar el asesoramiento y análisis genético a través de la Unidad de Medicina Genómica al control sistemático de la salud de la mujer y personalizar tanto el seguimiento como el posible tratamiento que se precise, agrega.

Se trata de un test dinámico que "permite reinterpretar la patogenicidad de variantes genéticas". Actualmente el test analiza la totalidad de los genes conocidos que causan cáncer hereditario, pero "a medida que se conozcan más detalles del genoma, se irán revisando los resultados de las pacientes y adaptando las conclusiones", añade.

PORTADORES DE ALTERACIÓN GENÉTICA, 50% DE PROBABILIDAD DE TRANSMITIRLA

El jefe de la Unidad de Medicina Genómica de Salud de la Mujer Dexeus, Xavier Estivill, apunta que la mayoría de síndromes de predisposición genética al cáncer, conocidos actualmente, "siguen un patrón de herencia autosómico dominante". Los hombres y mujeres portadores de una alteración genética tienen una probabilidad del 50 por ciento de transmitir la alteración a su descendencia.

Estivill explica que 'qCanceRISK' considera aquellas mutaciones genéticas cuyo papel en la susceptibilidad a cáncer ha sido demostrada, como es el caso de los genes BRCA1 y BRCA2, TP53, CHEK2, BARD1, BRIP1, MRE11A, NBN, RAD50 y RAD51C, RAD51D, PALB2 y ATM, CDH1 o MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 y EPCAM entre otros. Además, "se van a poder diagnosticar alteraciones genéticas que por sí solas tendrán poco impacto pero que asociadas puedan representar un riesgo elevado de padecer cáncer", concluye.

Notas de Prensa

Test genético. 02 de febrero de 2015

Salud de la Mujer Dexeus integra un análisis genético propio en sus consultas para prevenir y actuar de forma personalizada ante el riesgo oncológico

- *Desarrollado en colaboración con qGenomics, se ha puesto a disposición de las pacientes qCanceRISK, un test genético dinámico que analiza el 100% de los genes responsables de cánceres de tipo hereditario conocidos hasta el momento, detectando alteraciones genéticas relacionadas con la aparición de cáncer en la familia*
- *El resultado del test es esencial para establecer si es preciso un programa de detección precoz y prevención del cáncer en la paciente y en su familia o descartar alteraciones genéticas que impliquen una patología anteriormente diagnosticada en un familiar.*
- *"Todavía hay mucha parte del genoma por conocer, y este test permite reinterpretar los resultados en función de las novedades científicas que vayan apareciendo, siendo un servicio que se actualiza continuamente y del que se informa a las pacientes en la revisión ginecológica anual", explica el Dr. Fábregas.*

Barcelona, 2 de febrero de 2015 – La genómica ya se ha hecho un hueco en la práctica clínica diaria. Salud de la Mujer Dexeus y qGenomics han desarrollado qCanceRISK, una prueba de laboratorio que estudia el material genético en base a una muestra de sangre o saliva, detectando aquellas alteraciones genéticas que puedan estar relacionadas con la aparición de cáncer en la familia. Mediante técnicas de secuenciación masiva, los especialistas estudian el material genético (ADN) analizando todos los genes vinculados al cáncer hereditario (215) en un único estudio dinámico, buscando alteraciones genéticas que puedan explicar la predisposición hereditaria al cáncer en la familia.

"No se trata de un producto, sino de un servicio que cambiará la forma de entender la relación entre el médico y el paciente", explica el Dr. Rafael Fábregas, Consultor de Ginecología Oncológica y Mastología de Salud de la Mujer Dexeus. El objetivo es incorporar el asesoramiento y análisis genético a través de la Unidad de Medicina Genómica al control sistemático de la salud de la mujer y personalizar tanto el seguimiento como el posible tratamiento que se precise. "Se trata de un test dinámico que nos permite reinterpretar la patogenicidad de variantes genéticas: actualmente el test analiza la totalidad de los genes conocidos que causan cáncer hereditario, pero a medida que conozcamos más detalles del genoma, se irán revisando los resultados de las pacientes y adaptando las conclusiones", explica el Dr. Fábregas.

El resultado de qCanceRISK interpretado y asesorado por la Unidad de Medicina Genómica se integra en el historial de la paciente, y en el caso de que se detecte un elevado riesgo oncológico, la paciente cuenta con el apoyo del comité médico formada por genetistas, ginecólogos y la Unidad de Riesgo Oncológico.

qCanceRISK

A diferencia de los métodos clásicos de análisis genético, la secuenciación masiva permite analizar millones de fragmentos de ADN distintos a la vez, posibilitando el estudio simultáneo de un elevado número de genes y mutaciones en un único experimento. El qCanceRISK explora más de 100 genes vinculados al cáncer hereditario y 945 lugares polimórficos del genoma (SNPs) que se han visto asociados a cáncer.

El cáncer es una enfermedad multifactorial en la que influyen los factores genéticos y ambientales. La mayoría de los casos de cáncer son esporádicos y no hereditarios. Pero en un 10-15% de la totalidad de cánceres diagnosticados existe una alteración genética hereditaria. La identificación de familias con alta predisposición al desarrollo de un tumor es de enorme importancia, ya que además de los beneficios ligados a la detección precoz de la enfermedad, es posible también prevenir su aparición.

"La genómica está revolucionando la práctica clínica de la medicina. Por ello, en Salud de la Mujer Dexeus hemos introducido el qCanceRISK de forma que en la Unidad de Medicina Genómica se

Zona de Prensa



Salud de la Mujer Dexeus integra un análisis genético propio en sus consultas para prevenir y actuar de forma personalizada ante el riesgo oncológico

2 de febrero 2015

Desarrollado en colaboración con qGenomics, se ha puesto a disposición de las pacientes qCanceRISK, un test genético dinámico que analiza el 100% de los genes responsables de cánceres de tipo hereditario conocidos hasta el momento, detectando alteraciones genéticas relacionadas con la aparición de cáncer en la familia. El resultado del test es esencial para establecer si es preciso un programa de detección precoz y prevención del cáncer en la paciente y en su familia o descartar alteraciones genéticas que impliquen una patología anteriormente diagnosticada en un familiar. "Todavía hay mucha parte del genoma por conocer, y este test permite reinterpretar los resultados en función de las novedades científicas que vayan apareciendo, siendo un servicio que se actualiza continuamente y del que se informa a las pacientes en la revisión ginecológica anual", explica el Dr. Fábregas.

Barcelona, 2 de febrero de 2015 – La genómica ya se ha hecho un hueco en la práctica clínica diaria. Salud de la Mujer Dexeus y qGenomics han desarrollado qCanceRISK, una prueba de laboratorio que estudia el material genético en base a una muestra de sangre o saliva, detectando aquellas alteraciones genéticas que puedan estar relacionadas con la aparición de cáncer en la familia. Mediante técnicas de secuenciación masiva, los especialistas estudian el material genético (ADN) analizando todos los genes vinculados al cáncer hereditario (215) en un único estudio dinámico, buscando alteraciones genéticas que puedan explicar la predisposición hereditaria al cáncer en la familia.

"No se trata de un producto, sino de un servicio que cambiará la forma de entender la relación entre el médico y el paciente", explica el Dr. Rafael Fábregas, Consultor de Ginecología Oncológica y Mastología de Salud de la Mujer Dexeus. El objetivo es incorporar el asesoramiento y análisis genético a través de la Unidad de Medicina Genómica al control sistemático de la salud

Salud Mujer Dexeus analiza genes de pacientes para advertir riesgo oncológico



02/02/2015 14:37

Barcelona, 2 feb (EFE).- Salud Mujer Dexeus y la empresa qGenomics han desarrollado una prueba de laboratorio que estudia los genes a partir de una muestra de sangre o saliva y detecta alteraciones genéticas hereditarias que puedan estar relacionadas con la aparición de algún cáncer en la familia.

Mediante técnicas de secuenciación masiva, los especialistas estudian el material genético (ADN) analizando todos los genes vinculados al cáncer hereditario para buscar alteraciones genéticas que puedan explicar la predisposición hereditaria al cáncer en la familia.

"No se trata de un producto, sino de un servicio que cambiará la forma de entender la relación entre el médico y el paciente", ha explicado el ginecólogo oncológico de Salud de la Mujer Dexeus Rafael Fábregas.

Según el especialista, el objetivo es incorporar el asesoramiento y análisis genético a través de la Unidad de Medicina Genómica al control sistemático de la salud de la mujer y personalizar tanto el seguimiento como el posible tratamiento que se precise.

"Se trata de un test dinámico que nos permite reinterpretar la patogenicidad de variantes genéticas: actualmente el test analiza la totalidad de los genes conocidos que causan cáncer hereditario, pero a medida que conozcamos más detalles del genoma, se irán revisando los resultados de las pacientes y adaptando las conclusiones", ha añadido Fábregas.

El resultado de la prueba se integra en el historial de la paciente, y en el caso de que se detecte un elevado riesgo oncológico, ésta puede recurrir al apoyo del comité médico, formado por genetistas, ginecólogos y la Unidad de Riesgo Oncológico de Dexeus.

El jefe de la Unidad de Medicina Genómica de Salud de la Mujer Dexeus, Xavier Estivill, ha explicado que "la mayoría de síndromes de predisposición genética al cáncer conocidos actualmente siguen un patrón de herencia autosómico dominante. Los hombres y mujeres portadores de una alteración genética tienen una probabilidad del 50 % de transmitir la alteración a su descendencia".

Sin embargo, la doctora Maite Cusidó, directora de I+D+i de Ginecología Clínica y Quirúrgica Jefe de la Unidad Riesgo Oncológico, ha puntualizado que "no todas las personas portadoras de una alteración genética desarrollarán un cáncer".



Noticias de Salud

Un blog con noticias de actualidad relacionadas con el mundo de la salud. Novedades, encuestas, estudio
Con un sencillo lenguaje dirigido a todo el mundo. Y algunos consejos turísticos para pasarlo bien

lunes, 2 de febrero de 2015

Medición del riesgo familiar oncológico en la consulta, novedad en Salud de la Mujer Dexeus

Salud de la Mujer Dexeus integra un análisis genético propio en sus consultas para prevenir y actuar de forma personalizada ante el riesgo oncológico. Se trata de un test que mide el riesgo de padecer cualquier tipo de cáncer hereditario, y que es dinámico: en cada revisión ginecológica, el historial de la paciente se irá actualizando en base a si hay nuevos conocimientos acerca de genes que puedan intervenir en el cáncer. Se trata pues de un servicio, no de un producto que analiza la situación en un momento concreto de la vida de la paciente.

La información genética pues, marcará la relación médico-paciente, de forma que se personalizarán tanto las consultas como las pruebas solicitadas. Por ejemplo: si se conoce que hay un riesgo importante de padecer un cáncer concreto, se harán más controles rutinarios, pidiendo pruebas concretas para detectar de forma precoz la enfermedad y pautando rutinas de prevención del mismo.

Publicado por Francisco Acedo en 2:58

Recomendar esto en Google+

Etiquetas: mujer, Oncología, pacientes, salud, Salud Dexeus

No hay comentarios:

Publicar un comentario en la entrada

Entrada más reciente

Página principal

Entrada antigua

Suscribirse a: Enviar comentarios (Atom)

TECNOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

ASEBIR afirma que España está lista para evitar la transmisión de enfermedades mitocondriales

— MADRID 4 FEB, 2015 - 4:17 PM

Ante la noticia de que el Reino Unido ha aprobado la aplicación de una nueva técnica que permitirá evitar el nacimiento de niños con enfermedades mitocondriales, la Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción, ASEBIR, ha salido al paso asegurando que los centros españoles de Reproducción Asistida también están preparados para poder aplicarla.



Según explica ASEBIR, la información genética de cada individuo procede en un 99,8% del ADN nuclear y sólo un 0,2% del ADN mitocondrial, ADNm. Mutaciones en el ADNm pueden causar enfermedades graves del corazón, hígado, cerebro u otros órganos vitales. Las enfermedades mitocondriales son principalmente enfermedades genéticas de expresividad variable, causadas por mutaciones en el ADNm. Se transmiten únicamente por vía materna, ya que durante la fecundación son los óvulos quienes mayoritariamente aportan las mitocondrias al embrión.

No hay curación

Se trata de enfermedades poco frecuentes, pero muy graves, como por ejemplo la atrofia óptica de Leber que conlleva una pérdida progresiva de la visión central; el Síndrome de MELAS, que progresivamente produce debilidad motora y mental, epilepsia, sordera, cardiomiopatías y disfunciones renales; y el Síndrome de Leigh, que a su vez produce también múltiples alteraciones como retraso psicomotor, atrofia óptica e hipotonía entre otras. Las enfermedades mitocondriales no tienen curación, por lo que actualmente las mujeres que desean tener hijos y que tienen antecedentes familiares de estas enfermedades, sólo podían recurrir a la donación de óvulos por parte de una donante sana o a la adopción.

Las nuevas técnicas que próximamente se aplicarán en el Reino Unido se conocen como técnicas de reemplazamiento mitocondrial. Montse Boada, directora de los laboratorios de Reproducción Asistida de Salud de la Mujer Dexeus en Barcelona y actual presidenta de ASEBIR, explica que consisten en transferir el material genético de los padres (ADN nuclear del óvulo de la madre o pronúcleos del cigoto ya fecundado) al citoplasma de un óvulo de donante al que previamente se ha quitado su material nuclear.

Embriones de tres padres

De esta manera, el embrión resultante tendrá las características genéticas de los padres, pero se evitará la transmisión de la enfermedad mitocondrial, ya que las mitocondrias provendrán del citoplasma del óvulo de la donante. Se trata de producir lo que se ha denominado como "embriones de tres padres", porque contienen el material nuclear de los progenitores y el ADNm de la donante. Para Boada este nombre es "desafortunado", ya que los padres del futuro hijo serán los que lo conciban, por lo que "utilizar esta terminología solo conlleva confusión e intensifica el debate ético sobre la nueva técnica".

Para ASEBIR, esta nueva opción reproductiva es muy parecida a la utilizada en otros procedimientos de reproducción asistida que también requieren técnicas de micromanipulación, pero actualmente no es posible su aplicación en nuestro país, ya que es necesario realizar los trámites legales para su autorización. "La Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, órgano asesor al Ministerio de Sanidad en materia de reproducción asistida debería encargarse de valorarlo y emitir sus recomendaciones".



Utilizamos cookies propias y de terceros para recopilar información que ayuda a optimizar su visita. Las cookies no se utilizan para recoger información de carácter personal. Usted puede permitir su uso o rechazarlo, también puede cambiar su configuración siempre que lo desee. Al continuar con la navegación entendemos que se acepta nuestra política de cookies.

X

MADRID, 4 Feb. (EUROPA PRESS) -

La Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción (ASEBIR) ha asegurado que los centros de reproducción asistida en España están preparados para realizar técnicas de reemplazamiento mitocondrial, es decir, embriones de tres padres.

Y es que, el Parlamento Británico ha aprobado una enmienda que autorizará la aplicación de esta nueva técnica que permitirá evitar el nacimiento de niños con enfermedades mitocondriales. De hecho, se espera que en el Reino Unido, los primeros niños nazcan el próximo año 2016.

La información genética de cada individuo procede en un 99,8 por ciento del ADN nuclear y solo un 0,2 por ciento del ADN mitocondrial (ADNm), el cual se llama así porque se encuentra dentro de las mitocondrias, organelas encargadas de proporcionar la energía necesaria para que el metabolismo del organismo funcione correctamente.

Las mutaciones en el ADNm pueden causar enfermedades graves del corazón, hígado, cerebro u otros órganos vitales. Se transmiten únicamente por vía materna ya que durante la fecundación, son los óvulos quienes mayoritariamente aportan las mitocondrias al embrión. Además, no tienen curación por lo que actualmente, las mujeres que desean tener hijos y que tienen antecedentes familiares de estas enfermedades solo podían recurrir a la donación de ovocitos por parte de una donante sana o a la adopción.

Concretamente, tal y como ha explicado la directora de los laboratorios de Reproducción Asistida de Salud de la Mujer Dexeus en Barcelona y actual presidenta de ASEBIR, Montse Boada, estas técnicas consisten en transferir el material genético de los padres (ADN nuclear del óvulo de la madre o pronúcleos del cigoto ya fecundado) al citoplasma de un óvulo de donante al que previamente se ha quitado su material nuclear.

De esta manera, el embrión resultante tendrá las características genéticas de los padres pero se evitará la transmisión de la enfermedad mitocondrial ya que las mitocondrias provendrán del citoplasma del óvulo de la donante. Se trata de producir lo que se ha denominado como 'embriones de tres padres' porque contienen el material nuclear de los progenitores y el ADNm de la donante.

Finalmente, ha asegurado que la metodología que se precisa es muy parecida a la utilizada en otros procedimientos de reproducción asistida que también requieren técnicas de micromanipulación pero que actualmente no es posible su aplicación en España ya que es necesario que se realicen los trámites legales para su autorización.


lainformacion.com
Recordando a Bob Marley
Seguir | 209K seguidores
+1
RSS

Busca en miles de textos, videos y fotos **buscar**

Secciones: Salud | Nutrición | Pediatría | Reproducción | Corazón | Cáncer | Enfermedad mental | Colesterol | Investigación médica

viernes, 05/02/15 - 18:04h Acción | Humor | Video | Fotogalerías | Fotos | Gráficos | Blogs | Lo último | Lo más | Temas | Tiempo | Microservicios | Practopedia

REPRODUCCIÓN

ASEBIR dice que los centros de reproducción asistida en España están preparados para producir embriones de tres padres

lainformacion.com
 @lainformacion, 04/02/15 - 15:12

La Asociación para el Estudio de la **Biología de la Reproducción** (ASEBIR) ha asegurado que los centros de reproducción asistida en **España** están preparados para realizar técnicas de reemplazamiento mitocondrial, es decir, embriones de tres padres.

MADRID, 4 (EUROPA PRESS)

La Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción (ASEBIR) ha asegurado que los centros de reproducción asistida en España están preparados para realizar técnicas de reemplazamiento mitocondrial, es decir, embriones de tres padres.

Y es que, el Parlamento Británico ha aprobado una enmienda que autorizará la aplicación de esta nueva técnica que permitirá evitar el nacimiento de niños con enfermedades mitocondriales. De hecho, se espera que en **el Reino Unido**, los primeros niños nazcan el próximo año 2016.

La información **genética** de cada individuo procede en un 99,8 por ciento del ADN nuclear y solo un 0,2 por ciento del ADN mitocondrial (ADNm), el cual se llama así porque se encuentra dentro de las mitocondrias, organelas encargadas de proporcionar la energía necesaria para que el metabolismo del organismo funcione correctamente.

Las mutaciones en el ADNm pueden causar enfermedades graves del corazón, hígado, cerebro u otros órganos vitales. Se transmiten únicamente por vía materna ya que durante la fecundación, son los óvulos quienes mayoritariamente aportan las mitocondrias al embrión. Además, no tienen curación por lo que actualmente, las mujeres que desean tener hijos y que tienen antecedentes familiares de estas enfermedades solo podían recurrir a la donación de ovocitos por parte de una donante sana o a la adopción.

Concretamente, tal y como ha explicado la directora de los laboratorios de Reproducción Asistida de **Salud** de la Mujer Dexeus en **Barcelona** y actual presidenta de ASEBIR, Montse Boada, estas técnicas consisten en transferir el material genético de los padres (ADN nuclear del óvulo de la madre o pronúcleos del cigoto ya fecundado) al citoplasma de un óvulo de donante al que previamente se ha quitado su material nuclear.

De esta manera, el embrión resultante tendrá las características genéticas de los padres pero se evitará la transmisión de la enfermedad mitocondrial ya que las mitocondrias provendrán del citoplasma del óvulo de la donante. Se trata de producir lo que se ha denominado como 'embriones de tres padres' porque contienen el material nuclear de los progenitores y el ADN de la donante.

Finalmente, ha asegurado que la metodología que se precisa es muy parecida a la utilizada en otros procedimientos de reproducción asistida que también requieren técnicas de micromanipulación pero que actualmente no es posible su aplicación en España ya que es necesario que se realicen los trámites legales para su autorización.

“Llevan desde el 2011 revisando la seguridad”

Anna Veiga, directora de I+D Quirón Dexeus

A. MACPHERSON Barcelona

¿Existe algún riesgo para ese bebé que nazca con el ADN de tres personas?

Desde el punto de vista técnico, en principio, no. La Autoridad de Fertilización y Embriología Humana, el organismo de vigilancia en investigación sobre embri-

nes del Reino Unido, pidió revisiones científicas de la técnica en 2011, 2013 y 2014. Y los informes indican que no debería tener ningún efecto adverso. Pero con cualquier procedimiento innovador cabe suponer un riesgo potencial sobre lo que desconocemos.

¿Cómo se ha probado?
Se han estudiado en modelos ani-

males. Es una técnica de sustitución del núcleo empleado en otras investigaciones, como el de la oveja Dolly. Pero no hay un modelo animal que reproduzca esta alteración humana.

¿Evitará muchas enfermedades?

Son enfermedades graves pero muy poco frecuentes. El equipo de Newcastle estima que podrían beneficiarse de esta técnica 2.473 mujeres británicas que así podrían tener hijos libres de esa alteración que genera enfermedad y que se traslada al embrión a través de esa pequeña porción de ADN que sólo transmiten las mujeres. Son dolencias poco conocidas pero se asocian a 150 mutaciones, las descritas hasta ahora.



La investigadora Anna Veiga

¿Se podría hacer aquí?

Técnicamente, sí.

Hay una preocupación ética por el uso de esta innovación.

Pero no por buscar niños de diseño. Sólo sirve para tener hijos libres de esas enfermedades. La inquietud surge de generar un individuo que no existe en la naturaleza, con la aportación de tres ADN, aunque la de la donante sea mínima. Pero el debate ha sido ejemplar. Llevan desde 2010 y han preguntado a expertos de todo el mundo, a pacientes, a grupos religiosos hasta llevarlo al Parlamento. Podríamos aprender. Aquí hay falta de interés absoluta: tenemos una gran actividad en reproducción asistida y ni hay registro de ella ni una autoridad a la que preguntar. ●

02/2015

Aprobada una técnica para evitar la transmisión de enfermedades mitocondriales

Se está a punto de ver, está exclusivamente dirigida a profesionales sanitarios y se rige por el Real decreto 1416/

Ir a Revista IM Farmacias

Quiénes Somos | Suscripción Newsletter | info@publimasdigital.com



Información para el médico especialista de hospital y atención primaria: investigación médica, gestión, tecnología y servicios sanitarios



Buscar

Ir a: 0 en área médica y farmacia clínica

Gestión Hospitalaria

Farmacología Profesional

Industria Farmacéutica

Equipamiento Hospitalario

Ver todas las Noticias del día : 06-02-2015.



Ir a: 0 en área médica y farmacia clínica

05 de Febrero de 2015 Aprobada una técnica para evitar la transmisión de enfermedades mitocondriales

Imprimir | Twitter (2)



La Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción (ASEBIR) asegura que los centros españoles de Reproducción asistida también están preparados para poder realizarlo.

El Parlamento Británico ha aprobado una enmienda que autorizará la aplicación de una nueva técnica que permitirá evitar el nacimiento de niños con enfermedades mitocondriales. Se espera que en el Reino Unido, los primeros niños nazcan el próximo año 2016. La información genética de cada individuo procede en un 99.8% del ADN nuclear y solo un 0.2%

del ADN mitocondrial (ADNm). El ADNm se llama así porque se encuentra dentro de las mitocondrias, organelas encargadas de proporcionar la energía necesaria para que el metabolismo de nuestro organismo funcione correctamente. **Mutaciones en el ADNm** pueden causar enfermedades graves del corazón, hígado, cerebro u otros órganos vitales.

Las **enfermedades mitocondriales** son principalmente enfermedades genéticas de expresividad variable, causadas por mutaciones en el ADN mitocondrial (ADNm). Se transmiten únicamente por vía materna ya que durante la fecundación, son los óvulos quienes mayoritariamente aportan las mitocondrias al embrión. Se trata de enfermedades poco frecuentes pero muy graves como por ejemplo la atrofia óptica de Leber que conlleva una pérdida progresiva de la visión central, el Síndrome de MELAS que afecta progresivamente produciendo debilidad motora y mental, epilepsia, sordera, cardiomiopatías y disfunciones renales o el Síndrome de Leigh que produce también múltiples alteraciones como retraso psicomotor, atrofia óptica e hipotonía entre otras.

Las nuevas técnicas que próximamente se aplicarán en el Reino Unido se conocen como **técnicas de reemplazamiento mitocondrial**. Montse Boada directora de los laboratorios de Reproducción Asistida de Salud de la Mujer Dexeus en Barcelona y actual presidenta de ASEBIR explica que consisten en transferir el material genético de los padres (ADN nuclear del óvulo de la madre o pronúcleos del espermatozoide ya fecundado) al **citoplasma** de un óvulo de donante al que previamente se ha quitado su material nuclear. De esta manera, el embrión resultante tendrá las características genéticas de los padres pero se evitará la transmisión de la enfermedad mitocondrial ya que las mitocondrias provendrán del citoplasma del óvulo de la donante. Se trata de producir lo que se ha denominado como "embriónes de tres padres" porque contienen el material nuclear de los progenitores y el ADNm de la donante. Boada señala que este nombre le parece desafortunado ya que los padres del futuro hijo serán los que lo conciben y utilizar esta terminología solo conlleva confusión e intensifica el debate ético sobre la nueva técnica.

http://www.immedicohospitalario.es/noticia/4458/aprobada-una-técnica-para-evitar-la-transmisión-de-enfermedades-mitocondriales?utm_source=news... 1/2

Publicidad **marcando la línea en genéricos**

Publicidad **Publicación ON-LINE IM Farmacias**
Revista para el farmacéutico dirigida al canal farmacias.

Publicidad **Nuestra empresa es impulsar tu empresa**

Publicidad **citoplasm** Mutaciones en el ADNm enfermedades mitocondriales

Salud Total

Revista de Actualidad Salud y Belleza

Médicos
de Medicina

Salud Total

Consulta
la revista
ON-LINE

Cristina
Torregua

Publicar noticia

P. Principal Actualidad Alimentación Belleza Medicina alternativa Salud Cuida tu línea Salud Infantil Sport Newsletter Suscripción Tarifas Contacto

ESPAÑA TAMBIÉN ESTÁ PREPARADA PARA EVITAR ENFERMEDADES MITOCONDRIALES

El reino Unido aprueba una técnica para evitar la transmisión de enfermedades mitocondriales. La Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción (ASEBIR) asegura que los centros españoles de Reproducción asistida también están preparados para poder realizarlo.

El Parlamento Británico ha aprobado una enmienda que autorizará la aplicación de una nueva técnica que permitirá evitar el nacimiento de niños con enfermedades mitocondriales. Se espera que en el Reino Unido, los primeros niños nazcan el próximo año 2016.

La información genética de cada individuo procede en un 99.8% del ADN nuclear y solo un 0.2% del ADN mitocondrial (ADNm). El ADNm se llama así porque se encuentra dentro de las mitocondrias, organelas encargadas de proporcionar la energía necesaria para que el metabolismo de nuestro organismo funcione correctamente. Mutaciones en el ADNm pueden causar enfermedades graves del corazón, hígado, cerebro u otros órganos vitales.

Las enfermedades mitocondriales son principalmente enfermedades genéticas de expresividad variable, causadas por mutaciones en el ADN mitocondrial (ADNm). Se transmiten únicamente por vía materna ya que durante la fecundación, son los óvulos quienes mayoritariamente aportan las mitocondrias al embrión. Se trata de enfermedades poco frecuentes pero muy graves como por ejemplo la atrofia óptica de Leber que conlleva una pérdida progresiva de la visión central, el Síndrome de MELAS que afecta progresivamente produciendo debilidad motora y mental, epilepsia, sordera, cardiomiopatías y disfunciones renales o el Síndrome de Leigh que produce también múltiples alteraciones como retraso psicomotor, atrofia óptica e hipotonía entre otras.

Las enfermedades mitocondriales no tienen curación por lo que actualmente, las mujeres que desean tener hijos y que tienen antecedentes familiares de estas enfermedades solo podían recurrir a la donación de ovocitos por parte de una donante sana o a la adopción.

CURT EDICIONES utiliza cookies propias y de terceros para asegurar que damos la mejor experiencia al usuario en nuestro sitio web. Si continúa utilizando este sitio asumiremos que está de acuerdo. [Enlace de acuerdo](#)

Se conocen como técnicas de rios de Reproducción Asistida de xplica que consisten en transferir el material genético de los padres (ADN nuclear del ovulo de la madre o pronucleos del cigoto ya fecundado) al citoplasma de un ovulo de donante al que previamente se ha quitado su material nuclear. De esta manera, el embrión resultante tendrá las características genéticas de los padres pero se evitará la transmisión de la enfermedad mitocondrial ya que las mitocondrias provendrán del citoplasma del ovulo de la donante. Se trata de producir lo que se ha denominado como "embriones de tres padres" porque contienen el material nuclear de los progenitores y el ADNm de la donante. Boada señala que este nombre le parece desafortunado ya que los padres del futuro hijo serán los que lo conciban y utilizar esta terminología solo conlleva confusión e intensifica el debate ético sobre la nueva técnica.

La Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción (ASEBIR) quiere resaltar la importancia de esta nueva opción reproductiva y afirma que los centros españoles de referencia en reproducción asistida están preparados para realizar dicha técnica si también se legaliza en nuestro país. Explica que la metodología que se precisa es muy parecida a la utilizada en otros procedimientos de reproducción asistida que también requieren técnicas de micromanipulación pero que actualmente no es posible su aplicación en nuestro país ya que es necesario que se realicen los trámites legales para su autorización. La Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, órgano asesor al Ministerio de Sanidad en materia de reproducción asistida debería encargarse de valorarlo y emitir sus recomendaciones.

<http://revistasaludtotal.com/espana-tambien-esta-preparada-para-evitar-enfermedades-mitocondriales/>



1/2

Unas 17.000 niñas procedentes de países subsaharianos están en riesgo de sufrir una mutilación genital en España

Cirujanos españoles piden implicación institucional en la lucha contra esta práctica y explican que los daños que produce esta práctica no se reparan con un bisturí



El cirujano Iván Mañero junto a una paciente a la que le ha reconstruido el clítoris - atp

ESTHER ARMORA - Barcelona
06/02/2015 00:00h - Actualizado: 21/08/2015 13:55h.
Guardado en: **Sociedad**

La Fiscalía de Menores del País Vasco está estudiando la adopción de medidas de protección para cuatro hermanas, que viven en Álava y que son menores de edad, después de que **sufrieran la ablación de clítoris** durante un viaje a Mali en el año 2014. Tal como ha confirmado a ABC Juan Calparsoro, el fiscal superior del País vasco, la ablación habría sido propiciada presuntamente por los abuelos de las niñas, lo que podría ser constitutivo de delito.

Pero, ¿se trata de un caso excepcional? Según los datos que maneja la ONGWasu Gambia Kafo, la cifra de niñas que sufren la ablación ha aumentado en España más de un 60% desde 2008. Calculan que alrededor de 17.000 niñas procedentes de los países subsaharianos donde persiste esa práctica y que residen actualmente en España están en peligro de sufrir la mutilación genital femenina (MGF).

En ese sentido, coincidiendo con el **Día Internacional de la Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina**, los cirujanos españoles explicaron que llevan años ayudando a mejorar la calidad de vida de las mujeres que han padecido esta agresión, e hicieron un llamamiento a no bajar la guardia y fortalecer la lucha contra esta práctica «aberrante».

«Lo que podemos hacer con la cirugía reparadora es muy poco respecto a lo que supone el impacto global del problema de la ablación. La lucha fuerte debe hacerse en África», explicaron en un comunicado. En su opinión, el único camino posible es el cambio cultural, que pasa por la implicación de las instituciones y los gobiernos en el problema.

El doctor **Iván Mañero** explicó que las **reconstrucciones de clítoris** que realiza en su centro de manera gratuita desde hace diez años «no son la solución a largo plazo» y que «la verdadera solución al problema está en los países de origen donde es necesario potenciar un cambio de mentalidad en los hombres y las mujeres». A través de su fundación trabaja duro contra el problema en Guinea Bissau donde se calcula que la ablación afecta a la mitad de las mujeres y niñas.

Nueva línea de cosméticos DEXEUS MUJER

por CONSEJOS DE TU FARMACÉUTICO 09/02/2015



Salud de la Mujer Dexeus y Revlon lanzan **Dexeus Mujer**, la primera línea de productos cosméticos femeninos que abarca **tratamientos anti-estrias, reafirmantes y de higiene íntima** avalada por los especialistas y pacientes de Salud de la Mujer Dexeus.

Revlon y Salud de la Mujer Dexeus empiezan así una colaboración orientada a ofrecer a las mujeres una selección de productos cosméticos de calidad, y específicos para momentos clave de la vida de la mujer como es **el embarazo, el postparto o los cambios hormonales**. "El valor añadido está en la valoración de los productos por parte de nuestros especialistas y pacientes", asegura el Dr. Pedro N. Barri, Presidente de Salud de la Mujer Dexeus. "Por nuestros consultorios pasan cada año más de 150.000 mujeres, y nuestra manera de entender la salud, más allá de la enfermedad, es ofreciendo soluciones integrales a nuestras pacientes", añade.

La línea Dexeus Mujer se pondrá a la venta en farmacias a un precio competitivo – inferior a 15 euros-



AFRONTA EL PARTO CON OPTIMISMO Y SIN ANSIEDAD

Disfruta del nacimiento de tu bebé

Sentir respeto al parto es normal, ya que es una gran aventura y esto causa inseguridad y casi siempre surgen dudas. Algunas embarazadas temen el dolor y a otras les preocupa que su bebé no esté sano. Una actitud positiva y mantener los nervios a raya son claves para un desenlace entrañable y mágico.

12MP

El Dr. Brännström, XI Premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer

17/02/2015 10:58

0 El próximo **jueves 19 de febrero, a las 19h**. En el Auditorio del Instituto Universitario Quirón Dexeus, la Fundación Dexeus Salud de la Mujer hará entrega del **Premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer al Dr. Mats Brännström** . El **Conseller de Salut, Boi Ruiz** presidirá el evento. La Fundación quiere homenajear así al Dr. Brännström por su trayectoria en el ámbito de la obstetricia y la ginecología, cuyo principal hito ha sido el nacimiento del primer bebé nacido de una mujer con útero transplantado. Asimismo, el **Dr. Pedro N. Barri** , presidente de Salud de la Mujer Dexeus y su Fundación, entregará las becas que la Fundación Dexeus Salud de la Mujer otorga anualmente a proyectos de investigación innovadores en cada una de las áreas de salud de la mujer.

<http://es.globedia.com/brannstrom-premio-fundacion-dexeus-salud-mujer>

Noticias de Salud

Un blog con noticias de actualidad relacionadas con el mundo de la salud. Novedades, encuestas, estudios, informes, entrevistas. Con un sencillo lenguaje dirigido a todo el mundo. Y algunos consejos turísticos para pasarlo bien

jueves, 19 de febrero de 2015

Mats Brännström, el médico que ha logrado el primer nacimiento después de un trasplante de útero, recibe el Premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer



El artífice del primer nacimiento después de un trasplante de útero, el Dr. Mats Brännström, ha recibido hoy el Premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer. El Conseller de Salut, Boi Ruiz, ha hecho entrega del galardón al Dr. Brännström, haciendo un especial hincapié en la dedicación del Dr. a la investigación ginecológica, una dedicación que ha culminado en la creación de una técnica revolucionaria que supone la primera solución médica ante la infertilidad causada por la ausencia de útero o por un útero no funcional.

El Auditorio del Hospital Universitario Quirón Dexeus ha sido el escenario elegido para esta entrega de premios, presidida, por el Conseller Boi Ruiz y el Presidente de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer, el Dr. Pedro N. Barri y a la que han asistido la Delegada de Salud del Ayuntamiento de Barcelona, Cristina Iniesta; por el Dr. Gustavo Tolchinsky, Secretario de la Junta de Gobierno del COMB; y el Dr. Josep Ma. Farré, de la Comisión de Docencia del Hospital Universitario Quirón Dexeus.

El Dr. Pedro N. Barri ha querido señalar la importancia de la investigación del Dr. Brännström: *"La infertilidad absoluta por factor uterino afecta a una de cada 500 mujeres, unas 150.000 mujeres en toda Europa. Gracias al tesón, el esfuerzo y la tenacidad del Dr. Brännström, ahora estas mujeres cuentan con un tratamiento específico que les permite quedarse embarazadas"*.

El Dr. Brännström (1958, Suecia), doctorado en fisiología endocrinológica, es Profesor en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Instituto de Ciencias Clínicas de la Academia Sahlgrenska, en la Universidad de Goteborg, además de ser consultor senior en el departamento de Medicina ginecológica y reproductiva del Hospital de la Universidad

Dexeus Salud de la Mujer premia a Mats Brännström por lograr un nacimiento tras un trasplante de útero

20.02.15 | 15:03h. EUROPA PRESS | MADRID

El doctor sueco Mats Brännström, pionero en medicina reproductiva, ha recibido el premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer por lograr un nacimiento después de un trasplante de útero, que, en palabras del consejero de Salud de la Generalitat, Boi Ruiz, supone una técnica revolucionaria que aporta la primera solución médica ante la infertilidad causada por la ausencia de útero o por un útero no funcional.

El doctor Brännström, doctorado en fisiología endocrinológica, es profesor en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Instituto de Ciencias Clínicas de la Academia Sahlgrenska, en la Universidad de Goteborg, además de ser consultor senior en el departamento de Medicina ginecológica y reproductiva del Hospital de la Universidad Sahlgrenska. En 1998, una paciente a la que debían practicar una histerectomía radical por un cáncer cervical le sugirió el trasplante de útero como una posible solución a sus futuros problemas de infertilidad.

"La infertilidad absoluta por factor uterino afecta a una de cada 500 mujeres, unas 150.000 mujeres en toda Europa. Gracias al tesón, el esfuerzo y la tenacidad del Dr. Brännström, ahora estas mujeres cuentan con un tratamiento específico que les permite quedarse embarazadas", ha expresado el presidente de la Fundación, Pedro N. Barri.

Durante la gala, N. Barri también ha entregado las becas que anualmente concede la Fundación a proyectos de investigación clínica en materia de ginecología general, ginecología oncológica, medicina materno-fetal, medicina de la reproducción y ciencias básicas.

Los ganadores de las becas de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer 2014 han sido Alicia Pérez Calvo, del Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción del Hospital Universitario Quirón Dexeus, por el proyecto 'Estudio del impacto sobre la función sexual de la administración de testosterona transdérmica o placebo en mujeres con baja respuesta'; Silvia Cabrera Díaz, de la Unidad de Investigación Biomédica de Ginecología Oncológica, reconocida en el área Ginecología Oncológica y Mamaria por el proyecto 'Salivaomics; estrategia innovadora para la mejora del diagnóstico precoz del cáncer de ovario'.

Asimismo, se ha premiado a Samuel Ojosnegros Martos, del Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona, en el área de Ciencias Básicas, por el proyecto 'Desarrollo de un nuevo método de fecundación in vitro basado en la implantación de embriones ex vivo'; y a Federico Ezequiel Migliorelli Falcone, del Hospital Clínico de Barcelona, en el área de Medicina Materno Fetal, por el proyecto 'Evaluación de los factores clínicos y ecográficos predictivos del resultado de la inducción del parto en gestaciones únicas'.

http://www.telecinco.es/informativos/sociedad/Dexeus-Salud-Mujer-Mats-Brannstrom_0_1943550365.html

Directorio: Salud / Mujeres / Ginecología / Boi Ruiz

PRIMERA SOLUCIÓN MÉDICA A
INFERTILIDAD POR AUSENCIA DE ÚTERO

Dexeus Salud de la Mujer premia a Mats Brännström por lograr un nacimiento tras un trasplante de útero



Foto: FUNDACIÓN DEXEUS SALUD DE LA MUJER

Fotografía: 20/02/2015 11:00:00 AM

El doctor sueco Mats Brännström, pionero en medicina reproductiva, ha recibido el premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer por lograr un nacimiento después de un trasplante de útero, que, en palabras del consejero de Salud de la Generalitat, Boi Ruiz, supone una técnica revolucionaria que aporta la primera solución médica ante la infertilidad causada por la ausencia de útero o por un útero no funcional.

El doctor Brännström, doctorado en fisiología endocrinológica, es profesor en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Instituto de Ciencias Clínicas de la Academia Sahlgrenska, en la Universidad de Goteborg, además de ser consultor senior en el departamento de Medicina ginecológica y reproductiva del Hospital de la Universidad Sahlgrenska. En 1998, una paciente a la que debían practicar una histerectomía radical por un cáncer cervical le sugirió el trasplante de útero como una posible solución a sus futuros problemas de infertilidad.

"La infertilidad absoluta por factor uterino afecta a una de cada 500 mujeres, unas 150.000 mujeres en toda Europa. Gracias al tesón, el esfuerzo y la tenacidad del Dr. Brännström, ahora estas mujeres cuentan con un tratamiento específico que les permite quedarse embarazadas", ha expresado el presidente de la Fundación, Pedro N. Barri.

Durante la gala, N. Barri también ha entregado las becas que anualmente concede la Fundación a proyectos de investigación clínica en materia de ginecología general, ginecología oncológica, medicina materno-fetal, medicina de la reproducción y ciencias básicas.

Premian al médico que logró el primer embarazo tras un trasplante de útero

Vida | 20/02/2015 - 13:31h

TEMAS RELACIONADOS

Trasplantes

Boi Ruiz

NOTICIAS RELACIONADAS

- Vall d'Hebron, pionero mundial en hacer biopsia cáncer con análisis de sangre
- Adolescentes con cáncer, sin encaje en tratamientos pediátricos ni de adultos
- El Hospital 12 de Octubre consigue triple récord nacional en trasplantes
- Asociación contra el cáncer beca 5 proyectos de investigación con 100.000 €
- Ruiz dice que en futuro próximo saldrá un medicamento mejor para Hepatitis C

Barcelona, 20 feb (EFE).- El doctor Mats Brännström, que logró el primer nacimiento después de un trasplante de útero, recibió anoche el Premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer, en reconocimiento a su "dedicación a la innovación ginecológica".

Durante el acto de entrega del premio, el presidente de Salud de la Mujer Dexeus, Pedro N. Barri, subrayó que Brännström ha logrado con su investigación "ofrecer la primera solución médica a infertilidad causada por ausencia de útero".

El conseller de Salut, Boi Ruiz, que hizo entrega del galardón, destacó que la investigación del médico sueco ha culminado en la creación de una "técnica revolucionaria" que supone la primera solución médica ante la infertilidad causada por la ausencia de útero o por un útero no funcional.

En el acto, celebrado en el Auditorio del Hospital Universitario Quirón Dexeus, Pedro N. Barri, explicó que "la infertilidad absoluta por factor uterino afecta a una de cada 500 mujeres, unas 150.000 mujeres en toda Europa".

"Gracias al tesón, el esfuerzo y la tenacidad del doctor Brännström, ahora estas mujeres cuentan con un tratamiento específico que les permite quedarse embarazadas", añadió.

Mats Brännström (1958), doctorado en fisiología endocrinológica, es Profesor en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Instituto de Ciencias Clínicas de la Academia Sahlgrenska, en la Universidad de Goteborg, además de consultor sénior en el departamento de Medicina ginecológica y reproductiva del Hospital de la Universidad Sahlgrenska.

En 1998, una paciente a la que debían practicar una histerectomía radical por un cáncer cervical le sugirió el trasplante de útero como una posible solución a sus futuros problemas de infertilidad.

Esta conversación marcó el principio de la investigación y el desarrollo de la técnica de Brännström, que culminó el pasado mes de septiembre con el nacimiento del primer bebé nacido de una mujer con un útero trasplantado.

Durante la gala de entrega del premio, Barri también entregó las becas que anualmente concede la Fundación a proyectos de investigación clínica en materia de ginecología general, ginecología oncológica, medicina materno-fetal, medicina de la reproducción y ciencias básicas.

<http://www.lavanguardia.com/vida/20150220/54427452133/premian-al-medico-que-logro-el-primero-embarazo-tras-un-trasplante-de-utero.html>

Mats Brännström, doctor en obstetricia y ginecología, XI Premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer



Redacción, 21-02-2015 - El doctor Mats Brännström, que logró el primer nacimiento después de un trasplante de útero, ha recibido el Premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer, en reconocimiento a su "dedicación a la innovación ginecológica".

Durante el acto de entrega del premio, el presidente de Salud de la Mujer Dexeus, Pedro N. Barri, subrayó que Brännström ha logrado con su investigación "ofrecer la primera solución médica a infertilidad causada por ausencia de útero".

El conseller de Salut, Boi Ruiz, que hizo entrega del galardón, destacó que la investigación del médico sueco ha culminado en la creación de una "técnica revolucionaria" que supone la primera solución médica ante la infertilidad causada por la ausencia de útero o por un útero no funcional.

En el acto, celebrado en el Auditorio del Hospital Universitario Quirón Dexeus, Pedro N. Barri, explicó que "la infertilidad absoluta por factor uterino afecta a una de cada 500 mujeres, unas 150.000 mujeres en toda Europa".

<http://buenoparalasalud.com/dr-mats-brannstrom-xi-premio-fundacion-dexeus-salud-de-la-mujer/>

SOCIEDAD / EXPERTO EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Mats Brännström: «Recibo por lo menos dos correos al mes de mujeres que quieren donar su útero»

ANA LITSA IZLAS / BARCELONA | Día 22/02/2015 - 16:42h

• El médico sueco, artífice del primer nacimiento después de un trasplante de útero, afirma que las historias de sus pacientes son «una fuente de inspiración» para la investigación



IVÉS BAUCELLAS
Mats Brännström, durante un momento de la entrevista con ABC

El **doctor Brännström** es la estrella de la **reproducción asistida** a nivel mundial. Actualmente conduce un ensayo por el que diez **mujeres** suecas que nacieron **sin útero** (síndrome MRKH, que conduce a la ausencia, total o parcial de vagina y útero, y que afecta a una de cada 5.000 mujeres al nacer) recibieron un trasplante de **donantes vivas** para lograr quedar embarazadas por fecundación in vitro (FIV). De éstas, dos rechazaron el útero; seis lograron el embarazo, pero, lamentablemente, hubo dos pérdidas. El **primer bebé de un útero trasplantado**, Vincent (¡vencedor!), nació en Suecia en octubre; dos más nacieron en diciembre, y para verano nacerá uno más (actualmente de 18 semanas).

—¿Cuatro de diez?

—Para un tratamiento nuevo son muy buenos resultados.

—¿Y las otras seis?

— Hay que darse cuenta que para estas mujeres que nacieron sin un útero y que a los 15 años les dijeron que no podrían tener nunca un bebé, este tratamiento les da la esperanza de una posibilidad. Antes no tenían ni eso.

GACETA MÉDICA

23 de febrero al 1 de marzo de 2015 GM

L'artífex del primer naixement després d'un trasplantament d'úter, Mats Brännström, ha rebut el Premi Fundació Dexeus Salut de la Dona. El Conseller de Salut, Boi Ruiz, va ser l'encarregat de fet lliurament del guardó a Brännström, fent una especial menció a la seva dedicació a la recerca ginecològica, una dedicació que ha



culminat en la creació d'una tècnica revolucionària que suposa la primera solució mèdica davant la infertilitat causada per l'absència d'úter o per un úter no funcional.

Cambios hormonales, principal causa de problemas en mujeres

Estrías, sequedad vaginal o piernas cansadas son algunos de los inconvenientes a los que ellas se enfrentan

A. S.

La mujer pasa por varias etapas a lo largo de su vida, periodos en los que se producen grandes cambios hormonales. Ello hace que la mujer se vea afectada de diferentes maneras. Una de las mayores preocupaciones de ellas es el cuidado de la producción hormonal y la preparación para hacer frente a etapas específicas como la pubertad, el embarazo o la menopausia. Todas éstas inciden directamente en el estado de la piel. Los estrógenos, por ejemplo, son las conocidas hormonas sexuales y de ellos depende el mantenimiento del colágeno, la sustancia que da flexibilidad y firmeza. En este sentido, llevar unos hábitos de vida saludables (hidratación, alimentación adecuada y ejercicio) es clave para tener una buena piel. Los cambios en la vida de la mujer pueden ocasionar daños en los tejidos, como las estrías. Éstas se producen por diferentes causas. La deshidratación y los cambios bruscos de peso, ocasionados generalmente du-

rante la pubertad y el embarazo, son las más comunes. Además, la mayoría de mujeres de más de 45 años pueden sufrir la sensación de pesadez en las piernas, lo que se conoce comúnmente como piernas cansadas. En esta afección influye tanto el sedentarismo como la edad, así como factores hereditarios o algunas patologías. Todos ellos giran, al final, en

La mayoría de las mujeres de más de 45 años pueden sufrir la sensación de pesadez en las piernas

torno a problemas de mala circulación sanguínea. Cuando el retorno de la sangre venosa procedente de las piernas hacia el corazón no se produce adecuadamente, la sangre se acumula en las piernas produciendo la sensación de pesadez. Tanto la higiene íntima diaria como la sequedad vaginal son otras de

las preocupaciones de la mujer. Ésta pasa por varios ciclos a lo largo de su vida y en algunos de ellas puede tener la sensación de sequedad en la zona vaginal. Esto se produce por cambios hormonales, ya sea por estados menopáusicos o por la ingesta de anticonceptivos hormonales de baja dosis. En estos casos se necesita una hidratación rápida y duradera, así como un aporte de frescor y bienestar. Pero no basta con esto, sino que también es muy recomendable lavar la zona íntima femenina con un producto especialmente diseñado para respetar el pH íntimo y la flora bacteriana. Ésta es la encargada de proteger contra patógenos externos. El aumento de pH disminuye esta flora y por lo tanto aumenta el riesgo de infección. El uso de productos específicos contribuye a reforzar las defensas y ayuda a evitar irritaciones.

Para combatir estos problemas los especialistas aconsejan seguir unas pautas. Seguir una alimentación saludable, beber dos litros de agua diarios y hacer ejercicio habitualmente. Además de seguir estos hábitos de vida saludables, existen productos que pueden ser de gran



Los cambios en la vida de la mujer ocasionan daños en los tejidos, como las estrías.

ayuda para prevenir estos problemas asociados a ellas. "Los especialistas somos conscientes de los problemas que pueden aparecer en la vida de toda mujer y por eso hemos creado junto a Revlon una línea de productos cosméticos femeninos", explica Alicia Ubeda, jefe de servicio de ginecología Salud de la Mujer Dexeus. Esta línea de cosméticos incluye tratamientos que responden a necesidades reales de la mujer, tales como la higiene íntima diaria, la hidratación vaginal, las piernas cansadas y los realfirmantes postparto. "Estamos tan convencidos de la calidad de estos productos que vamos a recomendarlo a todas las mujeres, que por su situación de embarazo, de postoperatorio, de menopausia, u otros, puedan beneficiarse de estos tratamientos", apunta Pedro N. Barri, director de Salud de la Mujer Dexeus. Gracias a las propiedades del tratamiento antiestrias y a su aplicación continuada, cuenta el especialista Barri, se reduce el aspecto de las estrías existentes y ayuda a prevenir la aparición de otras. "Todo ello en sólo 30 días", concluye.

SER MADRE ESTÁ EN TU MANO

Inicia tu tratamiento de reproducción con nosotros y te regalamos la 1ª visita.



Infórmate o pide hora:
93 227 47 27
www.dexeus.com

Síguenos en: [Facebook](#) [Twitter](#) [Instagram](#) [LinkedIn](#)



1ª visita gratuita

SALUD FEMENINA

Haber tenido hijos puede proteger frente al cáncer

Muchos estudios han demostrado que las mujeres que han tenido un embarazo antes de los 35 años tienen menos riesgo de sufrir cánceres de tipo ginecológico. La lactancia materna también es un acto que cuenta con un gran efecto protector



DRA. ANNA
ASTURGO
MUNTAL
Médico adjunto de
Salud de la Mujer
Dexeus (Barcelona)

El tener hijos es un paso muy importante en una mujer porque cambia substancialmente su vida, aunque lo que pocas saben es que esta decisión marca también la salud futura, en general, de forma positiva.

✦ **El embarazo protege frente a algunos tumores.** Los estudios han demostrado las ventajas de una vida saludable ligada al embarazo en la prevención del cáncer. Por ejemplo, se ha comprobado que hay una relación entre la ausencia de embarazo o el embarazo tardío—primer embarazo tras los 35 años—con la aparición de cánceres como el de mama.

✦ **Pero no es lo único que influye.** Estar más protegida no significa no poder sufrirlos, y no haber estado embarazada tampoco significa que vayas a padecerlos. Hayas tenido hijos o no, sigue siendo igual de importante controlar su aparición mediante las pruebas de cribado y llevar un estilo de vida saludable.

MENOS RIESGO DE TUMOR MAMARIO...

El American Institute for Cancer Research (AICR) ha realizado un estudio que sugiere que la lactancia materna reduce el riesgo de padecer cáncer de mama, tanto durante la etapa fértil de la mujer como en los años posteriores a la menopausia.

✦ **Los beneficios de la lactancia,** según una investigación publicada en el Journal of Human Lactation tienen que ver con una sustancia presente en el calostro y la leche materna, que podrían tener un efecto protector frente al cáncer. Los beneficios son también importantes para el niño: reduce el riesgo de obesidad, que a su vez aleja

POR QUÉ OCURRE

Así ayudó a tu organismo el embarazo

✦ **Durante ese periodo te cuidas más.** La maternidad suele vincularse con un periodo en la vida de la mujer en la que se cuida más, evita tóxicos como el tabaco o el alcohol y se mantiene más en forma.

✦ **Estás un tiempo sin ovular.** Se ha demostrado que las etapas de anovulación prolongadas (que es lo que ocurre durante el embarazo y el periodo de lactancia) disminuyen el riesgo oncológico.

✦ **La leche materna es "protectora".** Se sospecha que una sustancia llamada TRAIL, presente en el calostro y la leche materna, podría explicar las razones de su efecto protector contra el cáncer.

MATS BRÄNNSTRÖM Ginecólogo

“El éxito de un trasplante de útero es que la mujer consiga dar a luz”

JESSICA MOUZO
Barcelona

El ginecólogo sueco Mats Brännström muestra orgulloso una fotografía que prueba el avance médico que protagonizó el pasado septiembre: madre, hijo y donante sonríen a la cámara como prueba de la primera vez que una mujer con un trasplante de útero dio a luz a un bebé. Este caso ha sido el primero, pero no el único. “Otros dos embarazos han llegado a buen término”, dice Brännström en un despacho de la clínica Salud de la Mujer Dexeus de Barcelona, el mismo día —hace dos semanas— que recogió un premio de la institución sanitaria.

El médico, profesor de la Universidad de Gotemburgo, rememora por qué puso en marcha su proyecto de investigación. “Fue en Australia, en 1998, con una paciente que había sufrido un cáncer cervical y hubo que extirparle el útero. Ella me dijo que por qué no le hacía un trasplante, que su madre se lo podría donar... En realidad, yo nunca había pensado sobre eso y en ese momento me pa-

reció una locura”, relata. Pero poco le duró la duda. Al año siguiente, su equipo empezó a investigar con animales. Se planteaba así realizar el primer trasplante temporal —tras el embarazo, el órgano se extirpa—, no exento de polémica. Para muchos, por la relación entre riesgo y beneficio que suponía el trasplante, la intervención no valía la pena. “Durante cinco años hemos trabajado y publicado bastante sobre el tema ético, pero no sólo los médicos, sino también los enfermeros y los pacientes”, reconoce el ginecólogo.

El equipo de Brännström tardó 12 años en perfeccionar la técnica y atreverse a practicarla en humanos. La idea era trasplantar el útero a mujeres que, pese a tener los ovarios intactos, carecían del órgano para gestar al bebé. Luego, se le transferiría un gameto fecundado.

Nueve suecas fueron trasplantadas con éxito. Pero todavía no se podía hablar de éxito. “La primera victoria es la cirugía, luego que la mujer tenga la menstruación con normalidad y después el embarazo... Pero la definición del



El cirujano sueco Mats Brännström hace dos semanas en la clínica Dexeus de Barcelona. / GIANLUCA BATTISTA

“La primera victoria es la cirugía, luego tener la menstruación”

éxito del trasplante de útero es que la mujer consiga dar a luz”, sentencia.

Dos mujeres sufrieron rechazos y hubo varios abortos. Hasta ahora, tres de las jóvenes han conseguido llevar el embarazo a buen puerto y una cuarta está encinta de 18 semanas. “Podemos decir que ha habido tres trasplantes de útero exitosos en el mundo”, ríe el ginecólogo.

Él y su equipo hacen segui-

miento a las madres, hijos y donantes que han participado en su proyecto. “Hay que asegurar que no les pase nada dentro de 15 años. Todavía no sabemos qué riesgos pueden tener a largo plazo, pero no sólo riesgos médicos, sino también psicológicos, por lo que el seguimiento de los pacientes es necesario”.

Brännström reconoce que, cuando inició la investigación, “no era consciente de la grandeza del proyecto” del que, asegura, sólo está en el principio. “Se trata de un nuevo concepto, pero no sólo desde el punto de vista médico, sino que también es algo con lo que puede empatizar mucha gente porque hay muchas personas estériles que quieren ser madres”. Su equipo ya está trabajan-

do en la posibilidad de emplear úteros de donantes fallecidos y tratarlos en el laboratorio con células madre de la transplantada. “Así no te arriesgas a un rechazo porque estás utilizando células propias. Ahora estamos experimentando con animales, pero puede que tardemos como 10 años en probarlo”, explica.

El ginecólogo reconoce que recibe cientos de mensajes y correos electrónicos de mujeres de todo el mundo. “Yo les digo que por ahora solo estamos en Suecia pero que con el tiempo esperamos abrir más centros”. Brännström confía en que “esta técnica se va a extender”, pero tardará años en convertirse en un procedimiento rutinario para combatir la infertilidad.

En primera persona

Prematuros, LOS SUPERBEBÉS

Nacen semanas e incluso meses antes de lo que les correspondería y con pesos ínfimos, pero lo podrán contar. En España, un 7% de los bebés son prematuros. Las unidades de neonatología luchan para ayudarles a vivir y evitarles secuelas. He aquí tres historias de éxito.

Texto: Marta Naval
Fotos: Flaminia Pelazzi

Sara debería estar todavía en el vientre de Raquel. Nació en diciembre, tres meses antes de la fecha prevista y lo hizo con tan sólo 27 semanas de gestación y menos de un tercio de lo que suele pesar un bebé a los nueve meses de embarazo. Sara pesó 900 gramos. Era una prematura extrema. Empezó en ese instante una carrera de fondo de un gran equipo para lograr sobrevivir y para hacerlo sin secuelas. Cada año nacen 29.000 niños prematuros en España. De estos, los que nacen por debajo de las 28 semanas son especialmente frágiles y tienen un alto índice de mortalidad. "La veo como una niña milagro", afirma Raquel Sagaz, la mamá de Sara, una abogada de 45 años que se enfrenta sin

pareja a una maternidad que empezó mucho antes de lo que se esperaba y de un modo que jamás habría imaginado. "Lo que sucedió es que por una infección, la bolsa [amniótica] se rompió y llegué al hospital con dolor y con inicio de contracciones. Estaba de 5 meses, 24 semanas, y me advirtieron de que si no podían parar el proceso de parto la niña no tenía posibilidades de sobrevivir. Por suerte, consiguieron mantenerme un mes haciendo reposo hasta que volvieron las contracciones y no hubo más remedio que practicar una cesárea de urgencia. En todo momento me advirtieron de que existía un riesgo importante de que la niña, que todavía no tenía ni nombre, naciese sin respirar y no llegasen a tiempo de administrarle oxígeno", recuerda Raquel.

TRES PADRES GENÉTICOS Reino Unido aprueba el método

A partir de este año podrán nacer los primeros bebés con dos madres y un padre, a nivel genético. Esta medida podrá ayudar a numerosas parejas que han perdido bebés a causa de enfermedades como las mitocondriales, heredadas de la madre. La medida se trata, esencialmente, de una especie de trasplante de órganos a escala microscópica. La madre con defectos en el ADN de sus mitocondrias (una parte de la célula) pondría el núcleo de su óvulo. Con él transmitiría a través de su ADN convencional casi la mitad de la información que determina cómo será su hijo. Ese núcleo se insertaría en un óvulo de una mujer sana, que transmitiría al bebé sólo el pequeño porcentaje de sus genes que corresponde al ADN mitocondrial (el 0,1%). Finalmente, el óvulo sería fecundado por el esperma del hombre, que aportaría así, igual que la madre, casi la mitad de la información genética al hijo.

Reino Unido se convierte de este modo en el primer país que legaliza la reproducción asistida con genes de tres individuos y se estima que hasta unas 2.500 familias puedan beneficiarse de esta tecnología.

NI RESPIRAR, NI COMER...

Cuando se prevén partos de prematuros los equipos de pediatría y de ginecología trabajan de la mano. No hay tiempo que perder. Los pulmones del bebé son todavía muy frágiles, a pesar del tratamiento con corticoides que recibe la madre para madurarlos. Los segundos que pasan desde que se corta el cordón umbilical hasta que se le administra oxígeno son vitales. "Al nacer no la oí llorar y en el informe que me dieron -cuenta Raquel- leí que la habían reanimado". Un prematuro extremo como Sara no puede ni comer por sí sola ni respirar. Los avances tecnológicos y los cuidados de enfermería son vitales para estos bebés. "La tecnología junto con la familia

72 - objetivobienestar.com

OPINIÓN

SALUD DE LA MUJER



Un nuevo test es capaz de detectar hasta el 100% de los cánceres hereditarios.

Identificar el riesgo de cáncer con una muestra de sangre

Se estudia un total de 200 genes y en 15 días permite conocer la posibilidad de sufrir un tumor a lo largo de la vida

JOAN OLIVA

Conocer el riesgo que se tiene de padecer algún cáncer ya es posible con una simple extracción de sangre o una muestra de saliva. Además, en un tiempo mucho más reducido que con otras técnicas de detección de riesgo. Mientras que hasta ahora podía tardarse más de un año en obtener los resultados, con el nuevo qCancerRISK bastan 15 días para saber la probabilidad que se tiene de sufrir ciertos tipos de tumores. "Asimismo, hasta ahora sólo se estudiaba el gen BRCA, con el nuevo test, sin embargo, somos capaces de estudiar un total de 200", afirma Rafael Fábregas, consultor de ginecología oncológica y mastología de Salud de la Mujer Dexeus de Barcelona. Mientras que el gen explorado hasta el momento, el BRCA, está relacionado sólo con cánceres de mama, ovario y próstata, el nuevo test, es capaz de detectar el 100% de los cánceres hereditarios. El tumor es una enfermedad multifactorial en la que influyen los factores genéticos y ambientales. La mayoría de los casos son esporádicos y no hereditarios. Pero en un 10-15% de la totalidad existe una alteración genética hereditaria. Por este motivo, está especialmente indicada para aquellas personas que presen-

ten antecedentes familiares. El protocolo de actuación es sencillo. En primer lugar, el paciente se somete a una entrevista con un genetista donde se elabora un árbol genealógico, "eso nos sirve después para valorar los resultados", apunta el especialista. Posteriormente se le realiza una extracción de sangre y, transcurridos los 15 días, el genetista se encarga de explicar los resultados de la prueba y un ginecólogo oncólogo de recomendar, a nivel práctico, las pautas que se deben seguir para prevenirlo. Aunque, añade, también hay personas que sin tener antecedentes quieren examinarse, suelen ser personas con una gran aprensión a los tumores. A éstos, explica Fábregas, se les debe explicar muy bien en qué consiste la prueba, "en aquellos casos en los que detectamos una posible ansiedad frente al cáncer y en los que la persona no entiende bien en qué consiste la prueba, lo que hacemos es derivarla a un psico-oncólogo", explica el especialista de Dexeus.

El test no informa sobre si se va a padecer un cáncer o no, sino que indica el riesgo de sufrirlo. Según la combinación de genes la probabilidad de tumor variará. El riesgo puede llegar hasta un 80-85% en algunos casos. En otros, sin embargo, el porcentaje puede ser no tan elevado pero sí superior a la media. En este sentido, por ejemplo, las mujeres portadoras de una alteración genética

En un 10-15% de cánceres diagnosticados existe una alteración genética hereditaria

en los genes BARD1, BRIP1, MRE11A, NBN, RAD50 y RAD51C presentan un incremento del riesgo de cáncer de mama cuatro veces superior al de las mujeres no portadoras. Salud de la Mujer Dexeus, en colaboración con gqonomica, lleva un año trabajando de manera interna el uso de este test y desde principios de este año ya está disponible para sus pacientes. "Aunque de momento no ha venido ningún hombre a realizarse la prueba, también está disponible para ellos", explica Fábregas. Según los especialistas, no se trata de un producto sino de un servicio que cambiará la forma de entender la relación entre médico y paciente. "Las técnicas de genómica es algo que van a impactar mucho en la filosofía de la medicina, nos permite una auténtica prevención, pues actuamos en salud y no en enfermedad", añade el ginecólogo oncólogo.

SALUD FEMENINA

Evita que la menopausia altere tu descanso

Los cambios hormonales que ocurren al llegar a esta etapa a veces provocan sofocos, afectan al estado de ánimo... y eso puede revertir en una mala calidad del sueño. Pero existen herramientas a tu alcance para evitar el problema y recuperar el buen dormir



NO LO DEJES PASAR

El insomnio y la depresión van de la mano

◀ **Las mujeres que sufren depresión** suelen tener insomnio. El 80% de las personas con depresión manifiesta sufrir un deterioro del sueño, según una revisión de estudios publicada en "Sleep".

◀ **Pero la relación del sueño y el ánimo** es bidireccional: las mujeres que duermen mal tienen a su vez más riesgo de sufrir alteraciones como ansiedad, nerviosismo o un bajo estado de ánimo.

▶ **Por ello, dormir bien te protege.** Cuando se logra descansar plenamente el riesgo de depresión es más bajo, por lo que intentar poner remedio al problema protege tu salud mental.



DR. PASCUAL GARCÍA
Ginecólogo de la
Unidad de Menopausia
de Salud de la Mujer
Dexeus (Barcelona)

Los problemas del sueño aumentan con la edad debido a los cambios físicos y hormonales, y son mucho más frecuentes en las mujeres que en los hombres.

▶ **¿Has notado que duermes peor?** El insomnio es más frecuente después de los 55 años y el consumo de hipnóticos (fármacos que ayudan a dormir) es mayor en mujeres. Uno de los factores que más condicionan estas diferencias es sin duda la menopausia. Algunos estudios constatan que alrededor del 47% de las mujeres en edad menopáusica están insatisfechas con la calidad de su sueño.

▶ **¿Cuándo se presentan los primeros síntomas?** Durante la etapa de la transición de la menopausia pueden aparecer ya las dificultades para conciliar el sueño y aparecen más despertares nocturnos. La presencia de síntomas vasomotores (los conocidos sofocos) predice la llegada de esas alteraciones del sueño. Esto se debe al efecto que los cambios en los niveles de estrógenos tienen sobre el cerebro y las áreas relacionadas con el sueño.

UN PROBLEMA QUE TIENE SOLUCIÓN

▶ **¿Por qué te conviene prestar atención?** Una mala calidad del sueño puede convertirse en un generador de nuevos síntomas entre las mujeres menopáusicas (eso acaba afectando al ánimo, al aspecto físico...), así que tratar el insomnio ayuda a mejorar la calidad de vida durante esta etapa.

▶ **¿Cómo se puede lograr este objetivo?** Lo que se puede hacer es tratar de disminuir el número de despertares nocturnos y para

Un embarazo a los 65 años tiene un riesgo demasiado alto | RAC 1

"Un embarazo a los 65 años tiene un riesgo demasiado alto, tanto para salud de la mujer como para la de los hijos". Hablamos con el **Dr. P. Barri**, director de **Salud de la Mujer Dexeus**, sobre el caso de la alemana Annegret Raunig en [La nit a RAC 1](#).

13/04/15



<https://uwhisp.com/lanitarac1/pere-barri-embarassos-als-65-anys-mavergonyeix-com-a-metge-els-hospitals-no-son-botigues-de-nens>

El factor masculino | La Cope

20/04/15

Entrevista con [Marta Ballester](#) | La Cope

En muchas ocasiones pensamos que los problemas de fertilidad van estrechamente ligados a la mujer, pero lo cierto es que el hombre también tiene mucho que ver.

Está claro que el factor masculino es importante.

En un estudio de la fertilidad en el hombre, se analiza la calidad seminal. Hablamos de mala calidad de semen cuando se considera que uno de los parámetros seminales de la muestra de semen no cumple con los [valores de referencia descritos por la Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#).



Para evaluar la calidad del semen se tienen en cuenta, sobretodo, tres factores:

- La producción de espermatozoides
- La alteración en la movilidad
- La alteración de la morfología

¿Los problemas de calidad han ido aumentando?

Si. La calidad del semen ha ido disminuyendo debido a los hábitos de vida que tenemos hoy en día. Existen varios factores, como los genéticos, las enfermedades, efectos secundarios a la cirugía... Pero cabe destacar la incidencia de los factores ambientales. Estos incluyen el consumo de tabaco y alcohol, la alimentación y el exceso de deporte. El deporte profesional o de alta competición, como por ejemplo el ciclismo, requiere un esfuerzo físico muy elevado que puede acabar siendo perjudicial para la fertilidad en el hombre.

¿Qué solución puede haber?

En el caso de factores médicos, la infertilidad se puede tratar mediante técnicas de reproducción asistida.

Por otro lado, ante los factores ambientales, es recomendable cambiar el estilo de vida para que sea más sano, junto con una alimentación que evite los malos hábitos nutricionales (demasiada carne, abuso de lácteos o déficit de verduras, antioxidantes y vitaminas) y una práctica de deporte moderada.



<http://www.cope.es/player/noche-almeida-infertilidad-210415&id=2015042101580001&activo=10>

sociedad



Revisión ginecológica a una mujer en el hospital de La Paz en 2014. / LUIS SEVILLANO

El diagnóstico de la endometriosis tarda siete años de media

El crecimiento del tejido del útero afecta al 20% de las mujeres

EULIO DE BENITO
Madrid

Unos siete años de media tarda una mujer en ser diagnosticada de endometriosis, dice Pere Barri, jefe del equipo interdisciplinar que atiende a estas pacientes en el Instituto Dexeus de Barcelona. La enfermedad consiste en el crecimiento anómalo del endometrio, el tejido del útero. Lo normal es que se propague por la cavidad abdominal, explica Barri, pero, a veces, puede llegar al pulmón o la boca, por ejemplo.

A Cristina Gurruchaga, de la Asociación de Mujeres con Endometriosis de Cataluña, el cálculo le parece corto. "El diagnóstico tarda los nueve años", afirma. Durante ese tiempo, hay algo más que sufrimiento físico. "Nos llaman hipcondríacas y nos dicen que tenemos un dolor psicológico. Pero somos la primera patología ginecológica, más que la diabetes y el sida juntas, y sigue siendo invisible", añade.

Al contrario de lo que pasa con las enfermedades raras, en este caso el retraso en el diagnóstico no es por desconocimiento o falta de casos. Hasta un 20% de las mujeres en edad de tener hijos sufren esta enfermedad. Además, su incidencia va a más. "Es una enfermedad de países ricos; en África no he visto ningún caso", explica Barri. Por eso se sospecha que hay factores ambientales que la causan, pero no se ha identificado cuál —quizá los disruptores endocrinos, el estrés, los hábitos de vida poco saludables—, afirma el médico. Gurruchaga no duda: "Si fuera una enfermedad de hombres, tendríamos diagnóstico y tratamiento. Como es de mujeres ha sido sistemáticamente marginada".

El resultado son dolores —que pueden ser muy discapacitantes—, trastornos hormonales

y problemas de fertilidad. Este conjunto de síntomas es el que hace necesario que sea un equipo variado el que trate a las pacientes. "La medicación que nos dan no es tanto para frenar la enfermedad como para el dolor, incluyendo morfínicos en pauta ascendente. El tratamiento más agresivo es la menopausia inducida", cuenta Gurruchaga.

En menos de la mitad de los casos hay que operar. La portavoz de las afectadas mira esta opción con recelo. "En la sanidad

"Si la sufrieran los hombres ya tendría solución", dice una afectada

pública optan con mejorar la calidad de vida de la paciente, evitando la cirugía", dice. Este abordaje no es para todas. "Si son capaces de limpiar los focos puedes estar mucho mejor pero toda cirugía conlleva un riesgo", explica.

Con la menopausia, la enfermedad remite. Esta relación con el climaterio tiene sus ventajas y desventajas. En algunos casos el tratamiento (o la consecuencia de la cirugía) es una menopausia adelantada. Con ella, "el dolor mejora, porque el foco endometrial se seca ya que no tienes reglas", dice Gurruchaga. "Sería la panacea, aunque a algunos pacientes no les funciona. En contrapartida tienes problemas de piel, vaginales, de huesos...".

Y hay otro factor relacionado importante. "Antes la mujer tenía primero los hijos y luego desarrollaba la endometriosis. Ahora, con el retraso de la maternidad pasa al revés. Por eso es muy importante preservar la fecundidad", afirma el médico.

El ADN está escrito con seis 'letras' y no con las cuatro más conocidas

E. DE B. Madrid

El alfabeto genético, esas cuatro letras (la inicial del nombre de las moléculas) a, c, g y t que forman las cadenas de ADN, crece. El último número de Cell incluye cuatro artículos con el descubrimiento de una sexta letra, la metil-adenina (mA) en moscas, algas y hongos, más un comentario de Holger Heyn y Manel Esteller, del Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IIBG).

"Ya se había descubierto una,

la metil-citosina, en los ochenta", explica Esteller. La metil-adenina se conocía en bacterias, donde actuaba como un marcador del ADN propio para protegerlo del sistema de defensa ante infecciones. "Eso sí, aún no se ha detectado en mamíferos", añade.

El investigador defiende que no se trata de una variante de la adenina (la a del alfabeto), sino de una entidad propia, que se transmite y con funciones de regulador. Ahora hay que buscarla en humanos, afirma.

¿LO TIENES?



EL PRIMER JUEVES DE CADA MES, GRATIS CON EL PAÍS

Facebook Twitter Instagram YouTube

icon.elpais.com

SALUD DE LA MUJER

Madre a partir de los 40 años, una decisión cada vez más común

La incorporación al mercado laboral o querer tener hijos con una segunda pareja son algunos de los motivos principales

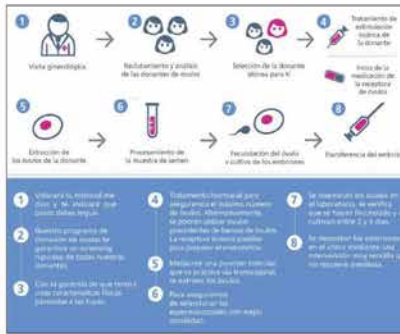
J.O.

“Tic-tac, tic-tac...” Desde el momento en el que nace, una mujer está predestinada a escuchar el reloj biológico que lleva incorporado y que le avisa acerca de que su fertilidad tiene fecha de caducidad. Si ella quiere tener hijos debe darse prisa, pensar en algunos. Lo que no saben es que hace tiempo que el mencionado reloj biológico puede ajustarse. La incorporación de la mujer al trabajo, la difícil situación económica o sencillamente, la voluntad de querer crecer en otros aspectos antes de ser madre, ha hecho que muchas mujeres hayan querido postergar la decisión de tener hijos. La fecundación in vitro (FIV) con óvulos donados ha permitido a muchas de ellas que el reloj biológico no les condicione su vida y que puedan decidir cómo y cuándo quieren ser madres. Actualmente, en España se realizan más de 50.000 ciclos de FIV cada año y según la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Fertilidad, ya son más de cinco millones de niños en todo el mundo los que han nacido gracias a esta técnica.

A diferencia de los hombres (que pro-

La tasa de éxito de embarazo en el primer intento se sitúa entre un 50 y un 55%

ducen espermatozoides durante toda la vida), ellas nacen con un número determinado de óvulos dentro de sus ovarios. Concretamente con cerca de un millón. A pesar de que parecen interminables, se agotan. Desde la primera menstruación, cada mes la mujer irá perdiendo reserva ovárica. Una pérdida que además a partir de los 35 años se volverá más acelerada hasta



El proceso de recepción de óvulos dura entre un mes y medio y dos.

que finalmente la agote por completo (45-50 años). Hace unos años, quedarse embarazada a partir de los 40 años parecía misión imposible. Ahora, sin embargo, gracias a técnicas de FIV con donación de óvulos más de la mitad lo consigue. “La tasa de éxito de embarazo en el primer intento se sitúa entre un 50 y un 55%, pero si además quedan embriones congelados, podemos llegar a conseguir un 75% de éxito. Es decir, al final, un 75-80% de las mujeres que pasan por nuestra clínica consiguen quedarse embarazadas”, afirma Elisabet Clua Obradó, bióloga del departamento de obstetricia ginecología y reproducción de Salud de la Mujer Dexeus. La tasa de receptoras de óvulos se ha mantenido estable durante los últimos años. Sin embargo, las que lo hacen, cada vez son más mayores. Mientras que en el año 2002 el porcentaje de pacientes receptoras de más de 40 años era de un 47%, en el último año esta cifra ha aumentado hasta un 64,7%. “Las mujeres que se someten a esta téc-

nica lo hacen ya sea por motivos laborales o bien porque muchas deciden tener hijos con su segunda pareja”, añade la bióloga Clua. Aunque también las hay que se someten a la donación debido a que su reserva ovárica es deficiente por motivos genéticos. Sea como fuere, el proceso suele durar entre un mes y medio y dos. El procedimiento empieza con varias pruebas, tanto para comprobar la salud de ella como la de él (en caso de que tenga pareja masculina). La selección de la donante (que también se somete a multitud de pruebas genéticas y psicológicas para descartar enfermedades) se realiza respetando y garantizando la máxima similitud fenotípica (física e inmunológica) de la paciente. “Siempre es conveniente explicar a la futura madre que la expresión de las características físicas no las podemos controlar. A pesar de que se haya buscado a la donante más parecida, las características físicas siguen una herencia multifactorial”, concluye Elisabet Clua.

FARMACIA DE GUARDIA

La farmacia en el cuidado del bebé

Las mujeres que acaban de ser madres constituyen uno de los segmentos de población que más acude a las farmacias. Los conocimientos y competencias de los farmacéuticos sobre el uso de los medicamentos, sintomas leves y productos específicos para el cuidado del bebé, convierten a las farmacias en centros sanitarios de referencia en la resolución de problemas, evitando las visitas a los servicios de urgencias y derivando el paciente al médico cuando es necesario. Destaca la importancia del asesoramiento de estos profesionales en lo que respecta a la formulación de leches y papillas infantiles. Los problemas y molestias digestivos en los bebés, que son de los más comunes, pueden resolverse modificando el tipo de leche que toman. “Casos de gases, estreñimiento o diarreas pueden evitarse modificando la fórmula de estos productos y con la introducción de un tipo diferente de producto, que incluso puede sustituir la administración de fármacos como laxantes”, subraya Cinta Tomás, farmacéutica comunitaria y miembro de la junta directiva de la Asocia-

El ácido fólico durante el mes previo a la gestación evita hasta tres terceras partes de los casos de espina bífida

ción de Farmacias de Barcelona (AFB). El farmacéutico es el profesional que, por su formación y conocimientos, está mejor capacitado para ofrecer las recomendaciones en torno a los biberones y tetinas. El uso de un producto u otro puede resolver molestias digestivas. “En este terreno, el farmacéutico es el profesional más preparado. Dispone y aconseja sobre productos específicos y adecuados para cada caso, muchos de los cuales, por su propia especificidad, sólo se encuentran en la farmacia”, apunta Tomás. Entre las consultas más frecuentes en las farmacias relacionadas con el recién nacido, también se encuentran las dermatológicas. Problemas como la denominada dermatitis del pañal, la costra láctea o el acné del bebé, son afecciones que pueden solucionarse con el consejo del farmacéutico y con productos disponibles en farmacias que no precisan receta médica. El papel del farmacéutico como profesional sanitario de referencia es fundamental tanto en el seguimiento del embarazo como del estado de salud del recién nacido y su evolución, no sólo por sus conocimientos y formación, sino también por su cercanía y accesibilidad.

SER MADRE ESTÁ EN TU MANO

Inicia tu tratamiento de reproducción con nosotros y te regalamos la 1ª visita.

Dexeus

Salud de la mujer

Informa o pide hora:
93 227 47 27
www.dexeus.com

Síguenos en: [Facebook](#) [Twitter](#) [Instagram](#) [LinkedIn](#)

1ª visita gratuita



AFB
Asociació de Farmàcies de Barcelona

miembro de:

FEFAC
Federació d'Associacions de Farmàcies de Catalunya

SOCIETAT • MANRESA

Entrevista Anna Veiga

Doctora honoris causa per la UVic-UCC. La investidura d'un doctor honoris causa és un dels actes acadèmics més importants d'una universitat. La Fundació Universitària del Bages ja s'ha estrenat lliurant honors a la investigadora Anna Veiga. Fa 30 anys va ser la mare científica de la primera nena proveta a l'estat espanyol. Ara dedica els seus esforços a la investigació amb cèl·lules mare per tractar malalties degeneratives fins ara incurables

«Un reconeixement acadèmic té un plus»

► La científica Anna Veiga reclama que les dones siguin més presents als llocs amb poder de decisió en tots els àmbits

Jordi Morros
MANRESA

► Dona i investigadora. Anna Veiga (Barcelona, 1956) va ser investigadora doctora honoris causa al Campus Manresa de la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC). A l'acte va ser qualificada d'emblema de la presència femenina en l'àmbit de la ciència. Veiga, per la seva part, va remarcar que a més a més de la recerca, la missió dels científics és transmetre els seus coneixements a la societat. Pionera de la fecundació in vitro a l'estat espanyol fa 30 anys, continua la recerca en reproducció assistida a l'hospital universitari Quirón-Dexeus i investiga amb cèl·lules mare al Centre de Medicina Regenerativa de Barcelona.

► És el seu primer doctora honoris causa?

► Sí, i la veritat és que fa molta il·lusió. Aquestes coses no te les esperes. A més a més, és un reconeixement acadèmic, i això té un plus, un pes suplementari respecte de qualsevol altre. Estic molt agraïda i honorada.

► El reconeixement li ha atorgat una universitat jove. Quina opinió li mereix absò?

► Encara em fa més il·lusió, perquè si ha de servir per consolidar projectes i perquè aquesta universitat tingui més solidesa, n'estic encantada. Penseu que cada vegada hi ha més demanda dels joves de formar-se, de poder tenir accés al coneixement, i universitats com aquestes són les que posen a l'abast de la gent jove del territori que puguin estudiar i formar-se.

► Això és imprescindible. En aquests moments la gent que es forma té unes eines absolutament increïbles. Jo el que dic als joves és que

ho aprofitin, perquè tenen la possibilitat d'adquirir una formació esplèndida.

► Quina és la situació de la dona en el món de la ciència?

► En el món de la ciència i en el de la biomedicina, que és en el que m'he mogut, ha evolucionat positivament. No només perquè tenim millors eines per entendre les coses, sinó perquè ara hi ha moltes dones a les facultats. El que hauríem d'aconseguir és que això després tingui una traducció en les posicions que aquestes dones ocupen. Quan veiem les cúpules i els llocs de més poder de decisió, la presència de les dones és encara limitada en alguns casos. Però això passa en tots els àmbits.

► A més a més d'investigadora és activista?

► Quan parlo amb les investigadores més joves intento comparar la seva situació amb la meua. En molts casos veig que s'ha avançat, però en alguns aspectes estem igual. M'expliquen que se senten culpables perquè no són a casa, i quan són a casa se senten culpables perquè no són a la feina, i a mi em passava exactament el mateix fa 30 anys.

► Com va ser el salt de la fecundació in vitro a la investigació amb cèl·lules mare?

► Les cèl·lules mare van començar amb les cèl·lules mare embrionàries, i els que teníem coneixements de com cultivar embrions, com desenvolupar-los al laboratori, etren els que feiem fecundació in vitro. Molta gent va fer aquest pas, no només aquí sinó arreu del món. Vam intentar contribuir a desenvolupar aquest camp de recerca amb els nostres coneixements.

► De la mateixa manera que va ser pionera en l'aplicació de la fecundació in vitro a l'estat espanyol, quina esperança té amb



Anna Veiga el dia de la investidura que es va fer a la FUB

les actuals investigacions amb cèl·lules mare?

► La possibilitat de fer teràpia. Quan se'n va començar a parlar, tots dèiem que tenen un gran potencial perquè un dia les puguem utilitzar per curar malalties, i es menciona el Parkinson, l'Alzheimer, diabetis o lesions medul·lars. D'això fa 10 anys, i ara ja ho diem d'una forma molt més contundent perquè ens hi estem acostant. La via en la qual treballen actualment és intentar ajuntar-nos investigadors i clínics, i fer aquest equip que permeti traslladar tot aquest coneixement cap a la clí-

nica, cap a poder curar malalties.

► I d'aquí a 10 més, què s'imagina que pot haver passat?

► Doncs probablement aquestes teràpies, que ara viuen els seus primers passos, es consolidaran, i realment veurem en quines malalties som capços d'aportar solucions, quins tipus de cèl·lules podem utilitzar i quines no, i com hem d'intentar traslladar els assaigs clínics a un nombre de pacients limitat a una població important amb malalties degeneratives. Encara som lluny. Aquest no és el plantejament actual, però sí el d'aquí a uns anys.

► «Si el doctorat de la UVic-UCC ha de servir perquè aquesta universitat tingui més solidesa, n'estic encantada»

► «Sóc molt conscient que dec molt a la fundació in vitro. Ha evolucionat molt i ja ha entrat dins la normalitat»

► «Universitats com la de Vic - Universitat Central posen a l'abast dels joves del territori que puguin formar-se»

► La causa que li recordin la fecundació in vitro de fa 30 anys?

► En absolut. Sóc molt conscient que dec molt a la fecundació in vitro. Va ser un projecte que vam engregar a l'institut Dexeus amb el doctor Pere Barri i tot l'equip que va acabar donant fruit: el naixement de la Victòria l'any 84. Gran part de la meua trajectòria professional està lligada a la reproducció assistida i em continua interessant moltíssim. És un camp que ha evolucionat molt i ha entrat dins el que és la normalitat absoluta.

► També ha causat que les dones siguin mares cada cop més tard?

► Nosaltres no podem fer-hi gran cosa. És un tema social. L'únic que podem intentar fer és transmetre que malgrat que tenim eines potents per tractar la fertilitat, el fet que una dona es quedi sense ovuls perquè ha arribat a la menopausa és una cosa que la fecundació in vitro no resol. El que hauríem de fer és intentar facilitar la vida de les persones i les dones joves que volen compatibilitzar la seva formació, la seva carrera professional amb tenir fills.

«El rerefons d'una cèl·lula impacta»

J.M. MANRESA

► Què hi veu darrere d'un microscopi?

► Jo he treballat sempre al voltant de l'origen de la vida. Vaig començar a treballar amb fecundació in vitro, que és bàsicament quan un embrió comença a formar-se. El que he anat veient és la possibilitat de modificar processos que permeten finalment que les persones tinguin una millor qualitat de vida. La idea bàsica és aquesta, millorar la qualitat de

vida. I en aquest cas, a través de la fecundació in vitro, persones que volen tenir fills i no poden, o a través de la recerca amb cèl·lules mare per intentar resoldre patologies que ara no tenen cap solució.

► Abò de l'origen de la vida, no li fa molt respecte?

► La primera vegada que un veu un embrió al microscopi, i d'això fa uns quants anys, realment és molt impactant. Però no només és un embrió biològicament parlant i punt, sinó que al darrere hi ha un

projecte de persona, una parella que vol tenir descendència, i per tant tot aquest paquet dona una transcendència a aquelles cèl·lules. El mateix que passa amb les cèl·lules mare. Si les veus únicament com a cèl·lules que estan creixent en una placa, acaben perdent l'encant. Però si hi busques el rerefons, acaba sent molt important i impactant, també. Però no podem estar donant voltes tot el dia a això. Tenim molta feina i no acabarien mai.

Es necessita

OFICIALA DE PERRUQUERIA
amb experiència i iniciativa

S'ofereix:

- ✓ Contracte indefinit
- ✓ Bon sou
- ✓ Jornada completa

PERRUQUERIA I ESTÈTICA PERAU
C/ Salsoda, 23. Manresa
Tel. 93 872 85 60 - perau.jm@gmail.com

La cirugía es un último recurso en la endometriosis

El tratamiento médico desplaza al abordaje quirúrgico del trastorno que se reserva para los casos graves

MACRO
SONIA MORENO
somoreno@elcomercio.com

Antes de decantarse por el abordaje quirúrgico, hay que agotar el tratamiento médico. La recomendación, aplicada al manejo de la endometriosis, viene de la mano de cirujanos especializados en esta frecuente enfermedad. "Cuanta más cirugía hacemos, más conscientes somos de la importancia de apurar la terapia médica", asegura Alicia Hernández, jefe de Sección del Servicio de Ginecología del Hospital La Paz (Madrid).

La cirugía realizada por equipos experimentados y multidisciplinarios obtiene resultados excelentes; no obstante, Hernández apunta que es una técnica difícil, equiparable a la oncológica y, lo más importante, que existen alternativas médicas eficaces. "De las pacientes que acuden a las consultas especializadas, son susceptibles de la intervención menos de la mitad", respalda Pere Barri Soldevila, jefe de la Unidad de Endometriosis, en Salud de la Mujer Dexeus (Barcelona), y subraya el cambio de mentalidad que se va produciendo en este campo.

"Podemos ofrecer un abanico terapéutico, pero la decisión que prevalece es la de la paciente, según su situación personal, los síntomas, su deseo de maternidad... Es una patología en la que, especialmente, prima el consenso con el enfermo", recuerda Barri, quien ha participado en un curso de actualización sobre endometriosis de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), coordinado desde el Servicio de Ginecología que dirige Javier de Santiago en el Hospital La Paz.

Pese a su elevada prevalencia -afecta a un 15 por ciento de la población feme-



Pere Barri, Alicia Hernández y Javier de Santiago, tras el curso sobre endometriosis organizado por la SEGO en el Hospital La Paz (Madrid).

nina en edad fértil-, la etiopatología de la endometriosis es una desconocida.

"La vemos cuando la lesión ya está establecida, pero ignoramos qué factores la impulsan", dice Hernández. Las pesquisas en los factores de crecimiento del endotelio vascular no han cuajado en la clínica, y ahora se indaga en la influencia de posibles alteraciones inmunológicas y genéticas.

No obstante, son investigaciones preliminares de las que no se ha extraído una diana sobre la que actuar. De ahí que los tratamientos consistan, en un primer escalón, en la modulación hormonal, y en una segunda fase, en el manejo del dolor.

"Poco hay marcadores biológicos, y a eso se une

que el síntoma común, la dismenorrea, resulta un tanto inespecífico y difícil de diagnosticar. De media, se puede retrasar unos siete u ocho años, declara Barri Soldevila. La anamnesis y la exploración exhaustiva constituyen la base de la detección.

RIESGO

Sobre la supuesta asociación con mayor riesgo de cáncer de ovario, Hernández recuerda que no está demostrada: "Se ha dicho que en el uno por ciento de los casos de endometriosis ovárica aparece ese riesgo, pero es probable que el foco maligno existiera desde un principio y pasara desapercibido. Por eso, los endometriomas grandes, mayores de 6 ó 7 centímetros, deben estudiarse con atención".

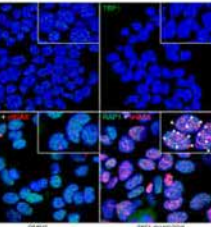
Los telómeros podrían ser una diana efectiva contra el cáncer

MACRO
REDACCIÓN

Científicos del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) han descubierto una nueva estrategia para combatir el cáncer. El trabajo, publicado en *EMBO Molecular Medicine*, demuestra por primera vez que los telómeros pueden ser una diana efectiva contra el cáncer. El bloqueo del gen esencial para los telómeros TRF1 induce drásticas mejoras en ratones con cáncer de pulmón.

"La desprotección de los telómeros emerge como potencial nueva diana terapéutica para el cáncer", describen las autoras María García-Boccardo, Paula Martínez y Mariamela Méndez, del grupo de Telómeros y Telomerasa del CNIO, liderado por la también firmante María Blasco.

Se sabe que las células de un cáncer proliferan sin control, sin que sus telómeros se acorten sustancialmente; la clave es que en estas células se mantiene activa la enzima telomerasa, apagada en la mayoría de las células sanas. Una estrategia obvia para combatir el cáncer es inhibir la telomerasa en las células tumorales. Esto ya se ha hecho, pero no con el resultado óptimo: los telómeros efectivamente se acortan, pero sólo después de un tiempo, algo que podría ser inaceptable en algunos casos. En el trabajo que ahora se publica, los investigadores atacan los telómeros por una vía completamente diferente a la de la telomerasa.



Las células de cáncer de pulmón tratadas con el inhibidor de TRF1 del CNIO (TP-0027) muestran menos TRF1 unido a sus telómeros (en verde, arriba) y un mayor daño del ADN telomérico (en rosa, abajo) y por tanto una mayor desprotección de los telómeros -que las células cancerosas sin tratar (izquierda).

Los telómeros están formados por una secuencia de ADN repetida cientos de veces a la que se enganchan seis proteínas llamadas shelterinas, que forman una especie de capuchón protector. La estrategia ha consistido en bloquear una de las shelterinas, TRF1, de forma que se destruya el escudo protector.

TOXICIDAD

"Nadie había explorado la idea de usar una de las shelterinas como diana contra el cáncer", explica Blasco. "La dificultad de encontrar fármacos que afecten a la unión de proteínas al ADN y la posibilidad de que estos fármacos fueran muy tóxicos hizo que nadie lo explorara".

El trabajo actual muestra, sin embargo, que bloquear TRF1 solo

genera toxicidades menores que son toleradas por los ratones. En cambio, "este bloqueo sí que impide el crecimiento de carcinomas de pulmón ya establecidos", escriben los autores.

"Cuando se elimina TRF1 se induce una desprotección instantánea de los telómeros, lo que hace que las células entren en senescencia o mueran. Esta estrategia mata eficientemente las células del cáncer, frena el crecimiento tumoral y tiene efectos tóxicos tolerables", concluye Blasco.

La inhibición de TRF1 se ha hecho tanto genéticamente -con ratones en los que se elimina el gen- como mediante compuestos químicos buscados *ex profeso* en las colecciones de principios activos propiedad del CNIO.

Aumenta la diversidad genética del Ébola

MACRO
REDACCIÓN

La diversidad genética del virus del Ébola responsable del actual brote en Sierra Leona se ha incrementado desde su introducción en la región, según un estudio genético a gran escala que se publica hoy en *Nature*. Wu-Chun Cao, del Laboratorio Estatal de Patógenos y Bioseguridad de

Pekín, y sus colaboradores han analizado 175 secuencias genéticas del patógeno recogidas en cinco distritos de Sierra Leona entre septiembre y noviembre de 2014, tras el rápido aumento de la epidemia que se produjo en esas fechas. Comprobaron que en ese periodo se produjo una elevación significativa de la diversidad genética del virus,

con la emergencia de diversos linajes nuevos. En todo caso, aclaran que la tasa de evolución del virus parece similar a la observada en anteriores brotes de Ébola.

Los autores consideran que este tipo de estudios ayudan a entender mejor el comportamiento del virus, lo que puede contribuir a diseñar intervenciones más eficaces.

SALUD FEMENINA

Cómo se puede combatir la sequedad vaginal

Hasta el 5% de las españolas sufre sequedad vaginal. Y no es una alteración que solo ocurra a una edad avanzada: más de la mitad de las mujeres que padecen esta patología tienen menos de 50 años. Afortunadamente, este problema tiene solución



DRA. MONTSERRAT MANUBENS
Jefa de la Unidad de Menopausia de Salud de la Mujer Dexeus

El buen estado de la vagina es muy importante en la salud de la mujer. Que se mantenga en buenas condiciones fisiológicas, que no produzca síntomas molestos y que permita una vida sexual satisfactoria es lo que se identifica como una buena salud vaginal, según la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM).

ES IMPORTANTE NO DEJARLO PASAR

Cuando aparece algún tipo de molestia vulvovaginal es importante informar al ginecólogo para que identifique las causas del problema y

te sugiera un tratamiento, si es necesario. Y es que...

★ **Puede aparecer sequedad vaginal.** Es la molestia más frecuente en esta zona íntima. Hay estudios que constatan que alrededor del 5% de las mujeres españolas sufren la falta de lubricación vaginal, entre las cuales más de la mitad tienen entre 40 y 50 años.

★ **Las molestias pueden ir a más.** A veces hay más dolor durante las relaciones sexuales y la atrofia vaginal puede hacer que la mujer sea más propensa a contraer infecciones vaginales. Incluso a veces se observan pequeñas fisuras en las paredes de la vagina.

★ **Se puede dar una vaginitis atrófica.** Los síntomas de la vaginitis atrófica son, además de sequedad, sensación de quemazón y desaparición o disminución del flujo. Pero el diagnóstico lo hace el ginecólogo tras realizar una exploración.

CÓMO TRATARLO

Para mantener la salud vaginal y tratar los síntomas de atrofia (sequedad vaginal, dolor durante el



Hábitos de vida

que favorecen la lubricación

◆ **Pequeños cambios necesarios.** Dejar el tabaco y evitar el alcohol es esencial, ya que disminuye los estrógenos. Por otro lado, debes tomar abundante agua, ya que favorece la hidratación y aumenta los fluidos

◆ **La actividad sexual ayuda.** La falta de estimulación, excitación o deseo puede influir en los niveles de hidratación íntima. Por ello, mantener relaciones sexuales de forma habitual previene la sequedad vaginal.

coito, quemazón...) existen tratamientos sencillos que se pueden aplicar directamente en la vagina. Lo ideal es que te lo recete el ginecólogo, ya que la duración del tratamiento y la dosis deben de individualizarse en función de si los síntomas persisten y de su gravedad.

★ **Cremas hidratantes.** Estas cremas se fijan al epitelio vaginal, retienen el agua de la vagina y mantienen su hidratación. Esto hace que la vagina se mantenga más húmeda y elástica. También mejora el pH vaginal, lo que previene las infecciones en la zona. Las cremas hidratantes no tienen ninguna contraindicación (pueden prescribirse siempre) y deben aplicarse como mínimo dos veces por semana. Si la sequedad vaginal se debe al tratamiento del cáncer de mama, el uso de estas hidratantes es básico.

★ **Lubricantes.** Independientemente del tratamiento que se recete, la mujer puede necesitar además lubrica-

ción extra para minimizar la fricción durante el sexo y la consiguiente irritación. Son preferibles los de base de agua o silicona, puesto que son más fáciles de eliminar mediante el lavado.

SI LOS SÍNTOMAS NO REMITEN

Si estos preparados no proporcionan alivio de los síntomas, o no cumplen las expectativas de la mujer, se puede recurrir a otros tratamientos:

★ **La terapia hormonal local** consiste en administrar dosis bajas de estrógenos locales (también se aplican directamente en la zona). Se recurre a ella para tratar los síntomas de atrofia vaginal cuando son moderados o severos. Consiguen normalizar el pH ácido, aumentan la vascularización del epitelio, la respuesta lubricadora de la vagina y disminuyen así la sequedad vaginal. La terapia hormonal sistémica está indicada si la mujer sufre además sofocos.

TEN EN CUENTA

Por qué vigilar más tras la menopausia

◆ **La vagina está recubierta por un epitelio** que se "regenera" en función del estímulo estrogénico. Al disminuir los niveles de estrógenos en la menopausia, disminuye el proceso de proliferación.

◆ **Como consecuencia también disminuyen** las capas del epitelio urovaginal, que se adelgaza, y como las terminaciones nerviosas están próximas a la superficie, aumenta la sensibilidad.

◆ **Los estrógenos influyen** en el pH del epitelio vaginal, lo que mantiene la flora en "buena forma". Al bajar los estrógenos las bacterias buenas disminuyen y eso favorece las infecciones.

20/05/2015

<http://www.sportvicious.com/2015/05/dia-mundial-de-la-salud-de-la-mujer/>



DÍA MUNDIAL DE LA SALUD DE LA MUJER

El día 28 de mayo coincidiendo con el día mundial de la salud de la mujer Dexeus y Dona i Esport te invitan a la inauguración del Fórum Dexeus Mujer 2015.



Un evento gratuito que tendrá el formato de breves charlas por parte de profesionales de la salud (Dr. García- ginecólogo, Dra. Ferrer, médico del deporte y Natalia Celma, dietista-nutricionista) y que estará abierto a tu participación. Se abordaran temas tan variados, como los aspectos nutricionales para una buena salud, cuales son los hábitos para conseguir una buena calidad de vida y qué papel tiene la actividad física en la salud femenina.

¿QUÉ HACES POR TU SALUD? – DÍA MUNDIAL DE LA SALUD DE LA MUJER

Una sesión dedicada a ofrecerte consejos, pautas e información para ayudarte a cuidar de tu salud desde la medicina, la actividad física y la alimentación.

Prevenir es curar

Dr. Pascual García Especialista en Ginecología de Salud de la Mujer Dexeus y socio de la AEEM, SEF y SEGO. Te contará qué hábitos saludables contribuyen a una buena calidad de vida.

¡Muévete por tu salud!

Dra. Eva Ferrer Especialista en Medicina del Deporte, socia fundadora de Dona i Esport y Directora de El Deporte en Femenino. Hablará de la actividad física como herramienta para "sumar salud".

Cuidate desde dentro

Natalia Celma Dietista-Nutricionista y Educadora en Diabetes del Hospital Universitari Quirón Dexeus. Te dirá cómo cuidarte a través de una alimentación sana.

La asistencia es gratuita, pero es imprescindible que reserves tu plaza.

¡Apúntate ahora!

Más información en: <http://www.dexeus.com/>

Inscripciones para el Día Mundial de la Salud de la Mujer: <http://quedamus.com/es/evntos-networking/que-haces-por-tu-salud-barcelona>

Día: 28 de Mayo | Hora: 19 h | Lugar: Auditorio de Salud de la Mujer Dexeus. | Gran Vía Carles III, 71-75 | 08028 – Barcelona

TELEVISIÓ 3 RÀDIO CATALUNYA RÀDIO NOTÍCIES ESPORTS CULTURA EL TEMPS DIRE

alacarta BUSCA ÀUDIOS I VÍDEOS: Per emissores Per programes Per col

EL MATÍ DE CATALUNYA RÀDIO TOTS ELS ÀUDIOS WEB DEL PROGRAMA

"El matí", de 10 a 11: el debat bioètic amb Victòria Camps i Anna Veiga

21/05/2015 f t g+ in + 1 INICIAR

Comencem l'hora amb l'entrevista al conseller Santi Vila i avaluem el caos d'aquest matí a Rodalies de Renfe. A continuació, un interessant debat sobre ciència i ètica amb Victòria Camps, catedràtica de Filosofia i titular de la càtedra de Bioètica de la Fundació Grífols de la Universitat de Vic, i Anna Veiga, vicepresidenta del Comitè de Bioètica de Catalunya i directora científica de l'Àrea de Biologia del Servei de Medicina de la Reproducció de l'Hospital Universitari Quirón-Dexeus.

<http://www.ccma.cat/catràdio/alacarta/el-mati-de-catalunya-radio/el-mati-de-10-a-11-el-debat-bioetic-amb-victoria-camps-i-anna-veiga/audio/882619/#>

21/05/2015

Salud de la Mujer Dexeus lanza el Foro Dexeus Mujer como parte de la conmemoración del 75 aniversario de su Escuela

El centro organizará sesiones abiertas a todos los públicos centradas en la salud y la mujer y lideradas por especialistas en función de cada temática.



La Escuela Dexeus de Obstetricia y Ginecología cumple 75 años y, para conmemorar su aniversario, lanza una nueva iniciativa de divulgación del conocimiento médico: el Foro Dexeus Mujer. Se trata de un foro de debate y discusión abierto a todos los públicos y que tiene como objetivo poner a disposición de todas las personas información de carácter práctico y útil que beneficie a la salud. "El destinatario principal de estas charlas, que contarán con ponentes de primer nivel, son las mujeres", explica el Dr. Pedro N. Barrí, presidente de Salud de la Mujer Dexeus. "En este espacio - asegura - no sólo compartiremos conocimiento, sino que lo pondremos en práctica con sesiones de consejos, ejercicios y workshops alrededor de los temas que importan a la mujer".

La primera sesión del Foro Dexeus Mujer ya tiene fecha: el 28 de mayo de 2015. Bajo el título "¿Qué haces por tu salud?", el Dr. Pascual García, especialista en Ginecología de Salud de la Mujer Dexeus, la Dra. Eva Ferrer, especialista en Medicina del Deporte, y Natalia Celma, dietista y nutricionista del Hospital Universitario Quirón Dexeus expondrán cómo ha cambiado la mujer en los últimos años y propondrán algunas pautas y ejercicios orientados a mejorar la propia salud y mejorar la calidad de vida.

El Foro Dexeus Mujer es la última iniciativa lanzada desde la Escuela Dexeus de Obstetricia y Ginecología, la más antigua de la especialidad en España. Se creó en los años 30, con el principal objetivo de buscar la excelencia asistencial y transformar una especialidad médica entonces escasamente desarrollada.

Desde la primera clínica maternal privada de España hasta el nuevo concepto asistencial Salud de la mujer Dexeus, pasando por la creación del Instituto Dexeus, su adscripción a la Universidad Autónoma de Barcelona, la obtención de la Cátedra de Investigación en Obstetricia y Ginecología, la publicación de obras científicas y divulgativas y la organización de symposiums y congresos internacionales, la Escuela Dexeus se ha esforzado tanto en mantener el espíritu fundacional como en responder a las exigencias de los progresos médicos y las necesidades de la paciente.

Salud de la Mujer Dexeus: 75 años dedicados a la salud de la mujer

Salud de la Mujer Dexeus es un centro de referencia internacional en el área de la obstetricia, ginecología y medicina de la reproducción cuyo objetivo es cuidar la salud de la mujer en todas las etapas de su vida y atenderla de forma integral. Este año, la institución está de enhorabuena, ya que celebra el 75 aniversario de la Escuela Dexeus de Obstetricia y Ginecología, una institución también focalizada en la salud de la mujer.

<http://revistorose.es/salud-de-la-mujer-dexeus-lanza-el-foro-dexeus-mujer-como-parte-de-la-conmemoracion-del-75-aniversario-de-su-escuela/>

NEFROLOG A

Diálisis en cualquier lugar

Las personas con insuficiencia renal crónica pueden seguir un tratamiento puntual por todo el mundo

S.L.

“E l vaso puede estar medio lleno o medio vacío, y para mí está medio lleno siempre”, afirma Bernd Hinusch quien, a pesar de haber sido diagnosticado de Enfermedad Renal Crónica (ERC) hace ya años, no dejó de expresar su alegría y su gran entusiasmo por una de sus pasiones, viajar. Ayer fue su cumpleaños, dice, nada más y nada menos que 80 años es lo que cumplió este alemán afincado en nuestro país. ¿Su ilusión? Seguir viajando, afirma. Un deseo que ni el tratamiento de diálisis le puede arruinar. Tras varios intentos fallidos, él ya es candidato a trasplante de riñón, por ello, necesita acudir regularmente a centros donde le puedan realizar la hemodiálisis para poder depurar de “forma artificial” su sangre. Como Bernd, existen muchas otras personas en nuestro país. Concretamente, hoy nos encontramos millones de ciudad

La necesidad de acudir a un centro para el tratamiento provoca que muchos vean limitada su vida

danos que padecen la ERC, y 6.000 necesitan tratamiento sustitutivo. Se calcula que un 0% se tratan mediante diálisis, de los cuales un 0% mediante hemodiálisis y un 0% mediante diálisis peritoneal, según la Sociedad Española de Nefrología (SEN) y la Organización Nacional de Trasplantes (ONT). La necesidad de acudir a un centro para recibir el tratamiento de hemodiálisis provoca que muchos pacientes vean, de forma errónea, limitada su vida y viajar se convierte en algo restringido. La falta de información es el principal inconveniente. “Tienen miedo a no poder ser capaces de organizarlo todo, porque no sólo es el viaje, sino que

también deben gestionar tanto el alojamiento como la logística para el tratamiento”, explica Paulina Allovskis, coordinadora del programa de diálisis vacacional a nivel nacional de Diavertum, primer grupo independiente europeo de diálisis con más de 22.000 pacientes en todo el mundo. La hemodiálisis es un tratamiento igual de importante como necesario, pues permite depurar el exceso de agua y electrolitos y controlar la acidez y la función excretora. “Normalmente el tratamiento se realiza tres días a la semana, durante un tiempo medio de cuatro horas diarias, en los que se filtra la sangre”, explica Teresa Martínez, área manager de Andalucía y Galicia de Diavertum. “Durante las sesiones suelo leer, veo la televisión, duermo un poco o incluso charlo con las enfermeras”, explica Bernd Hinusch. Diavertum atiende a 2.700 personas en España para que, como Bernd, se sientan capaces de viajar donde quieran y puedan seguir el tratamiento en las mejores condiciones está donde estén. Aunque el alemán ya tiene sus destinos favoritos donde ya se instala, como Torre del Mar y Nerja. La compañía cuenta con un total de 2 centros situados por toda España, principalmente en zonas turísticas. Además, “en algunas zonas donde no tenemos centros, nos encargamos de buscar el clínica más cercana y encontrar todas las alternativas para que el paciente pueda recibir su tratamiento”, apunta Paulina Allovskis y añade Teresa Martínez, “también mantenemos el contacto con los centros a los que van los pacientes para que haya un seguimiento a nivel médico”.

Ayer cumplió años Bernd, no se sabe cuál será su siguiente destino, quizás repita la estancia Nerja o quizás prefiera quedarse en Torre del Mar, donde las enfermeras son, dice, “encantadoras”. Lo que sí se sabe es que su positividad es fruto, en parte, a que no ha dejado que la enfermedad limite su libertad, porque como el mismo dice, el vaso puede estar medio lleno o medio vacío, “para mí está medio lleno siempre y en el centro de diálisis de Torre del Mar, lo está aún más”, concluye.



La atención personalizada en los centros es fundamental para el control de la enfermedad.

SALUD DE LA MUJER

El embarazo en verano no tiene por qué ser peor

Aunque existen algunos mitos, el proceso puede sobrellevarse correctamente siguiendo buenos hábitos

L.R.

Se tiende a pensar que durante el verano es muy difícil llevar un embarazo con normalidad, pero nada más lejos de la realidad. Si se siguen unas pautas sencillas para evitar las complicaciones propias del calor se mantiene una dieta saludable, la época estival se superará con menos dificultades de lo que las embarazadas piensan. Es verdad que el calor les puede provocar bajadas de tensión, mayor retención de líquidos y nuevos, además de estar más cansadas y tener más dificultades para conciliar el sueño, sin embargo, también existen muchas leyendas urbanas sobre el tema. “Al bebé no le afecta el calor mientras la madre se mantenga bien hidratada. Es una leyenda urbana que, por ejemplo, tomar el sol en bikini afecta al bebé. El líquido amniótico no se calienta, al igual que no se nos calienta la sangre o los órganos internos, ya que tenemos un sistema de termoregulación interna. También es falso que el parto pueda adelantarse debido al calor”,



La natación es el deporte más indicado para las embarazadas.

afirma Sofía Fourrier, médico adjunto del servicio de obstetricia de Salud de la Mujer Dexeus. Para sobrellevar el embarazo durante el verano es fundamental seguir unas pautas. De entrada, la piel de las embarazadas es muy sensible, y por ello es recomendable el uso de protección 0 (como mínimo) por todo el cuerpo a

la hora de exponerse al sol. Además, debido al estado hormonal del embarazo, pueden salir unas manchas en la piel llamadas efloraciones que salen típicamente en la frente, en el labio superior, en los pómulos y en el escote, debido al estado hormonal del embarazo. “Si además se exponen al sol sin protección es mucho más

probable que aparezcan y luego cuesta mucho más que se vejan”, afirma la especialista. Respecto a la alimentación, es muy importante estar muy bien hidratada. Para ello es recomendable tomar mucha fruta fresca propia de la temporada, como puede ser sandía o piñatas, además de hidratarse, son muy diuréticas y ayudan a evitar la retención de líquidos. “El verano es una muy buena época para llevar a cabo una alimentación sana. Tenemos guisantes, cremas de verduras, ensaladas, y todo esto ayuda a mantener una alimentación equilibrada y sana. Es importante comer todo muy fresco y entre las frutas, recomiendo no abusar del melón ni de las uvas, que tienen mucho azúcar”, explica Sofía Fourrier y añade, “para drenar, no retener líquidos y, por lo tanto, evitar el hinchazón de las piernas, es aconsejable beber diariamente un té verde o rojo, no más, pero uno al día les ayudará a no retener líquidos a la vez que se hidratan”. También hay que ir con mucho cuidado con la listeriosis, esta es una bacteria presente en la leche no pasteurizada y en las comidas en mal estado de conservación, entre otras, y puede provocar infecciones graves en embarazadas pudiendo afectar al feto. La comida debe tener siempre buen aspecto y lo ideal sería evitar saladas y mayonesas, vigilando la caducidad de los alimentos.

Por último, la natación es, según Sofía Fourrier, el deporte estrella para las embarazadas, sobre todo en la época estival. “El calor y el embarazo pueden provocar que baje la tensión arterial y eso hace que las embarazadas tengan más riesgo de marearse o sufrir lipotimias. Por eso, es recomendable que eviten las aglomeraciones y estar expuestas al calor durante las horas centrales del día”, concluye la obstetra de Salud de la Mujer Dexeus.

SER MADRE ESTÁ EN TU MANO

Inicia tu tratamiento de reproducción con nosotros y te regalamos la 1ª visita.

1ª visita gratuita

Dexeus Salud de la Mujer

Informarte o pedir hora: **93 227 47 27**
www.dexeus.com

Seguimos en

MÉDICOS Y PACIENTES .COM

Publicado en *Médicos y Pacientes* (<http://www.medicosypacientes.com>)

[Inicio](#) > La Fundación Dexeus Salud de la Mujer pone en marcha la X Convocatoria de Becas para proyectos de investigación clínica

La Fundación Dexeus Salud de la Mujer pone en marcha la X Convocatoria de Becas para proyectos de investigación clínica

Hasta el 1 de noviembre, plazo para candidaturas

La Fundación Dexeus Salud de la Mujer ha puesto en marcha la X Convocatoria de Becas para proyectos de investigación clínica con una dotación de 3.000 euros cada una de ellas en los campos de: Ginecología General, Medicina Materno Fetal, Ginecología Oncológica, Medicina de la Reproducción, Investigación Básica en el ámbito de la Obstetricia y la Ginecología. El 1 de noviembre finaliza el plazo para presentar candidaturas



Madrid, 5 de junio de 2015 (medicosypacientes.com)

La Fundación Dexeus Salud de la Mujer ha puesto en marcha la X Convocatoria de Becas para proyectos de investigación clínica. Este año la convocatoria nacional abre cinco becas de investigación en los campos de: Ginecología General, Medicina Materno Fetal, Ginecología Oncológica, Medicina de la Reproducción, Investigación Básica en el ámbito de la Obstetricia y la Ginecología.

Uso de cookies

Utilizamos cookies propias y de terceros para mejorar nuestros servicios y mostrarle publicidad relacionada con sus preferencias mediante el análisis de sus hábitos de navegación. Si continúa navegando, consideramos que acepta su uso. Puede obtener más información, o bien conocer cómo cambiar la configuración, en nuestra política de cookies, pinchando el enlace para mayor información.



Unidad avanzada de retina y vítreo.
Diagnóstico no invasivo con OCT angiografía.
Pide cita ahora.



Edición España | [Contacto](#) | [Carpetas](#) | [Web de EFE](#)

Buscador Avanzado

Buscar aquí...



- ENFERMEDADES
- NUTRICIÓN
- PSICOLOGÍA Y BIENESTAR
- MUJER E INFANCIA
- SALUD SEXUAL
- ESTÉTICA
- SANIDAD
- EMPRESAS
- PROFESIONALES

INVESTIGACIÓN GENÉTICA > La medicina de precisión exige un cambio de mentalidad total, según expertos

PORTADA | [BECO SALUD Y PREVENCIÓN](#) | [PARTO Y PUERPERIO: TUS PRIMEROS DÍAS COMO MADRE](#)

[TU PRIMER HIJO YA ESTÁ EN CASA... ¿Y AHORA QUÉ HACEMOS?](#)

Me gusta 318

Parto y puerperio: Tus primeros días como madre

La llegada a casa con tu bebé es uno de los momentos más bonitos y es también el inicio de una aventura repleta de dudas y novedades. ¡Que no cunda el pánico! A continuación te contamos una serie de recomendaciones para sobrellevar con éxito la llegada del bebé.

LUNES 08 DE 2015
ESTELA RODRÍGUEZ, GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓN. ESTE TEXTO
ESTÁ SUJETO A LICENCIA CREATIVE COMMONS

ENVIAR



No cabe duda de que la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de muchas mujeres. Sin embargo, durante los primeros días, las madres, especialmente si son primerizas, suelen experimentar cierta ansiedad y sentimientos encontrados. Es algo absolutamente natural, no sólo por la carencia de experiencia, sino por el cambio y la necesidad de adaptación entre la madre y el bebé. Si te encuentras en esta situación, te ofrecemos una serie de recomendaciones para que todo discorra sin ningún problema.

1. Tipos y posturas de parto



EFE Fórum Salud - Estr...





SOCIETAT

Primera fecundació al món d'una dona amb teixit ovàric infantil

Fita històrica en el món de la medicina reproductiva. Ha nascut el primer nadó del planeta d'una dona amb un ovari reimplantat que li van extreure quan era una nena de 13 anys. Aleshores, sense haver tingut la primera regla, es va haver de sotmetre a quimioteràpia. Se li va extirpar un ovari i se'n van congelar els teixits fins ara, quan, als 27 anys, ha volgut ser mare i l'hi han reimplantat. Va començar a tenir la regla al cap de 5 mesos, i després d'un tractament de fertilitat que no li va funcionar es va quedar embarassada de forma natural.

El tejido ovárico congelado de niña permite a una joven belga ser madre

Expertos europeos y americanos piden criopreservación en el cáncer infantil

ANA MACPHERSON
Barcelona

Una joven belga se ha convertido en la primera mujer que logra tener un hijo gracias a su tejido ovárico congelado cuando aún era niña, cuando sus ovarios aún no habían madurado para producir óvulos. A los 13 años le diagnosticaron una anemia falciforme, una dolencia muy grave que requirió un trasplante de médula y una medicación que acabaría con sus ovarios. Antes, se le extrajo uno de ellos y se conservó en trocitos. El otro ovario quedó atrofiado por la quimio, pero cuando ya de mayor la joven se propuso intentar tener un hijo, ese ovario insertible se convirtió en el receptáculo del tejido preservado y le permitió tener por primera vez la menstruación, ovular y quedarse embarazada.

El resultado, publicado por la revista *Human Reproduction*, es la primera prueba de que funciona y vale la pena esa criopreservación infantil iniciada en muchos países hace algunos años: en España fue pionero el hospital de Sant Joan de Déu, que tiene conservado el tejido ovárico de 300 niñas y jóvenes, y también Vall d'Hebron, que puso en marcha el



Tejido ovárico, óvulos y semen se conservan congelados

programa hace un par de años.

Va se conocen decenas de casos de niños que han podido nacer gracias a esa criopreservación, aunque de tejidos ováricos adultos. "Pero que ya haya un caso con material de una niña que aún no ha llegado a la pubertad es una noticia importante para todos los servicios de oncología infantil", asegura Anna Veiga, directora científica de reproducción del Institut Dexeus y del banco de li-

neas celulares del CMRB. "Las niñas, porque de momento no preservamos en niños, con un diagnóstico con buen pronóstico son candidatas a esta preservación y creemos que es muy positivo para ellas. Claramente estamos apostando a que podrán convertirse en adultas y madres", apunta Josep M. Gris, responsable del programa de Vall d'Hebron.

Coincidiendo con la publica-

Una extracción por laparoscopia para el mañana

■ Cuando los oncólogos infantiles se enfrentan a una niña que va a perder su capacidad reproductiva por la quimio y tiene un buen pronóstico avisan al equipo de criopreservación. "Extraemos por laparoscopia el ovario y guardamos en trocitos de medio centímetro la parte exterior, donde están los folículos", explica Josep M. Gris, de Vall d'Hebron. Para devolver ese tejido a la paciente adulta, utilizan de nuevo laparoscopia, insertarán ese material en la pulpa del otro ovario, el que quedó atrofiado. "Se pierden muchas células, pero hay tantos folículos, unos 300.000 en potencia, que se recupera la función". La preservación de testículos infantiles aún está en fase experimental.

ción del caso de esta joven madre, las sociedades europeas, americanas y mundial de fertilidad y preservación se han reunido en el Institut Dexeus para acordar un documento guía común sobre cómo preservar y en qué casos. "El 50% de los oncólogos en Estados Unidos no conoce siquiera esa posibilidad de preservar la fertilidad, así que la primera labor que nos proponemos es que este documento de consenso sea ampliamente conocido para que todos los profesionales puedan informar a sus pacientes de que existe esta opción", explica Pere Nolasc Barri, presidente saliente de la sociedad internacional y líder de Salud de la Mujer Dexeus. En el documento no solo se incluyen los cánceres infantiles, sino enfermedades inmunitarias que re-

Sant Joan de Déu, con un programa pionero, tiene guardados parte de los ovarios de 300 de sus pacientes

quieran quimioterapia, endometriosis adulta que provocará infertilidad, el retraso voluntario de la maternidad y también la conservación de la capacidad reproductiva cuando hay un cambio de sexo. "Para algunas sociedades científicas, como la americana de endocrinología, el especialista debe informar al paciente que va a cambiar de género de que cabe esa posibilidad, aunque parezca un contrasentido", apunta Barri. ■



()

Jueves, 24 Noviembre 2016



(/usuarios/login)

Expertos internacionales se reúnen para consensuar los protocolos de preservación de la fertilidad



Temas relacionados:

Pacientes/(cronologia/noticias/meta/pacientes) - Cirugía/(cronologia/noticias/meta/cirugía) - Fertilidad/(cronologia/noticias/meta/fertilidad)

Herramientas

Imprimir Enviar

GACETA MEDICA Madrid | 11 jun 2015 - 12:00 h | GacetaMedicaCom(<https://twitter.com/gacetamedicacom?lang=es>)

Representantes de las tres sociedades científicas más importantes a nivel mundial en el ámbito de la reproducción se han reunido en Barcelona por primera vez con el objetivo de elaborar un documento de consenso en protocolos médicos en torno a la preservación de la fertilidad. La iniciativa, liderada por Pedro N. Barri, presidente de Salud de la Mujer Dexeus y expresidente de la Sociedad Internacional de Preservación de la Fertilidad (ISFP), ha contado con miembros de referencia mundial en la preservación de fertilidad de las tres sociedades: la ISFP, la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (Eshre) y la Sociedad Americana de Medicina reproductiva (ASRM).

Durante la reunión, los expertos han consensuado los protocolos a seguir en todos los casos en los que se puede optar por la preservación de la fertilidad, ya sea por motivos oncológicos, médicos o sociales. De este modo, por ejemplo, se han abordado protocolos en preservación de fertilidad en pacientes oncológicas que, antes de someterse a tratamientos que pueden afectar a su fertilidad, tengan la posibilidad de optar a este tipo de terapias, así como la preservación por otros motivos médicos como la endometriosis o enfermedades autoinmunes, que también pueden tener una afectación grave en la fertilidad.

Asimismo, ha tenido un espacio especial en el debate el consenso sobre la aplicación de la preservación de fertilidad en cirugía de reasignación de género en transexuales, así como la preservación de la fertilidad por deseo de retraso de la maternidad. En este caso, se ha debatido especialmente sobre el modo idóneo de ofrecer información correcta a las pacientes para que la preservación se realice a la edad adecuada, preferiblemente antes de los 38 años.

En palabras de Barri, "este encuentro ha marcado un hito en la preservación de la fertilidad a nivel internacional. Los profesionales de la reproducción contamos ahora con muchas más técnicas y herramientas para preservar la fertilidad, y era necesario reunir a todos los expertos para poner en común las prácticas más adecuadas para cada caso. A partir de esta Jornada, contaremos con unos protocolos médicos definidos que podrán servir de documento de referencia para todos los profesionales del sector". Una vez elaborado el documento de consenso, las conclusiones se publicarán en las dos revistas referentes mundiales en el mundo de la reproducción, "Fertility and Sterility" y "Human Reproduction".

Noticias de Salud

Un blog con noticias de actualidad relacionadas con el mundo de la salud. Novedades, encuestas, estudios, informes, entrevistas. Con un sencillo lenguaje dirigido a todo el mundo. Y algunos consejos turísticos para pasarlo bien

Jueves, 11 de junio de 2015

Expertos mundiales en fertilidad se reúnen para consensuar por primera vez una guía de protocolos médicos de preservación de la fertilidad

Representantes de las tres sociedades científicas más importantes a nivel mundial en el ámbito de la reproducción se han reunido en Barcelona por primera vez con el objetivo de elaborar un documento de consenso en protocolos médicos en torno a la preservación de la fertilidad en la jornada Barcelona Consensus Conference on Fertility Preservation.

La iniciativa, liderada por el Dr. Pedro N. Barri, Presidente de Salud de la Mujer Dexeus, en calidad de último Presidente de la Sociedad Internacional de Preservación de la Fertilidad (ISFP), ha contado con miembros de referencia mundial en la preservación de fertilidad de las tres sociedades: la International Society of Fertility Preservation (ISFP), la European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) y la American Society of Reproductive Medicine (ASRM).

Durante la reunión, los expertos han consensuado los protocolos a seguir en toda la casuística en los que se puede optar por la preservación de la fertilidad, ya sea por motivos oncológicos, médicos o sociales. De este modo, se han abordado los protocolos en preservación de fertilidad en pacientes oncológicos que, antes de someterse a tratamientos que pueden afectar a su fertilidad, puedan optar a este tratamiento, así como la preservación por otros motivos médicos como la endometriosis o las enfermedades autoinmunes, que también pueden tener una afectación grave en la fertilidad.



VOLVO XC60 PREMIUM EDITION
POR 31.158€



Actualidad

Jornada de firmas genéticas y cáncer de mama

Por Redacción

Más artículos de este autor

Viernes 12 de junio de 2015, 17:19h

Me gusta 0

Expertos en oncología se reúnen para elaborar una guía del uso de la firma genética en el pronóstico y el tratamiento del cáncer de mama

El objetivo del encuentro ha sido sentar las bases del uso más adecuado y efectivo de los distintos tests y sistemas de firmas genéticas ante los distintos tipos de cáncer de mama; los médicos tienen más recursos para poder atacar a cada tumor del modo que pueda ser más efectivo y, también, prever cómo va a evolucionar un caso concreto.

En palabras del Dr. Rafael Fábregas, Consultor de Ginecología Oncológica y Mastología de Salud de la Mujer Dexeus: "La firma genética es una herramienta de pronóstico y predicción pero también muy novedosa, por lo que se hace necesario que los expertos podamos elaborar protocolos al respecto de qué test está mejor indicado para una u otra paciente".

Este es precisamente el propósito del encuentro celebrado hoy y que ha reunido a más de 60 oncólogos, ginecólogos y directores de comités de oncología mamaria. Para el Dr. Fábregas taller práctico de expertos para poner en

común no solamente nuestra experiencia individual como médicos sino también la experiencia de nuestros equipos de oncología, con los principales desarrolladores e investigadores de por lo que hemos logrado una guía muy útil que iremos nutriendo en jornadas futuras".

Las firmas genéticas, una potente arma contra el cáncer de mama

La firma genética es el nombre con el que comúnmente se conocen los tests que permiten analizar la tipología específica de cáncer que tiene una paciente con el objetivo de establecer también, poder valorar los tratamientos más efectivos para ese tipo en concreto. Así, existen distintos tipos de tests de firmas genéticas y cada uno de ellos analiza unos genes distintos eligen uno u otro test en función de la tipología del paciente.

En la actualidad, las firmas genéticas se prescriben y se aplican en una población de pacientes muy reducida (en general, a mujeres de mediana edad y diagnosticadas de cáncer de mama pasando la menopausia y no tienen ganglios afectados para valorar la idoneidad de tratarlas o no con quimioterapia), aunque el 80% de las mujeres a las que se les recomienda este tipo de ventajas que comporta.

Sin embargo, tal y como explica el Dr. Fábregas, "a medida que avance su capacidad y alcance, cada vez lo recomendaremos a mujeres más jóvenes, porque se trata de la medicina del futuro, a la larga, nos permitirá eliminar los estudios ganglionares".

la Mujer Dexeus: 75 años dedicados a la salud de la mujer

la Mujer Dexeus es un centro de referencia internacional en el área de la obstetricia, ginecología y medicina de la reproducción cuyo objetivo es cuidar la salud de la mujer de forma integral. Este año, la institución está de enhorabuena, ya que celebra el 75 aniversario de la Escuela Dexeus de Obstetricia y Ginecología, una institución mujer.

Creada en los años 30 para perseguir la excelencia asistencial y transformar una especialidad médica entonces escasamente desarrollada, la Escuela Dexeus ha formado a centenares de mujeres y se ha esforzado tanto en mantener el espíritu fundacional como en responder a las exigencias de los progresos médicos y las necesidades de la paciente.

Las instalaciones de Salud de la Mujer Dexeus, integradas en el complejo del Hospital Universitario Quirón Dexeus de Barcelona, han sido diseñadas para prestar una atención más personalizada gracias a un circuito integrado en el que diagnósticos, tratamientos, consultas e intervenciones están centralizados. Salud de la Mujer Dexeus, dirigido por el Dr. Pedro N. Barri, cuenta hoy con uno de los centros más importantes de Europa dedicados exclusivamente a la salud de la mujer.

¿Te ha parecido interesante esta noticia? Si (0) No (0)

Noticias relacionadas

Hallan un mecanismo para reducir la recurrencia del cáncer de mama

Más del 50% de la población es portadora de mutaciones genéticas causantes de las principales enfermedades hereditarias

El cáncer de mama necesita grasa exterior para crecer

El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario

Noticias de Salud

Un blog con noticias de actualidad relacionadas con el mundo de la salud. Novedades, encuestas, estudios, informes, entrevistas. Con un sencillo lenguaje dirigido a todo el mundo. Y algunos consejos turísticos para pasarlo bien

viernes, 12 de junio de 2015

Expertos en oncología se reúnen para elaborar una guía del uso de la firma genética en el pronóstico y el tratamiento del cáncer de mama

Los principales expertos en cáncer de mama y en firmas genéticas se han reunido en la "I Jornada de firmas genéticas y cáncer de mama", celebrada hoy en Barcelona. El objetivo del encuentro ha sido sentar las bases del uso más adecuado y efectivo de los distintos tests y sistemas de firmas genéticas ante los distintos tipos de cáncer de mama; gracias a estas herramientas, los médicos tienen más recursos para poder atacar a cada tumor del modo que pueda ser más efectivo y, también, prever cómo va a evolucionar un caso concreto.

En palabras del Dr. Rafael Fábregas, Consultor de Ginecología Oncológica y Mastología de Salud de la Mujer Dexeus: "La firma genética es una herramienta de pronóstico y predicción de tratamiento muy potente pero también muy novedosa, por lo que se hace necesario que los expertos podamos elaborar protocolos al respecto de qué test está mejor indicado para una u otra paciente".

Este es precisamente el propósito del encuentro celebrado hoy y que ha reunido a más de 60 oncólogos, ginecólogos y directores de comités de oncología mamaria. Para el Dr. Fábregas, la Jornada ha sido "un taller práctico de expertos para poner en común no solamente nuestra experiencia individual como médicos sino también la experiencia de nuestros equipos de oncología, con los principales desarrolladores e investigadores de los test de firmas genéticas, por lo que hemos logrado una guía muy útil que iremos nutriendo en jornadas futuras".

Expertos elaboran la guía de uso de la firma genética en el pronóstico del cáncer de mama

15/06/2015 - EUROPA PRESS, MADRID

Los principales expertos en oncología, oncología mamaria y ginecología han realizado la guía de uso de la firma genética en el pronóstico y tratamiento del cáncer de mama, con el objetivo de sentar las bases del uso más adecuado y efectivo de los test y sistemas de firmas genéticas ante los distintos tipos de cáncer de mama.

Esta guía se ha presentado en la 'I Jornada de firmas genéticas y cáncer de mama', organizada el pasado viernes en Barcelona y dirigida a fijar un protocolo de uso de estas herramientas para diagnosticar el cáncer de mama.

La firma genética es el nombre con el que comúnmente se conocen los test que analizan la tipología específica de cáncer que tiene un paciente, con el objetivo de establecer un pronóstico y valorar los tratamientos más efectivos. Existen diferentes tipos de test de firmas genéticas que analizan genes distintos y que se eligen en función del perfil del paciente.

El consultor de Ginecología Oncológica y Mastología de Salud de la Mujer Dexeus, el doctor Rafael Fábregas, ha explicado que "la firma genética es una herramienta de pronóstico y predicción de tratamiento muy potente pero también muy novedosa, por lo que se hace necesario que los expertos podamos elaborar protocolos al respecto de qué test está mejor indicado para una u otra paciente".

Actualmente, los test de firmas genéticas se aplican a un conjunto de pacientes muy reducido, en general, a mujeres diagnosticadas de cáncer de mama de mediana edad que están pasando la menopausia y no tienen ganglios afectados, para valorar la idoneidad de tratarlas o no con quimioterapia. El 80 por ciento de las mujeres a las que se recomienda este tipo de prueba la aceptan por las ventajas que aporta.

"A medida que avance su capacidad y alcance, cada vez lo recomendaremos a mujeres más jóvenes, porque se trata de la medicina del futuro. Creemos que incluso, a la larga, nos permitirá eliminar los estudios ganglionares", ha apuntado el doctor Fábregas.

Expertos elaboran la guía de uso de la firma genética en el pronóstico del cáncer de mama

15/06/2015 - 11:16

Etiquetas Comunidad de Madrid Provincia de
Barcelona Cáncer Terapia Investigación Médica Genética

MADRID, 15 (EUROPA PRESS)

Los principales expertos en oncología, oncología mamaria y ginecología han realizado la guía de uso de la firma genética en el pronóstico y tratamiento del cáncer de mama, con el objetivo de sentar las bases del uso más adecuado y efectivo de los test y sistemas de firmas genéticas ante los distintos tipos de cáncer de mama.

Esta guía se ha presentado en la 'I Jornada de firmas genéticas y cáncer de mama', organizada el pasado viernes en Barcelona y dirigida a fijar un protocolo de uso de estas herramientas para diagnosticar el cáncer de mama.

La firma genética es el nombre con el que comúnmente se conocen los test que analizan la tipología específica de cáncer que tiene un paciente, con el objetivo de establecer un pronóstico y valorar los tratamientos más efectivos. Existen diferentes tipos de test de firmas genéticas que analizan genes distintos y que se eligen en función del perfil del paciente.

El consultor de Ginecología Oncológica y Mastología de Salud de la Mujer Dexeus, el doctor Rafael Fábregas, ha explicado que "la firma genética es una herramienta de pronóstico y predicción de tratamiento muy potente pero también muy novedosa, por lo que se hace necesario que los expertos podamos elaborar protocolos al respecto de qué test está mejor indicado para una u otra paciente".

Actualmente, los test de firmas genéticas se aplican a un conjunto de pacientes muy reducido, en general, a mujeres diagnosticadas de cáncer de mama de mediana edad que están pasando la menopausia y no tienen ganglios afectados, para valorar la idoneidad de tratarlas o no con quimioterapia. El 80 por ciento de las mujeres a las que se recomienda este tipo de prueba la aceptan por las ventajas que aporta.

"A medida que avance su capacidad y alcance, cada vez lo recomendaremos a mujeres más jóvenes, porque se trata de la medicina del futuro. Creemos que incluso, a la larga, nos permitirá eliminar los estudios ganglionares", ha apuntado el doctor Fábregas.

Expertos elaboran la guía de uso de la firma genética en el pronóstico del cáncer de mama

 Europa Press 15 de junio de 2015

MADRID, 15 (EUROPA PRESS)

Los principales expertos en oncología, oncología mamaria y ginecología han realizado la guía de uso de la firma genética en el pronóstico y tratamiento del cáncer de mama, con el objetivo de sentar las bases del uso más adecuado y efectivo de los test y sistemas de firmas genéticas ante los distintos tipos de cáncer de mama.

Esta guía se ha presentado en la 'I Jornada de firmas genéticas y cáncer de mama', organizada el pasado viernes en Barcelona y dirigida a fijar un protocolo de uso de estas herramientas para diagnosticar el cáncer de mama.

La firma genética es el nombre con el que comúnmente se conocen los test que analizan la tipología específica de cáncer que tiene un paciente, con el objetivo de establecer un pronóstico y valorar los tratamientos más efectivos. Existen diferentes tipos de test de firmas genéticas que analizan genes distintos y que se eligen en función del perfil del paciente.

El consultor de Ginecología Oncológica y Mastología de Salud de la Mujer Dexeus, el doctor Rafael Fábregas, ha explicado que "la firma genética es una herramienta de pronóstico y predicción de tratamiento muy potente pero también muy novedosa, por lo que se hace necesario que los expertos podamos elaborar protocolos al respecto de qué test está mejor indicado para una u otra paciente".

Actualmente, los test de firmas genéticas se aplican a un conjunto de pacientes muy reducido, en general, a mujeres diagnosticadas de cáncer de mama de mediana edad que están pasando la menopausia y no tienen ganglios afectados, para valorar la idoneidad de tratarlas o no con quimioterapia. El 80 por ciento de las mujeres a las que se recomienda este tipo de prueba la aceptan por las ventajas que aporta.

"A medida que avance su capacidad y alcance, cada vez lo recomendaremos a mujeres más jóvenes, porque se trata de la medicina del futuro. Creemos que incluso, a la larga, nos permitirá eliminar los estudios ganglionares", ha apuntado el doctor Fábregas.

Expertos elaboran la guía de uso de la firma genética en el pronóstico del cáncer de mama

Los principales expertos en oncología, oncología mamaria y ginecología han realizado la guía de uso de la firma genética en el pronóstico y tratamiento del cáncer de mama, con el objetivo de sentar las bases del uso más adecuado y efectivo de los test y sistemas de firmas genéticas ante los distintos tipos de cáncer de mama.

MADRID, 15 (EUROPA PRESS)

Esta guía se ha presentado en la 'I Jornada de firmas genéticas y cáncer de mama', organizada el pasado viernes en Barcelona y dirigida a fijar un protocolo de uso de estas herramientas para diagnosticar el cáncer de mama.

La firma genética es el nombre con el que comúnmente se conocen los test que analizan la tipología específica de cáncer que tiene un paciente,



LA VOZ LIBRE

PORTADA | ACTUALIDAD | CONFLICTO | MEDIOS | OPI-BLOGS | CULTURA | DEPORTES | SALUD | OCIO | VIVA LA VIDA | TECNOLOGÍA | MADRID

Expertos elaboran la guía de uso de la firma genética en el pronóstico del cáncer de mama

Europa Press
lunes, 15 de junio de 2015, 11:16

MADRID, 15 (EUROPA PRESS)

Los principales expertos en oncología, oncología mamaria y ginecología han realizado la guía de uso de la firma genética en el pronóstico y tratamiento del cáncer de mama, con el objetivo de sentar las bases del uso más adecuado y efectivo de los test y sistemas de firmas genéticas ante los distintos tipos de cáncer de mama.

Esta guía se ha presentado en la '1ª Jornada de firmas genéticas y cáncer de mama', organizada el pasado viernes en Barcelona y dirigida a fiar un pronóstico de uso de

Este sitio web utiliza cookies propias y de terceros para ofrecer una mejor navegación. Continuar navegando implica la aceptación de su uso.

[Aceptar](#) [Rechazar](#) [Aviso legal](#)

analizan la tipología específica de cáncer que tiene un paciente, con el objetivo de establecer un pronóstico y valorar los tratamientos más efectivos. Existen diferentes tipos de test de firmas genéticas que analizan genes distintos y que se eligen en función del perfil del paciente.

El consultor de Ginecología Oncológica y Mastología de Salud de la Mujer Dexeus, el doctor Rafael Fábregas, ha explicado que "la firma genética es una herramienta de pronóstico y predicción de tratamiento muy potente pero también muy novedosa, por lo que se hace necesario que los expertos podamos elaborar protocolos al respecto de qué test está mejor indicado para una u otra paciente".

Actualmente, los test de firmas genéticas se aplican a un conjunto de pacientes muy reducido, en general, a mujeres diagnosticadas de cáncer de mama de mediana edad que están pasando la menopausia y no tienen ganglios afectados, para valorar la idoneidad de tratarlas o no con quimioterapia. El 80 por ciento de las mujeres a las que se recomienda este tipo de prueba la aceptan por las ventajas que aporta.

"A medida que avance su capacidad y alcance, cada vez lo recomendaremos a mujeres más jóvenes, porque se trata de la medicina del futuro. Creemos que incluso, a la larga, nos permitirá eliminar los estudios ganglionares", ha apuntado el doctor Fábregas.

Recomendar 0

Twittear

G+ 0



LA VIDA NO ES PARA VIVIR, SINO PARA VIVIR CON SALUD

Maria Valeria Manóvil

quirónsalud
La salud persona a persona

LA VOZ LIBRE



Francisco Correa libra a Cascos del reparto de beneficios en la trama Gürtel



El PSC tensa la cuerda con el PSOE y mantiene su 'no' a Rajoy



Pulgemont se atreve a amenazar a la Justicia por Mas: 'Habrá respuesta'



Rajoy lamenta el 'Brexit' ante May y le promete no alentar la secesión de Escocia



La que se avecina regala tres

LOS TECNOPRECIOS ¿Cuál te da más?

Comentarios

Comenta esta información

Usuario:

Comentario:

[Ver condiciones](#) [Ver términos legales](#)

Código de seguridad: Copia el código:

GENERAR OTRO CÓDIGO

Se publicará en breve

Expertos elaboran la guía de uso de la firma genética en el pronóstico del cáncer de mama

15.06.15 | 11:16h. EUROPA PRESS | MADRID

Tweet

correo

Los principales expertos en oncología, oncología mamaria y ginecología han realizado la guía de uso de la firma genética en el pronóstico y tratamiento del cáncer de mama, con el objetivo de sentar las bases del uso más adecuado y efectivo de los test y sistemas de firmas genéticas ante los distintos tipos de cáncer de mama.

Esta guía se ha presentado en la 'I Jornada de firmas genéticas y cáncer de mama', organizada el pasado viernes en Barcelona y dirigida a fijar un protocolo de uso de estas herramientas para diagnosticar el cáncer de mama.

La firma genética es el nombre con el que comúnmente se conocen los test que analizan la tipología específica de cáncer que tiene un paciente, con el objetivo de establecer un pronóstico y valorar los tratamientos más efectivos. Existen diferentes tipos de test de firmas genéticas que analizan genes distintos y que se eligen en función del perfil del paciente.

El consultor de Ginecología Oncológica y Mastología de Salud de la Mujer Dexeus, el doctor Rafael Fábregas, ha explicado que "la firma genética es una herramienta de pronóstico y predicción de tratamiento muy potente pero también muy novedosa, por lo que se hace necesario que los expertos podamos elaborar protocolos al respecto de qué test está mejor indicado para una u otra paciente".

Actualmente, los test de firmas genéticas se aplican a un conjunto de pacientes muy reducido, en general, a mujeres diagnosticadas de cáncer de mama de mediana edad que están pasando la menopausia y no tienen ganglios afectados, para valorar la idoneidad de tratarlas o no con quimioterapia. El 80 por ciento de las mujeres a las que se recomienda este tipo de prueba la aceptan por las ventajas que aporta.

"A medida que avance su capacidad y alcance, cada vez lo recomendaremos a mujeres más jóvenes, porque se trata de la medicina del futuro. Creemos que incluso, a la larga, nos permitirá eliminar los estudios ganglionares", ha apuntado el doctor Fábregas.

— JORNADA DE FIRMAS GENÉTICAS Y CÁNCER DE MAMA —

El uso de la firma genética en el pronóstico y tratamiento del cáncer de mama



Publicado 15/06/2015 11:16:58 GMT

MADRID, 15 Jun. (EUROPA PRESS) -

Los principales expertos en oncología, oncología mamaria y ginecología han realizado la guía de uso de la firma genética en el pronóstico y tratamiento del cáncer de mama, con el objetivo de sentar las bases del uso más adecuado y efectivo de los test y sistemas de firmas genéticas ante los distintos tipos de cáncer de mama.

Esta guía se ha presentado en la 'Jornada de firmas genéticas y cáncer de mama', organizada el pasado viernes en Barcelona y dirigida a fijar un protocolo de uso de estas herramientas para diagnosticar el cáncer de mama.

La firma genética es el nombre con el que comúnmente se conocen los test que analizan la tipología específica de cáncer que tiene un paciente, con el objetivo de establecer un pronóstico y valorar los tratamientos más efectivos. Existen diferentes tipos de test de firmas genéticas que analizan genes distintos y que se eligen en función del perfil del paciente.

El consultor de Ginecología Oncológica y Mastología de Salud de la Mujer Dexeus, el doctor Rafael Fábregas, ha explicado que "la firma genética es una herramienta de pronóstico y predicción de tratamiento muy potente pero también muy novedosa, por lo que se hace necesario que los expertos podamos elaborar protocolos al respecto de qué test está mejor indicado para una u otra paciente".

Actualmente, los test de firmas genéticas se aplican a un conjunto de pacientes muy reducido, en general, a mujeres diagnosticadas de cáncer de mama de mediana edad

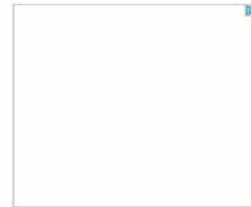
se recomienda este tipo de prueba la aceptan por las ventajas que aporta.

"A medida que avance su capacidad y alcance, cada vez lo recomendaremos a mujeres más jóvenes, porque se trata de la medicina del futuro. Creemos que incluso, a la larga, nos permitirá eliminar los estudios ganglionares", ha apuntado el doctor Fábregas.

Lo más leído en...

- Portada
- 1 Consiguen devolver el tacto a un paciente tetrapléjico 
 - 2 La hipertensión puede aumentar el riesgo de demencia 
 - 3 La arginina puede elevar nuestra respuesta contra el cáncer 
 - 4 ¿Cuáles son los beneficios del miso? 
 - 5 La artrosis, posible amenaza para los deportistas de élite por equipos 

Hoy Una semana Un mes



A partir de los 44 años las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante

Las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante a partir de los 44 años, según ha mostrado un estudio elaborado y presentado por la ginecóloga de Salud de la Mujer Dexeus de Barcelona, Marta Devesa, en el encuentro anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE, por sus siglas en inglés).

Y es que, los ciclos de fecundación in vitro (FIV) efectuados en mujeres mayores de 44 años con óvulos propios tienen una tasa de éxito de solamente un 1,3 por ciento. Además, según el estudio, en mujeres de entre 38 y 39 años la tasa de nacidos vivos tras el FIV con óvulos propios es del 23,6 por ciento, una tasa que va cayendo rápidamente a medida que se eleva la edad de la paciente; en las mujeres de entre 40 y 41 alcanza el 15,6 por ciento mientras que en las de entre 42 y 43 años se queda en el 6,6 por ciento.

Para obtener estos datos, Devesa ha analizado 841 ciclos de tratamiento de FIV efectuados a 4.195 mujeres realizados en la clínica Dexeus de Barcelona teniendo en cuenta la edad de las pacientes y la cifra de ovocitos extraídos en cada caso.

"Las conclusiones del estudio avalan una certeza más que conocida, y es que a medida que aumenta la edad de las mujeres se resiente su fertilidad, pero ahora, además, tenemos una visión clara y segmentada por edades de en qué medida se reduce esta fertilidad", ha explicado Devesa.

Además, prosigue, el estudio ha desvelado que esta reducción en la fertilidad no es tan evidente en pacientes de edad avanzada que han optado por óvulos de donante. De hecho, en estos casos, la fertilidad se mantiene en niveles similares con independencia de la edad.

Por tanto, la edad de la paciente influye decisivamente en la calidad de los ovocitos pero no influye del mismo modo en el transcurso del embarazo, por lo que los expertos recomiendan optar por la donación de ovocitos en pacientes que superen los 44 años, ya que las posibilidades de éxito con ovocitos propios son escasas.

"La razón biológica más probable para este descenso de la fertilidad al aumentar la edad de la mujer es debida a la mayor frecuencia de anomalías cromosómicas, que alcanzan hasta el 85 por ciento en embriones de mujeres mayores de 42 años", ha comentado la investigadora.

Asimismo, el estudio también ha demostrado que el ratio de nacimientos vivos acumulados fue más elevado en los casos en los que había excedente de embriones para la congelación. Por ello, en todas las franjas de edad por debajo de los 44 años, los expertos recomiendan tener en cuenta tanto la media de éxito de FIV por cada franja de edad, como la cifra de ovocitos recuperados por parte de la paciente en concreto antes de tomar una decisión ante el uso de ovocitos propios o de donante.

"La evidencia científica demuestra que las mujeres de 44 años o más deben estar plenamente informadas sobre sus posibilidades reales de un nacimiento vivo y deben ser aconsejadas en favor de la donación de ovocitos. Esta alternativa es, por el momento, mucho más frecuente en los Estados Unidos que en Europa, aunque España es uno de los países europeos en los que la donación de ovocitos está más generalizada", ha zanjado Devesa.

<http://www.canarias7.es/articulo.cfm?Id=379645>



A partir de los 44 años las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante

– 16/06/2015

Las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante a partir de los 44 años, según ha mostrado un estudio elaborado y presentado por la ginecóloga de Salud de la Mujer Dexeus de Barcelona, Marta Devesa, en el encuentro anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE, por sus siglas en inglés).

Y es que, los ciclos de fecundación in vitro (FIV) efectuados en mujeres mayores de 44 años con óvulos propios tienen una tasa de éxito de solamente un 1,3 por ciento. Además, según el estudio, en mujeres de entre 38 y 39 años la tasa de nacidos vivos tras el FIV con óvulos propios es del 23,6 por ciento, una tasa que va cayendo rápidamente a medida que se eleva la edad de la paciente: en las mujeres de entre 40 y 41 alcanza el 15,6 por ciento mientras que en las de entre 42 y 43 años se queda en el 6,6 por ciento.

Para obtener estos datos, Devesa ha analizado 841 ciclos de tratamiento de FIV efectuados a 4.195 mujeres realizadas en la clínica Dexeus de Barcelona teniendo en cuenta la edad de las pacientes y la cifra de ovocitos extraídos en cada caso.

"Las conclusiones del estudio avalan una certeza más que conocida, y es que a medida que aumenta la edad de las mujeres se resiente su fertilidad, pero ahora, además, tenemos una visión clara y segmentada por edades de en qué medida se reduce esta fertilidad", ha explicado Devesa.

CON ÓVULOS DE DONANTE LA FERTILIDAD SE MANTIENE

Además, prosigue, el estudio ha desvelado que esta reducción en la fertilidad no es tan evidente en pacientes de edad avanzada que han optado por óvulos de donante. De hecho, en estos casos, la fertilidad se mantiene en niveles similares con independencia de la edad.

Por tanto, la edad de la paciente influye decisivamente en la calidad de los ovocitos pero no influye del mismo modo en el transcurso del embarazo, por lo que los expertos recomiendan optar por la donación de ovocitos en pacientes que superen los 44 años, ya que las posibilidades de éxito con ovocitos propios son escasas.

"La razón biológica más probable para este descenso de la fertilidad al aumentar la edad de la mujer es debida a la mayor frecuencia de anomalías cromosómicas, que alcanzan hasta el 85 por ciento en embriones de mujeres mayores de 42 años", ha comentado la investigadora.

Asimismo, el estudio también ha demostrado que el ratio de nacimientos vivos acumulados fue más elevado en los casos en los que había excedente de embriones para la congelación. Por ello, en todas las franjas de edad por debajo de los 44 años, los expertos recomiendan tener en cuenta tanto la media de éxito de FIV por cada franja de edad, como la cifra de ovocitos recuperados por parte de la paciente en concreto antes de tomar una decisión ante el uso de ovocitos propios o de donante.

"La evidencia científica demuestra que las mujeres de 44 años o más deben estar plenamente informadas sobre sus posibilidades reales de un nacimiento vivo y deben ser aconsejadas en favor de la donación de ovocitos. Esta alternativa es, por el momento, mucho más frecuente en los Estados Unidos que en Europa, aunque España es uno de los países europeos en los que la donación de ovocitos está más generalizada", ha zanjado Devesa.

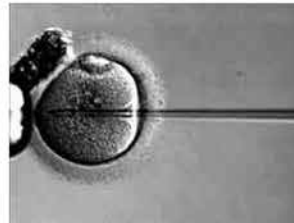
<http://cronica.cantabria.com/cr/a-partir-de-los-44-aos-las-mujeres-deberan-recurrir-a-ovulos-de-donante/>

A partir de los 44 años las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante

MADRID, 16 (EUROPA PRESS)

Las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante a partir de los 44 años, según ha mostrado un estudio elaborado y presentado por la ginecóloga de Salud de la Mujer Dexeus de Barcelona, Marta Devesa, en el encuentro anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE, por sus siglas en inglés).

Y es que, los ciclos de fecundación in vitro (FIV) efectuados en mujeres mayores de 44 años con óvulos propios tienen una tasa de éxito de solamente un 1,3 por ciento. Además, según el estudio, en mujeres de entre 38 y 39 años la tasa de nacidos vivos tras el FIV con óvulos propios es del 23,6 por ciento, una tasa que va cayendo rápidamente a medida que se eleva la edad de la paciente: en las mujeres de entre 40 y 41 alcanza el 15,6 por ciento mientras que en las de entre 42 y 43 años se queda en el 6,6 por ciento.



Para obtener estos datos, Devesa ha analizado 841 ciclos de tratamiento de FIV efectuados a 4.195 mujeres realizadas en la clínica Dexeus de Barcelona teniendo en cuenta la edad de las pacientes y la cifra de ovocitos extraídos en cada caso.

"Las conclusiones del estudio avalan una certeza más que conocida, y es que a medida que aumenta la edad de las mujeres se resiente su fertilidad, pero ahora, además, tenemos una visión clara y segmentada por edades de en qué medida se reduce esta fertilidad", ha explicado Devesa.

CON ÓVULOS DE DONANTE LA FERTILIDAD SE MANTIENE

Además, prosigue, el estudio ha desvelado que esta reducción en la fertilidad no es tan evidente en pacientes de edad avanzada que han optado por óvulos de donante. De hecho, en estos casos, la fertilidad se mantiene en niveles similares con independencia de la edad.

Por tanto, la edad de la paciente influye decisivamente en la calidad de los ovocitos pero no influye del mismo modo en el transcurso del embarazo, por lo que los expertos recomiendan optar por la donación de ovocitos en pacientes que superen los 44 años, ya que las posibilidades de éxito con ovocitos propios son escasas.

"La razón biológica más probable para este descenso de la fertilidad al aumentar la edad de la mujer es debida a la mayor frecuencia de anomalías cromosómicas, que alcanzan hasta el 85 por ciento en embriones de mujeres mayores de 42 años", ha comentado la investigadora.

Asimismo, el estudio también ha demostrado que el ratio de nacimientos vivos acumulados fue más elevado en los casos en los que había excedente de embriones para la congelación. Por ello, en todas las franjas de edad por debajo de los 44 años, los expertos recomiendan tener en cuenta tanto la media de éxito de FIV por cada franja de edad, como la cifra de ovocitos recuperados por parte de la paciente en concreto antes de tomar una decisión ante el uso de ovocitos propios o de donante.

"La evidencia científica demuestra que las mujeres de 44 años o más deben estar plenamente informadas sobre sus posibilidades reales de un nacimiento vivo y deben ser aconsejadas en favor de la donación de ovocitos. Esta alternativa es, por el momento, mucho más frecuente en los Estados Unidos que en Europa, aunque España es uno de los países europeos en los que la donación de ovocitos está más generalizada", ha zanjado Devesa.

http://www.diariosigloxxi.com/texto-ep/mostrat/20150616184611/a-partir-de-los-44-anos-las-mujeres-deberian-recurrir-a-ovulos-de-donante#.YYE9sfntl_Q

A partir de los 44 años las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante

Las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante a partir de los 44 años, según ha mostrado un estudio elaborado y presentado por la ginecóloga de Salud de la Mujer Dexeus de Barcelona, Marta Devesa, en el encuentro anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE, por sus siglas en inglés).

MADRID, 16 (EUROPA PRESS)

Y es que, los ciclos de fecundación in vitro (FIV) efectuados en mujeres mayores de 44 años con óvulos propios tienen una tasa de éxito de solamente un 1,3 por ciento. Además, según el estudio, en mujeres de entre 38 y 39 años la tasa de nacidos vivos tras el FIV con óvulos propios es del 23,6 por ciento, una tasa que va cayendo rápidamente a medida que se eleva la edad de la paciente: en las mujeres de entre 40 y 41 alcanza el 15,6 por ciento mientras que en las de entre 42 y 43 años se queda en el 6,6 por ciento.

Para obtener estos datos, Devesa ha analizado 841 ciclos de tratamiento de FIV efectuados a 4.195 mujeres realizados en la clínica Dexeus de Barcelona teniendo en cuenta la edad de las pacientes y la cifra de ovocitos extraídos en cada caso.

"Las conclusiones del estudio avalan una certeza más que conocida, y es que a medida que aumenta la edad de las mujeres se resiente su fertilidad, pero ahora, además, tenemos una visión clara y segmentada por edades de en qué medida se reduce esta fertilidad", ha explicado Devesa.

CON ÓVULOS DE DONANTE LA FERTILIDAD SE MANTIENE

Además, prosigue, el estudio ha desvelado que esta reducción en la fertilidad no es tan evidente en pacientes de edad avanzada que han optado por óvulos de donante. De hecho, en estos casos, la fertilidad se mantiene en niveles similares con independencia de la edad.

Por tanto, la edad de la paciente influye decisivamente en la calidad de los ovocitos pero no influye del mismo modo en el transcurso del embarazo, por lo que los expertos recomiendan optar por la donación de ovocitos en pacientes que superen los 44 años, ya que las posibilidades de éxito con ovocitos propios son escasas.

"La razón biológica más probable para este descenso de la fertilidad al aumentar la edad de la mujer es debida a la mayor frecuencia de anomalías cromosómicas, que alcanzan hasta el 85 por ciento en embriones de mujeres mayores de 42 años", ha comentado la investigadora.

Asimismo, el estudio también ha demostrado que el ratio de nacimientos vivos acumulados fue más elevado en los casos en los que había excedente de embriones para la congelación. Por ello, en todas las franjas de edad por debajo de los 44 años, los expertos recomiendan tener en cuenta tanto la media de éxito de FIV por cada franja de edad, como la cifra de ovocitos recuperados por parte de la paciente en concreto antes de tomar una decisión ante el uso de ovocitos propios o de donante.

"La evidencia científica demuestra que las mujeres de 44 años o más deben estar plenamente informadas sobre sus posibilidades reales de un nacimiento vivo y deben ser aconsejadas en favor de la donación de ovocitos. Esta alternativa es, por el momento, mucho más frecuente en los Estados Unidos que en Europa, aunque España es uno de los países europeos en los que la donación de ovocitos está más generalizada", ha zanjado Devesa.

<http://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/6798010/06/15/A-partir-de-los-44-anos-las-mujeres-deberian-recurrir-a-ovulos-de-donante.html#Kku8hGx6h9D4lmX3>

informativostelecinco.com

Inicio Lo último Economía Tecnología Sociedad Deportes + secciones A la Carta El Tiempo
ES NOTICIA > Guillermo Zapata Ada Colau Manuela Carmena PP C's PSOE Es viral Trailers Blogs
Última hora > Maestro habla con Carmen y deciden que no es necesario que renuncie "porque esta cuestión no afecta a mi trabajo de portavoz"
En directo > Sigue la Sesión de Control al Gobierno en la que la oposición cuestiona las reformas a cuatro meses de disolver las Cortes

A partir de los 44 años las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante

Las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante a partir de los 44 años, según ha mostrado un estudio elaborado y presentado por la ginecóloga de Salud de la Mujer Dexeus de Barcelona, Marta Devesa, en el encuentro anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE, por sus siglas en inglés).

Y es que, los ciclos de fecundación in vitro (FIV) efectuados en mujeres mayores de 44 años con óvulos propios tienen una tasa de éxito de solamente un 1,3 por ciento. Además, según el estudio, en mujeres de entre 38 y 39 años la tasa de nacidos vivos tras el FIV con óvulos propios es del 23,6 por ciento, una tasa que va cayendo rápidamente a medida que se eleva la edad de la paciente: en las mujeres de entre 40 y 41 alcanza el 15,6 por ciento mientras que en las de entre 42 y 43 años se queda en el 6,6 por ciento.

Para obtener estos datos, Devesa ha analizado 841 ciclos de tratamiento de FIV efectuados a 4.195 mujeres realizados en la clínica Dexeus de Barcelona teniendo en cuenta la edad de las pacientes y la cifra de ovocitos extraídos en cada caso.

"Las conclusiones del estudio avalan una certeza más que conocida, y es que a medida que aumenta la edad de las mujeres se resiente su fertilidad, pero ahora, además, tenemos una visión clara y segmentada por edades de en qué medida se reduce esta fertilidad", ha explicado Devesa.

CON ÓVULOS DE DONANTE LA FERTILIDAD SE MANTIENE

Además, prosigue, el estudio ha desvelado que esta reducción en la fertilidad no es tan evidente en pacientes de edad avanzada que han optado por óvulos de donante. De hecho, en estos casos, la fertilidad se mantiene en niveles similares con independencia de la edad.

Por tanto, la edad de la paciente influye decisivamente en la calidad de los ovocitos pero no influye del mismo modo en el transcurso del embarazo, por lo que los expertos recomiendan optar por la donación de ovocitos en pacientes que superen los 44 años, ya que las posibilidades de éxito con ovocitos propios son escasas.

"La razón biológica más probable para este descenso de la fertilidad al aumentar la edad de la mujer es debida a la mayor frecuencia de anomalías cromosómicas, que alcanzan hasta el 85 por ciento en embriones de mujeres mayores de 42 años", ha comentado la investigadora.

Asimismo, el estudio también ha demostrado que el ratio de nacimientos vivos acumulados fue más elevado en los casos en los que había excedente de embriones para la congelación. Por ello, en todas las franjas de edad por debajo de los 44 años, los expertos recomiendan tener en cuenta tanto la media de éxito de FIV por cada franja de edad, como la cifra de ovocitos recuperados por parte de la paciente en concreto antes de tomar una decisión ante el uso de ovocitos propios o de donante.

"La evidencia científica demuestra que las mujeres de 44 años o más deben estar plenamente informadas sobre sus posibilidades reales de un nacimiento vivo y deben ser aconsejadas en favor de la donación de ovocitos. Esta alternativa es, por el momento, mucho más frecuente en los Estados Unidos que en Europa, aunque España es uno de los países europeos en los que la donación de ovocitos está más generalizada", ha zanjado Devesa.

http://www.telecinco.es/informativos/mujeres-deberian-recurrir-ovulos-donante_0_2004450529.html

— EN TÉCNICAS DE FECUNDACIÓN IN VITRO —

¿Hasta qué edad puede una mujer usar sus propios óvulos?

MADRID, 16 Jun. (EUROPA PRESS) —

Las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante a partir de los 44 años, según ha mostrado un estudio elaborado y presentado por la ginecóloga de Salud de la Mujer Dexeus de Barcelona, Marta Devesa, en el encuentro anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE, por sus siglas en inglés).



Y es que, los ciclos de fecundación in vitro (FIV) efectuados en mujeres mayores de 44 años con óvulos propios tienen una tasa de éxito de solamente un 1,3 por ciento. Además, según el estudio, en mujeres de entre 38 y 39 años la tasa de nacidos vivos tras el FIV con óvulos propios es del 23,6 por ciento, una tasa que va cayendo rápidamente a medida que se eleva la edad de la paciente: en las mujeres de entre 40 y 41 alcanza el 15,6 por ciento mientras que en las de entre 42 y 43 años se queda en el 6,6 por ciento.

Para obtener estos datos, Devesa ha analizado 5.841 ciclos de tratamiento de FIV efectuados a 4.195 mujeres realizados en la clínica Dexeus de Barcelona teniendo en cuenta la edad de las pacientes y la cifra de ovocitos extraídos en cada caso.

"Las conclusiones del estudio avalan una certeza más que conocida, y es que a medida que aumenta la edad de las mujeres se resiente su fertilidad, pero ahora, además, tenemos una visión clara y segmentada por edades de en qué medida se reduce esta fertilidad", ha explicado Devesa.

CON ÓVULOS DE DONANTE LA FERTILIDAD SE MANTIENE

Además, prosigue, el estudio ha desvelado que esta reducción en la fertilidad no es tan evidente en pacientes de edad avanzada que han optado por óvulos de donante. De hecho, en estos casos, la fertilidad se mantiene en niveles similares con independencia de la edad. Por tanto, la edad de la paciente influye decisivamente en la calidad de los ovocitos pero no influye del mismo modo en el transcurso del embarazo, por lo que los expertos recomiendan optar por la donación de ovocitos en pacientes que superen los 44 años, ya que las posibilidades de éxito con ovocitos propios son escasas.

"La razón biológica más probable para este descenso de la fertilidad al aumentar la edad de la mujer es debida a la mayor frecuencia de anomalías cromosómicas, que alcanzan hasta el 85 por ciento en embriones de mujeres mayores de 42 años", ha comentado la investigadora.

Asimismo, el estudio también ha demostrado que el ratio de nacimientos vivos acumulados fue más elevado en los casos en los que había excedente de embriones para la congelación. Por ello, en todas las franjas de edad por debajo de los 44 años, los expertos recomiendan tener en cuenta tanto la media de éxito de FIV por cada franja de edad, como la cifra de ovocitos recuperados por parte de la paciente en concreto antes de tomar una decisión ante el uso de ovocitos propios o de donante.

"La evidencia científica demuestra que las mujeres de 44 años o más deben estar plenamente informadas sobre sus posibilidades reales de un nacimiento vivo y deben ser aconsejadas en favor de la donación de ovocitos. Esta alternativa es, por el momento, mucho más frecuente en los Estados Unidos que en Europa, aunque España es uno de los países europeos en los que la donación de ovocitos está más generalizada", ha zanjado Devesa.

<http://www.infosalus.com/mujer/noticia-edad-puede-mujer-usar-propios-ovulos-20150616184611.html>

Freeze your eggs by 35, women told

By FRESS ASSOCIATION

PUBLISHED: 09:32 GMT, 17 June 2015 | UPDATED: 09:32 GMT, 17 June 2015



Women should be encouraged to start families earlier as their chances of giving birth "decrease significantly" after they turn 35, according to a new study.

Would-be mothers were 18 times less likely to have a baby through in vitro fertilisation (IVF) at 44 than at 35, when the chances of success are about 24%, doctors found.

And they should be urged to freeze their eggs by the age of 35 if possible, lead researcher Dr Marta Devesa said, adding women over 44 should not to use their own eggs in IVF treatment.



Women's chances of giving birth plummet after 35, a new study says

Fertility experts said the findings of the 12-year study showed women needed to be better informed about fertility and had perhaps been misled by "good news stories about celebrities".

Dr Devesa, who presented her report at the European Society of Human Reproduction's annual conference in Lisbon, said: "There is a clinically relevant decline from 41/42 - but the prognosis is really futile from 44 and onwards.

"Women should be encouraged to have families earlier but if you can't change society then we should encourage them to freeze their eggs by 35.

"Indeed women of 44 or older should be fully informed about their real chances of a live birth and counselled in favour of oocyte (immature egg) donation."

The study, carried out at the Hospital Universitario Quiron-Dexeus in Barcelona, Spain, analysed nearly 4,200 women, who underwent 5,841 IVF cycles, in four groups aged between 38 and 44.

Birth rates shown to fall from 24% for those aged 38 and 39 to 15% for 40 and 41-year-olds, 6.6% for women aged 42 and 43 and just 1.3% for those 44 and above.

Professor Adam Balen, the chairman of the British Fertility Society and a consultant in Leeds, told the Daily Telegraph: "While you hear lots of good news stories about celebrities who may have given birth at an older age, nobody knows the number of celebrities who may not have been able to have babies, either because of infertility or possibly even having had fertility treatment that has been unsuccessful.

"There is always a strong possibility that many of these celebrities may well have sought the assistance of a fertility clinic and may have conceived either with IVF or donor eggs."

In April, former Countryfile presenter Julia Bradbury spoke of her "dream come true" after she gave birth to twin girls Xanthe and Zena at 44 after undergoing five rounds of IVF.

<http://www.dailymail.co.uk/wires/pa/article-3127620/Freeze-eggs-35-women-told.html#zzz3dJbk4oiS>

Women warned to FREEZE their eggs by age 35 – or risk not having children

WOMEN have been warned they should freeze their eggs by the age of 35 as their chances of giving birth "decrease significantly" after they turn 38, according to a new study.

By **SCOTT CAMPBELL**
PUBLISHED: 05:22, Wed, Jun 17, 2015 | UPDATED: 05:43, Wed, Jun 17, 2015



Would-be mothers were 18 times less likely to have a baby through IVF at 44 than at 38, when the chances of success are about 24 per cent, doctors found.

And they should be urged to freeze their eggs by the age of 35 if possible, lead researcher Dr Marta Devesa said, adding women over 44 should not to use their own eggs in IVF treatment.

Fertility experts said the findings of the 12-year study showed women needed to be better informed about fertility and had perhaps been misled by "good news stories about celebrities".

Dr Devesa, who presented her report at the European Society of Human Reproduction's annual conference in Lisbon, said: "There is a clinically relevant decline from 41/42 - but the prognosis is really futile from 44 and onwards.

"Women should be encouraged to have families earlier but if you can't change society then we should encourage them to freeze their eggs by 35.

M News UK News

Fertility warning: Women leaving it too late to have children because of 'miracle' celebrity babies

00:40, 17 JUNE 2015 BY LOUISE SASSOON

Experts say fans are often unaware many stars who conceive in their 40s have resorted to IVF or donor eggs because fertility declines after the age of 37.



Women 'are leaving it too late to have children'

Women are leaving it too late to [have a baby](#) because they are being fooled into thinking they are fertile by ageing celebrities, doctors have claimed.

Experts say fans are often unaware many stars who conceive "miracle babies" in their 40s have usually resorted to IVF or donor eggs because [fertility](#) declines after the age of 37.

Last night Adam Balen of the British Fertility Society said: "If more celebrities were prepared to speak out it would do the world of fertility medicine a lot of good."

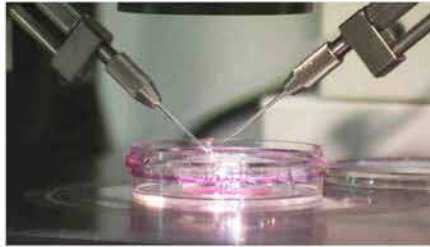
His warning came as researchers said women over 44 should be advised against trying IVF with their own eggs.

A 12-year study in Spain showed women in their mid forties found it around 20 times harder to get pregnant using the method than those aged 38 or 39.

Women 'Should Be Encouraged' To Freeze Eggs By 35

Women should think about starting families earlier as their chances of giving birth "decrease significantly" after they turn 38.

05:54 UK
Wednesday 17 June 2015



Women have been given another fertility warning.

Women should be urged to freeze their eggs by the age of 35 as their chances of having a baby naturally plummet after they turn 38, scientists have said.

The authors of a new study say women should be encouraged to start families earlier, before their chances of conceiving "decrease significantly".

Researchers in Spain analysed nearly 4,200 women who underwent 5,841 IVF cycles in four groups aged between 38 and 44.

Lead researcher Dr Marta Devesa said: "Women should be encouraged to have families earlier but if you can't change society then we should encourage them to freeze their eggs by 35."



TV presenter Julia Bradbury, 44, had twins earlier this year after IVF.

the guardian
Home of the Future since 1821

UK world politics sport football opinion culture business lifestyle fashion environment tech travel all sections

home UK society law scotland wales northern ireland education media

IVF


Chances of IVF success 'futile' for women over 44, says study

Twelve-year project advises donor eggs be recommended to women in mid-40s but says steep decline in birth rates could be avoided by freezing eggs before 35

Ian Sample
Science editor
@iansample

Wednesday 17 June 2015
00:48 BST

619 143



There is a clinically relevant decline from 41 to 42 – but the prognosis is really futile from 44 and onwards,” said Dr Marta Devesa about her findings on IVF success rates. Photograph: Alessandro Bascchi/Reuters

Women should be advised to have IVF with donor eggs instead of their own when they reach the age of 44 to boost their chances of success, fertility doctors have said.

Researchers in Spain found that the chances of women having a baby through IVF was only 1.3% in those aged 44 and above, but stood at 24% in those aged 38 to 39.

Dr Marta Devesa at the Hospital Universitari Quirón-Dexeus in Barcelona, Spain, said the dramatic decline in live births could be avoided if older women froze their eggs by the time they reached 35, or used donor eggs, which come from younger women.

“Women of 44 or older should be fully informed about their real chances of a live birth and counselled in favour of egg donation,” she told the European Society for Human Reproduction meeting in Lisbon on Tuesday.

Her comments come in the wake of a 12-year study of live birth rates, involving more than 4000 women at the hospital, revealed the sharp decline in success rates among women in their mid-40s. The findings revealed that among 40 to 41-year-olds, the IVF success rate was 15.6%, a number that dropped to 6.6% in those aged 42 and 43.

“There is a clinically relevant decline from 41 to 42 – but the prognosis is really futile from 44 and onwards,” Devesa said.

Doctors familiar with the study said that many women may be unaware of the crash in fertility that occurs beyond the age of 35, while some could be fooled into unrealistic expectations by media stories of celebrities starting families in their 40s.

The fertility regulator, the Human Fertilisation and Embryology Authority, has long publicised very similar success rates from UK clinics. According to their figures, a woman’s chances of having a baby through IVF stand at 32% under the age of 35 and fall to 1.9% once she is 45 or over.

Stuart Lavery, a consultant gynaecologist at Hammersmith hospital said that many women were likely to be shocked at the sharp decline in fertility among women in their early 40s. The drop in fertility is thought to be caused by genetic damage that builds up in older eggs. The latest figures, he said, could help promote more “realistic expectations” among older women who hoped to start a family.

Adam Balen, chairman of the British Fertility Society, said: “Whilst you hear lots of good news stories about celebrities who may have given birth at an older age, nobody knows the number of celebrities who may not have been able to have babies, either because of infertility or possibly even having had fertility treatment that has been unsuccessful.”

<http://www.theguardian.com/society/2015/jun/17/women-ivf-birth-donor-eggs>

THE INDEPENDENT Apex | eNotes | Jobs | Dating | Shop

100


NEWS VIDEO PEOPLE VOICES SPORT TECH LIFE PROPERTY ARTS + ENTS TRAVEL MONEY INDYBEST STUDENT OFFERS

Katrina | Food and Drink | [Health & Families](#) | History | Gadgets and Tech | [Missing](#) | [Dating](#) | [Christmas](#) | [Gaming](#) | [Competitions](#)

Life > Health & Families > Health News

Search The Independent
Advanced search | About us | Home | Topics

Women should be urged to 'freeze their eggs by 35' and give birth by 38, according to new study



Women could have been misled by 'good news stories about celebrities' fertility experts warned

100 NOW TRENDING

1. 20 things you'll only know if you feel like reading your eyes out because of hay fever
2. What Barack Obama said when he met David Attenborough
3. There are now more people in Britain than ever before
4. Another unarmed black man has been shot by police in the US
5. Bill O'Reilly just declared war on everyone who doesn't like Fox News

Women should be urged to freeze their eggs by the age of 35 and start families earlier, as their chances of giving birth "decrease significantly" after they turn 38, according to a new study.

Lead researcher Dr Marta Devesa, presenting her report at the European Society of Human Reproduction's annual conference in Lisbon, said that while women should be urged to freeze their eggs, women over the age of 44 should not use their own eggs in IVF treatment.

"There is a clinically relevant decline from 41/42 – but the prognosis is really futile from 44 onwards.

"Women should be encouraged to have families earlier but if you can't change society then we should encourage them to freeze their eggs by 35.

"Indeed, women of 44 or older should be fully informed about their real chances of a live birth and counselled in favour of oocyte (immature egg) donation," she said.

The study analysed nearly 4200 women aged between 38 and 44 who underwent 5,841 IVF cycles.

Birth rates shown to fall from 24 per cent for those aged 38 and 39 to 15 per cent for 40 and 41-year-olds, 6.6 per cent for women aged 42 and 43 and just 1.3 per cent for those 44 and older.

Fertility experts said the study showed that women need to be better informed about fertility and had perhaps been misled by "good news stories about celebrities".

Professor Adam Balen, the chairman of the British Fertility Society and a consultant in Leeds, told the Daily Telegraph: "While you hear lots of good news stories about celebrities who may have given birth at an older age, nobody knows the number of celebrities who may not have been able to have babies, either because of infertility or possibly even having had fertility treatment that has been unsuccessful.

"There is always a strong possibility that many of these celebrities may well have sought the assistance of a fertility clinic and may have conceived with IVF or donor eggs."

Additional reporting by PA

<http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/women-should-be-urged-to-freeze-their-eggs-by-35-and-give-birth-by-38-according-to-new-study-10325039.html>

Women wanting families should conceive or freeze their eggs by 35, say doctors

A major study showed fertility falling off a "cliff edge" beyond the age of 35

f 1K t 151 p 0 in 15 < 1K Email



How much does age have to do with fertility? Photo: Alamy

By Laura Donnelly, Health Editor, Lisbon

6:25PM BST 16 Jun 2015

71 Comments

Women who want a family should conceive or freeze their eggs by 35, doctors have said, after a major study showed fertility falling off a "cliff edge" in subsequent years.

The research shows that women trying to have a baby are 18 times less likely to succeed at the age of 44 as when they are just six years younger.

Senior doctors said findings from the study - the largest and most detailed of its kind - showed the need for women who want children to stop delaying motherhood, or putting careers first. They said there was a need for "more realistic expectations" among many women, who should either start trying for a family earlier, or else freeze their eggs.

IVF experts said many women had little idea how low their conception chances were. Some were given false hope by celebrity mothers having babies in their 40s, with some not admitting they have used donor eggs, they suggested.



HEALTH AGING

This Is When Women Using IVF Should Consider Donor Eggs

Alice Park @aliceparkny June 16, 2015



The latest study says success rates decline considerably after this age

In a report presented at the European Society of Human Reproduction and Embryology, researchers provided some much-needed information that they hope will help couples using IVF to make more informed decisions about how best to use the reproductive technology.

Infertility increases with age, and while there are many reasons why couples have a hard time conceiving, one important contribution is the quality of the woman's eggs. Because women are born with all of the eggs they use throughout their lifetime, the older the eggs are, the more vulnerable they are to developing genetic and other abnormalities that make them weaker candidates for getting fertilized by sperm and developing into a healthy baby.

But at what age does this process truly decline? Most reproductive data shows that live birth rates start to decline when the woman reaches 35, so Dr. Marta Devesa from the department of obstetrics and gynecology at Women's Health Dexeus in Barcelona, Spain and her colleagues decided to analyze birth rates by age and whether women used fresh or frozen embryos in their IVF cycle. They found that the cumulative live birth rate—which includes every transfer of an embryo from a single stimulation cycle (most women produce multiple eggs and many of these are fertilized to become embryos, one of which is usually transferred to the womb and the rest of which are frozen for future transfer)—dropped with age.

But they also learned that the live birth rate was really driven by the first transfer of the fresh embryo, and wasn't significantly increased by transferring additional frozen embryos if the first transfer didn't result in a pregnancy. In other words, the first, fresh embryo provides the best chance for pregnancy, particularly in women age 42 or older. "The benefit from the frozen embryos is very limited," says Devesa.

<http://time.com/3923034/ivf-donor-eggs/>

El final en misteriosa de Juego de Tronos

Busca en miles de textos, vídeos y fotos

lainformacion.com

Salud | Nutrición | Pediatría | Reproducción | Corazón | Cáncer | Enfermedad mental | Colesterol | Investigación médica

miércoles, 17/06/15 - 08:53h

Reproducción

A partir de los 44 años las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante

lainformacion.com

mañanas - 16/06/15 - 10:47

comentar [0]

Las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante a partir de los 44 años, según ha mostrado un estudio elaborado y presentado por la ginecóloga de Salud de la Mujer Dexeus de Barcelona, Marta Devesa, en el encuentro anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE, por sus siglas en inglés).

MADRID, 16 (EUROPA PRESS)

Las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante a partir de los 44 años, según ha mostrado un estudio elaborado y presentado por la ginecóloga de Salud de la Mujer Dexeus de Barcelona, Marta Devesa, en el encuentro anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE, por sus siglas en inglés).

Y es que, los ciclos de fecundación in vitro (FIV) efectuados en mujeres mayores de 44 años con óvulos propios tienen una tasa de éxito de solamente un 1,3 por ciento. Además, según el estudio, en mujeres de entre 38 y 39 años la tasa de nacidos vivos tras el FIV con óvulos propios es del 23,6 por ciento, una tasa que va cayendo rápidamente a medida que se eleva la edad de la paciente: en las mujeres de entre 40 y 41 alcanza el 15,6 por ciento mientras que en las de entre 42 y 43 años se queda en el 6,6 por ciento.

Para obtener estos datos, Devesa ha analizado 841 ciclos de tratamiento de FIV efectuados a 4.195 mujeres realizados en la clínica Dexeus de Barcelona teniendo en cuenta la edad de las **pacientes** y la cifra de ovocitos extraídos en cada caso.

"Las conclusiones del estudio avalan una certeza más que conocida, y es que a medida que aumenta la edad de las mujeres se resiente su fertilidad, pero ahora, además, tenemos una visión clara y segmentada por edades de en qué medida se reduce esta fertilidad", ha explicado Devesa.

CON ÓVULOS DE DONANTE LA FERTILIDAD SE MANTIENE

Además, prosigue, el estudio ha desvelado que esta reducción en la fertilidad no es tan evidente en pacientes de edad avanzada que han optado por óvulos de donante. De hecho, en estos casos, la fertilidad se mantiene en niveles similares con independencia de la edad.

Por tanto, la edad de la paciente influye decisivamente en la calidad de los ovocitos pero no influye del mismo modo en el transcurso del embarazo, por lo que los expertos recomiendan optar por la donación de ovocitos en pacientes que superen los 44 años, ya que las posibilidades de éxito con ovocitos propios son escasas.

"La razón biológica más probable para este descenso de la fertilidad al aumentar la edad de la mujer es debida a la mayor frecuencia de anomalías cromosómicas, que alcanzan hasta el 85 por ciento en embriones de mujeres mayores de 42 años", ha comentado la investigadora.

Asimismo, el estudio también ha demostrado que el ratio de nacimientos vivos acumulados fue más elevado en los casos en los que había excedente de embriones para la congelación. Por ello, en todas las franjas de edad por debajo de los 44 años, los expertos recomiendan tener en cuenta tanto la media de éxito de FIV por cada franja de edad, como la cifra de ovocitos recuperados por parte de la paciente en concreto antes de tomar una decisión ante el uso de ovocitos propios o de donante.

"La evidencia científica demuestra que las mujeres de 44 años o más deben estar plenamente informadas sobre sus posibilidades reales de un nacimiento vivo y deben ser aconsejadas en favor de la donación de ovocitos. Esta alternativa es, por el momento, mucho más frecuente en los **Estados Unidos** que en Europa, aunque **España** es uno de los países europeos en los que la donación de ovocitos está más generalizada", ha zanjado Devesa.

http://noticias.lainformacion.com/salud/reproduccion/a-partir-de-los-44-años-las-mujeres-deberían-recurrir-a-ovulos-de-donante_T1apP7WKnWGpajsglWBBZ/

¿Hasta qué edad puede una mujer usar sus propios óvulos para lograr un embarazo?

En mujeres de entre 38 y 39 años la tasa de nacidos vivos tras un embarazo por Fecundación In Vitro con óvulos propios es del 23,6%

Un estudio elaborado y presentado por la Dra. Marta Devesa, ginecóloga de Salud de la Mujer Dexeus, en el encuentro anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE), demuestra que los ciclos de Fecundación In Vitro (FIV) efectuados en mujeres mayores de 44 años con óvulos propios tienen una tasa de éxito de solamente un 1,3%.



La edad influye en la calidad de los ovocitos. Según el estudio, en mujeres de entre 38 y 39 años la tasa de nacidos vivos tras el FIV con óvulos propios es del 23,6%, una tasa que va cayendo rápidamente a medida que se eleva la edad de la paciente: en las mujeres de entre 40 y 41 alcanza el 15,6% mientras que en las de entre 42 y 43 años se queda en el 6,6%.

Para obtener estos datos, la Dra. Devesa ha analizado todos los tratamientos de fecundación in vitro realizados en la clínica Dexeus de Barcelona (5.841 ciclos de tratamiento de FIV efectuados a 4.195 mujeres) teniendo en cuenta dos variables principales: la edad de las pacientes y la cifra de ovocitos extraídos en cada caso. Se trata de la mayor muestra jamás analizada para observar la tasa de nacidos vivos en mujeres mayores de 38 años, puesto que se trata de un análisis realizado con el objetivo de establecer predicciones fiables de las posibilidades de éxito de dicho tratamiento en pacientes de edad avanzada.

“Las conclusiones del estudio avalan una certeza más que conocida, y es que a medida que aumenta la edad de las mujeres se resiente su fertilidad, pero ahora, además, tenemos una visión clara y segmentada por edades de en qué medida se reduce esta fertilidad”, explica la Dra. Devesa. Además, la doctora añade: *“hemos podido observar como esta reducción en la fertilidad no es tan evidente en pacientes de edad avanzada que han optado por óvulos de donante: en estos casos, la fertilidad se mantiene en niveles similares con independencia de la edad”.*

A partir de los 44 años mejor recurrir a óvulos donados

La conclusión que de ello se desprende es que la edad de la paciente influye decisivamente en la calidad de los ovocitos pero no influye del mismo modo en el transcurso del embarazo, por lo que los expertos recomiendan optar por la donación de ovocitos en pacientes que superen los 44 años, ya que las posibilidades de éxito con ovocitos propios son escasas.

Según la Dra. Devesa, la razón biológica más probable para este descenso de la fertilidad al aumentar la edad de la mujer es debida a la mayor frecuencia de anomalías cromosómicas, que alcanzan hasta el 85% en embriones de mujeres mayores de 42 años.

Asimismo, el estudio también demuestra que el ratio de nacimientos vivos acumulados fue más elevado en los casos en los que había excedente de embriones para la congelación, de lo cual se desprende que cuantos más ovocitos producía la paciente, mayor sería el ratio de éxito.

Por ello, en todas las franjas de edad por debajo de los 44 años, los expertos recomiendan tener en cuenta tanto la media de éxito de FIV por cada franja de edad como la cifra de ovocitos recuperados por parte de la paciente en concreto antes de tomar una decisión ante el uso de ovocitos propios o de donante.

Según la Dra. Devesa, “la evidencia científica demuestra que las mujeres de 44 años o más deben estar plenamente informadas sobre sus posibilidades reales de un nacimiento vivo y deben ser aconsejadas en favor de la donación de ovocitos. Esta alternativa es, por el momento, mucho más frecuente en los EE.UU. que en Europa, aunque España es uno de los países europeos en los que la donación de ovocitos está más generalizada”. De acuerdo con el sistema de registro nacional español, en el 2012 se realizaron 7.000 ciclos de donación de óvulos en España.

<http://www.medicinatv.com/reportajes/hasta-que-edad-puede-una-mujer-usar-sus-propios-ovulos-para-lograr-un-embarazo>



¿Hasta qué edad puede una mujer usar sus propios óvulos?

martes 16 de junio del 2015, 19:18h

- Sólo el 1,3% de las fecundaciones in vitro con óvulos propios en mayores de 44 años culminan con éxito
- La alternativa para aumentar la tasa de éxito en mujeres en esta franja de edad es optar por la FIV con ovocitos de donante



Un estudio elaborado y presentado por la Dra. Marta Devesa, ginecóloga de Salud de la Mujer Dexeus, en el encuentro anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE), demuestra que los ciclos de Fecundación In Vitro (FIV) efectuados en mujeres mayores de 44 años con óvulos propios tienen una tasa de éxito de solamente un 1,3%.

Según el estudio, en mujeres de entre 38 y 39 años la tasa de nacidos vivos tras el FIV con óvulos propios es del 23,6%, una tasa que va cayendo rápidamente a medida que se eleva la edad de la paciente: en las mujeres de entre 40 y 41 alcanza el 15,6% mientras que en las de entre 42 y 43 años se queda en el 6,6%.

Para obtener estos datos, la Dra. Devesa ha analizado todos los tratamientos de fecundación in vitro realizados en la clínica Dexeus de Barcelona (5.841 ciclos de tratamiento de FIV efectuados a 4.195 mujeres) teniendo en cuenta dos variables principales: la edad de las pacientes y la cifra de ovocitos extraídos en cada caso. Se trata de la mayor muestra jamás analizada para observar la tasa de nacidos vivos en mujeres mayores de 38 años, puesto que se trata de un análisis realizado con el objetivo de establecer predicciones fiables de las posibilidades de éxito de dicho tratamiento en pacientes de edad avanzada.

"Las conclusiones del estudio avalan una certeza más que conocida, y es que a medida que aumenta la edad de las mujeres se resiente su fertilidad, pero ahora, además, tenemos una visión clara y segmentada por edades de en qué medida se reduce esta fertilidad", explica la Dra. Devesa. Además, la doctora añade: "hemos podido observar como esta reducción en la fertilidad no es tan evidente en pacientes de edad avanzada que han optado por óvulos de donante: en estos casos, la fertilidad se mantiene en niveles similares con independencia de la edad".

La conclusión que de ello se desprende es que la edad de la paciente influye decisivamente en la calidad de los ovocitos pero no influye del mismo modo en el transcurso del embarazo, por lo que los expertos recomiendan optar por la donación de ovocitos en pacientes que superen los 44 años, ya que las posibilidades de éxito con ovocitos propios son escasas.

Según la Dra. Devesa, la razón biológica más probable para este descenso de la fertilidad al aumentar la edad de la mujer es debida a la mayor frecuencia de anomalías cromosómicas, que alcanzan hasta el 85% en embriones de mujeres mayores de 42 años.

Asimismo, el estudio también demuestra que el ratio de nacimientos vivos acumulados fue más elevado en los casos en los que había excedente de embriones para la congelación, de lo cual se desprende que cuantos más ovocitos producía la paciente, mayor sería el ratio de éxito.

Por ello, en todas las franjas de edad por debajo de los 44 años, los expertos recomiendan tener en cuenta tanto la media de éxito de FIV por cada franja de edad como la cifra de ovocitos recuperados por parte de la paciente en concreto antes de tomar una decisión ante el uso de ovocitos propios o de donante.

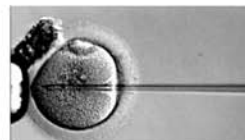
Según la Dra. Devesa, "la evidencia científica demuestra que las mujeres de 44 años o más deben estar plenamente informadas sobre sus posibilidades reales de un nacimiento vivo y deben ser aconsejadas en favor de la donación de ovocitos. Esta alternativa es, por el momento, mucho más frecuente en los EE.UU. que en Europa, aunque España es uno de los países europeos en los que la donación de ovocitos está más generalizada". De acuerdo con el sistema de registro nacional español, en el 2012 se realizaron 7.000 ciclos de donación de óvulos en España.

<http://www.secretosdesalud.es/noticia/1047/Mujer-e-infancia/Hasta-que-edad-puede-una-mujer-usar-sus-propios-ovulos?.html>

A partir de los 44 años las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante

16/06/2015 - EUROPA PRESS, MADRID

Las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante a partir de los 44 años, según ha mostrado un estudio elaborado y presentado por la ginecóloga de Salud de la Mujer Dexeus de Barcelona, Marta Devesa, en el encuentro anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE, por sus siglas en inglés).



Y es que, los ciclos de fecundación in vitro (FIV) efectuados en mujeres mayores de 44 años con óvulos propios tienen una tasa de éxito de solamente un 1,3 por ciento. Además, según el estudio, en mujeres de entre 38 y 39 años la tasa de nacidos vivos tras el FIV con óvulos propios es del 23,6 por ciento, una tasa que va cayendo rápidamente a medida que se eleva la edad de la paciente: en las mujeres de entre 40 y 41 alcanza el 15,6 por ciento mientras que en las de entre 42 y 43 años se queda en el 6,6 por ciento.

Para obtener estos datos, Devesa ha analizado 841 ciclos de tratamiento de FIV efectuados a 4.195 mujeres realizados en la clínica Dexeus de Barcelona teniendo en cuenta la edad de las pacientes y la cifra de ovocitos extraídos en cada caso.

"Las conclusiones del estudio avalan una certeza más que conocida, y es que a medida que aumenta la edad de las mujeres se resiente su fertilidad, pero ahora, además, tenemos una visión clara y segmentada por edades de en qué medida se reduce esta fertilidad", ha explicado Devesa.

CON ÓVULOS DE DONANTE LA FERTILIDAD SE MANTIENE

Además, prosigue, el estudio ha desvelado que esta reducción en la fertilidad no es tan evidente en pacientes de edad avanzada que han optado por óvulos de donante. De hecho, en estos casos, la fertilidad se mantiene en niveles similares con independencia de la edad.

Por tanto, la edad de la paciente influye decisivamente en la calidad de los ovocitos pero no influye del mismo modo en el transcurso del embarazo, por lo que los expertos recomiendan optar por la donación de ovocitos en pacientes que superen los 44 años, ya que las posibilidades de éxito con ovocitos propios son escasas.

"La razón biológica más probable para este descenso de la fertilidad al aumentar la edad de la mujer es debida a la mayor frecuencia de anomalías cromosómicas, que alcanzan hasta el 85 por ciento en embriones de mujeres mayores de 42 años", ha comentado la investigadora.

Asimismo, el estudio también ha demostrado que el ratio de nacimientos vivos acumulados fue más elevado en los casos en los que había excedente de embriones para la congelación. Por ello, en todas las franjas de edad por debajo de los 44 años, los expertos recomiendan tener en cuenta tanto la media de éxito de FIV por cada franja de edad, como la cifra de ovocitos recuperados por parte de la paciente en concreto antes de tomar una decisión ante el uso de ovocitos propios o de donante.

"La evidencia científica demuestra que las mujeres de 44 años o más deben estar plenamente informadas sobre sus posibilidades reales de un nacimiento vivo y deben ser aconsejadas en favor de la donación de ovocitos. Esta alternativa es, por el momento, mucho más frecuente en los Estados Unidos que en Europa, aunque España es uno de los países europeos en los que la donación de ovocitos está más generalizada", ha zanjado Devesa.

http://www.teinteresa.es/noticias/mujeres-deberian-recurrir-ovulos-donante_0_1376863790.html

Expertos elaboran una guía para el tratamiento de la preservación de la fertilidad

MADRID, 16 (EUROPA PRESS)

Varios expertos en fertilidad y representantes de las sociedades científicas más importantes en el ámbito de la reproducción se reunieron el pasado miércoles en Barcelona con el objetivo de elaborar una guía de protocolos médicos para la aplicación del tratamiento de preservación de la fertilidad.

La iniciativa, englobada en la jornada 'Barcelona Consensus Conference on Fertility Preservation', ha sido impulsada por el presidente de Salud de la Mujer Dexeus, el doctor Pedro N. Barri, que ha afirmado que "los profesionales de la reproducción contamos ahora con muchas más técnicas y herramientas para preservar la fertilidad, y era necesario reunir a todos los expertos para poner en común las prácticas más adecuadas para cada caso. A partir de esta jornada, contaremos con unos protocolos médicos definidos que podrán servir de documento de referencia para todos los profesionales del sector".

De esta forma, se ha llegado a un acuerdo en los protocolos médicos a partir de los diferentes motivos que llevan a la preservación de la fertilidad. Se han consensuado los pasos a seguir con pacientes oncológicos que optan a este tratamiento antes de someterse a otras terapias que puedan afectar a su fertilidad, o a pacientes con otros motivos médicos como la endometriosis o enfermedades autoinmunes.

En cuanto a los motivos sociales, se ha creado un espacio de debate sobre la aplicación de la preservación de fertilidad en la cirugía de reasignación de género en transexuales y en el uso de este tratamiento por deseo de retraso de la maternidad. En este último caso, se ha destacado la importancia de informar a las pacientes sobre la edad adecuada para la preservación de la fertilidad, que se sitúa antes de los 38 años.

A esta jornada han asistido expertos de referencia mundial, y varios representantes de la International Society of Fertility Preservation (ISFP), la European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) y la American Society of Reproductive Medicine (ASRM). Las conclusiones del documento de consenso se publicarán en dos revistas referentes en el mundo de la reproducción, 'Fertility and Sterility' y 'Human Reproduction'.

http://www.diariosigloxxi.com/texto-ep/mostrar/20150616113946/expertos-elaboran-una-guia-para-el-tratamiento-de-la-preservacion-de-la-fertilidad#VYFMFvmtl_Q

Expertos elaboran una guía para el tratamiento de la preservación de la fertilidad

Varios expertos en fertilidad y representantes de las sociedades científicas más importantes en el ámbito de la reproducción se reunieron el pasado miércoles en Barcelona con el objetivo de elaborar una guía de protocolos médicos para la aplicación del tratamiento de preservación de la fertilidad.

MADRID, 16 (EUROPA PRESS)

La iniciativa, englobada en la jornada 'Barcelona Consensus Conference on Fertility Preservation', ha sido impulsada por el presidente de Salud de la Mujer Dexeus, el doctor Pedro N. Barri, que ha afirmado que "los profesionales de la reproducción contamos ahora con muchas más técnicas y herramientas para preservar la fertilidad, y era necesario reunir a todos los expertos para poner en común las prácticas más adecuadas para cada caso. A partir de esta jornada, contaremos con unos protocolos médicos definidos que podrán servir de documento de referencia para todos los profesionales del sector".

De esta forma, se ha llegado a un acuerdo en los protocolos médicos a partir de los diferentes motivos que llevan a la preservación de la fertilidad. Se han consensuado los pasos a seguir con pacientes oncológicos que optan a este tratamiento antes de someterse a otras terapias que puedan afectar a su fertilidad, o a pacientes con otros motivos médicos como la endometriosis o enfermedades autoinmunes.

En cuanto a los motivos sociales, se ha creado un espacio de debate sobre la aplicación de la preservación de fertilidad en la cirugía de reasignación de género en transexuales y en el uso de este tratamiento por deseo de retraso de la maternidad. En este último caso, se ha destacado la importancia de informar a las pacientes sobre la edad adecuada para la preservación de la fertilidad, que se sitúa antes de los 38 años.

A esta jornada han asistido expertos de referencia mundial, y varios representantes de la International Society of Fertility Preservation (ISFP), la European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) y la American Society of Reproductive Medicine (ASRM). Las conclusiones del documento de consenso se publicarán en dos revistas referentes en el mundo de la reproducción, 'Fertility and Sterility' y 'Human Reproduction'.

<http://www.economista.es/empresas-finanzas/noticias/6796273/06/15/Expertos-elaboran-una-guia-para-el-tratamiento-de-la-preservacion-de-la-fertilidad.html#Kku8SVnYVUcv8st3>

TELECINCO.es más

Conéctate (A-Z) Guía TV Cookies Buscar...

informativostelecinco.com

Inicio Lo último Economía Tecnología Sociedad Deportes + secciones A la Carta El Tiempo

ES NOTICIA > Guillermo Zapata · Ada Colau · Manuela Carmena · PP · C's · PSOE · Es viral · Trailers · Blogs

Los cambios de Gobierno, al minuto · Rajoy llega a Zarzuela para informar al rey de los cambios en el Gobierno

Expertos elaboran una guía para el tratamiento de la preservación de la fertilidad

16 DE 15 | 11:39h. EUROPA PRESS | MADRID

Varios expertos en fertilidad y representantes de las sociedades científicas más importantes en el ámbito de la reproducción se reunieron el pasado miércoles en Barcelona con el objetivo de elaborar una guía de protocolos médicos para la aplicación del tratamiento de preservación de la fertilidad.

La iniciativa, englobada en la jornada 'Barcelona Consensus Conference on Fertility Preservation', ha sido impulsada por el presidente de Salud de la Mujer Dexeus, el doctor Pedro N. Barri, que ha afirmado que "los profesionales de la reproducción contamos ahora con muchas más técnicas y herramientas para preservar la fertilidad, y era necesario reunir a todos los expertos para poner en común las prácticas más adecuadas para cada caso. A partir de esta jornada, contaremos con unos protocolos médicos definidos que podrán servir de documento de referencia para todos los profesionales del sector".

De esta forma, se ha llegado a un acuerdo en los protocolos médicos a partir de los diferentes motivos que llevan a la preservación de la fertilidad. Se han consensuado los pasos a seguir con pacientes oncológicos que optan a este tratamiento antes de someterse a otras terapias que puedan afectar a su fertilidad, o a pacientes con otros motivos médicos como la endometriosis o enfermedades autoinmunes.

En cuanto a los motivos sociales, se ha creado un espacio de debate sobre la aplicación de la preservación de fertilidad en la cirugía de reasignación de género en transexuales y en el uso de este tratamiento por deseo de retraso de la maternidad. En este último caso, se ha destacado la importancia de informar a las pacientes sobre la edad adecuada para la preservación de la fertilidad, que se sitúa antes de los 38 años.

A esta jornada han asistido expertos de referencia mundial, y varios representantes de la International Society of Fertility Preservation (ISFP), la European Society of Human Reproduction and Embriology (ESHRE) y la American Society of Reproductive Medicine (ASRM). Las conclusiones del documento de consenso se publicarán en dos revistas referentes en el mundo de la reproducción, 'Fertility and Sterility' y 'Human Reproduction'.

http://www.telecinco.es/informativos/Expertos-elaboran-tratamiento-preservacion-fertilidad_0_2004450141.html

— BARCELONA CONSENSUS CONFERENCE OF FERTILITY PRESERVATION —
Expertos elaboran una guía de protocolos para la preservación de la fertilidad

Directorio: Mujeres Barcelona Salud

Publicado 16/06/2015 11:39:48 csp

MADRID, 16 Jun. (EUROPA PRESS) -

Varios expertos en fertilidad y representantes de las sociedades científicas más importantes en el ámbito de la reproducción se reunieron el pasado miércoles en Barcelona con el objetivo de elaborar una guía de protocolos médicos para la aplicación del tratamiento de preservación de la fertilidad.

La iniciativa, englobada en la jornada 'Barcelona Consensus Conference on Fertility Preservation', ha sido impulsada por el presidente de Salud de la Mujer Dexeus, el doctor Pedro N. Barri, que ha afirmado que "los profesionales de la reproducción contamos ahora con muchas más técnicas y herramientas para preservar la fertilidad, y era necesario reunir a todos los expertos para poner en común las prácticas más adecuadas para cada caso. A partir de esta jornada, **contaremos con unos protocolos médicos definidos que podrán servir de documento de referencia para todos los profesionales del sector**".

De esta forma, se ha llegado a un acuerdo en los protocolos médicos a partir de los diferentes motivos que llevan a la preservación de la fertilidad. Se han consensuado los pasos a seguir con pacientes oncológicos que optan a este tratamiento antes de someterse a otras terapias que puedan afectar a su fertilidad, o a pacientes con otros motivos médicos como la endometriosis o enfermedades autoinmunes.

En cuanto a los motivos sociales, se ha creado un espacio de debate sobre la aplicación de la preservación de fertilidad en la cirugía de reasignación de género en transexuales y en el uso de este tratamiento por deseo de retraso de la maternidad. En este último caso, se ha destacado la **importancia de informar a las pacientes sobre la edad adecuada para la preservación de la fertilidad, que se sitúa antes de los 38 años**.

A esta jornada han asistido expertos de referencia mundial, y varios representantes de la International Society of Fertility Preservation (ISFP), la European Society of Human Reproduction and Embriology (ESHRE) y la American Society of Reproductive Medicine (ASRM). Las conclusiones del documento de consenso se publicarán en dos revistas referentes en el mundo de la reproducción, 'Fertility and Sterility' y 'Human Reproduction'.

<http://www.infosalus.com/mujer/noticia-expertos-elaboran-guia-protocolos-preservacion-fertilidad-20150616113946.html>



Expertos elaboran una guía para el tratamiento de la preservación de la fertilidad

lainformacion.com
martes, 16/08/15 - 11:42

Varios expertos en fertilidad y representantes de las sociedades científicas más importantes en el ámbito de la reproducción se reunieron el pasado miércoles en Barcelona con el objetivo de elaborar una guía de protocolos médicos para la aplicación del tratamiento de preservación de la fertilidad.

MADRID, 16 (EUROPA PRESS)

Varios expertos en fertilidad y representantes de las sociedades científicas más importantes en el ámbito de la reproducción se reunieron el pasado miércoles en Barcelona con el objetivo de elaborar una guía de protocolos médicos para la aplicación del tratamiento de preservación de la fertilidad.

La iniciativa, englobada en la jornada 'Barcelona Consensus Conference on Fertility Preservation', ha sido impulsada por el presidente de **Salud** de la Mujer Dexeus, el doctor Pedro N. Barri, que ha afirmado que "los profesionales de la reproducción contamos ahora con muchas más técnicas y herramientas para preservar la fertilidad, y era necesario reunir a todos los expertos para poner en común las prácticas más adecuadas para cada caso. A partir de esta jornada, contaremos con unos protocolos médicos definidos que podrán servir de documento de referencia para todos los profesionales del sector".

De esta forma, se ha llegado a un acuerdo en los protocolos médicos a partir de los diferentes motivos que llevan a la preservación de la fertilidad. Se han consensado los pasos a seguir con pacientes oncológicos que optan a este tratamiento antes de someterse a otras terapias que puedan afectar a su fertilidad, o a pacientes con otros motivos médicos como la endometriosis o **enfermedades** autoinmunes.

En cuanto a los motivos sociales, se ha creado un espacio de debate sobre la aplicación de la preservación de fertilidad en la cirugía de reasignación de género en transexuales y en el uso de este tratamiento por deseo de retraso de la maternidad. En este último caso, se ha destacado la importancia de informar a las pacientes sobre la edad adecuada para la preservación de la fertilidad, que se sitúa antes de los 38 años.

A esta jornada han asistido expertos de referencia mundial, y varios representantes de la International Society of Fertility Preservation (ISFP), la European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) y la American Society of Reproductive Medicine (ASRM). Las conclusiones del documento de consenso se publicarán en dos revistas referentes en el mundo de la reproducción, 'Fertility and Sterility' y 'Human Reproduction'.

http://noticias.lainformacion.com/salud/investigacion-medica/expertos-elaboran-una-guia-para-el-tratamiento-de-la-preservacion-de-la-fertilidad_Xk8Qk77Vm49JQ4hb8luQc6/

Expertos elaboran una guía para el tratamiento de la preservación de la fertilidad

16/06/2015 - EUROPA PRESS, MADRID

Varios expertos en fertilidad y representantes de las sociedades científicas más importantes en el ámbito de la reproducción se reunieron el pasado miércoles en Barcelona con el objetivo de elaborar una guía de protocolos médicos para la aplicación del tratamiento de preservación de la fertilidad.

La iniciativa, englobada en la jornada 'Barcelona Consensus Conference on Fertility Preservation', ha sido impulsada por el presidente de Salud de la Mujer Dexeus, el doctor Pedro N. Barri, que ha afirmado que "los profesionales de la reproducción contamos ahora con muchas más técnicas y herramientas para preservar la fertilidad, y era necesario reunir a todos los expertos para poner en común las prácticas más adecuadas para cada caso. A partir de esta jornada, contaremos con unos protocolos médicos definidos que podrán servir de documento de referencia para todos los profesionales del sector".

De esta forma, se ha llegado a un acuerdo en los protocolos médicos a partir de los diferentes motivos que llevan a la preservación de la fertilidad. Se han consensuado los pasos a seguir con pacientes oncológicos que optan a este tratamiento antes de someterse a otras terapias que puedan afectar a su fertilidad, o a pacientes con otros motivos médicos como la endometriosis o enfermedades autoinmunes.

En cuanto a los motivos sociales, se ha creado un espacio de debate sobre la aplicación de la preservación de fertilidad en la cirugía de reasignación de género en transexuales y en el uso de este tratamiento por deseo de retraso de la maternidad. En este último caso, se ha destacado la importancia de informar a las pacientes sobre la edad adecuada para la preservación de la fertilidad, que se sitúa antes de los 38 años.

A esta jornada han asistido expertos de referencia mundial, y varios representantes de la International Society of Fertility Preservation (ISFP), la European Society of Human Reproduction and Embriology (ESHRE) y la American Society of Reproductive Medicine (ASRM). Las conclusiones del documento de consenso se publicarán en dos revistas referentes en el mundo de la reproducción, 'Fertility and Sterility' y 'Human Reproduction'.

http://www.teinteresa.es/noticias/Expertos-elaboran-tratamiento-preservacion-fertilidad_0_1376862682.html

SALUD FEMENINA

Cómo evitar infecciones de orina recurrentes

¿Sabías que la cistitis es una de las principales causas de infección bacteriana en la mujer? Resulta sumamente molesta, y si no se trata bien puede repetirse. Pero con las medidas adecuadas puedes no solo atajarla, sino evitar que ocurra



DR. JORGE R. CABALLERO
Jefe Unidad Suelo Pélvico. Salud de la Mujer Dexeus

Se estima que entre el 40% y 50% de las mujeres sufrirán algún episodio de cistitis a lo largo de su vida. Además, el 25% padecerá alguna recurrencia, y entre el 2 y el 10% sufrirá múltiples episodios. **Se considera una infección urinaria recurrente** cuando existen al menos dos episodios de infección urinaria en los últimos 6 meses, o 3 en el último año. Y no hay que olvidar que los casos aumentan con la edad.

QUÉ LA FAVORECE

El factor de riesgo más frecuente asociado a las infecciones urinarias en pacientes jóvenes son las

relaciones sexuales. Sin embargo, en mujeres pre y postmenopáusicas pueden haber otras causas.

ANTES DE LA MENOPAUSIA...

En mujeres premenopáusicas, los principales factores de riesgo son:

- ★ **Un pH vaginal** superior a 4,5 ya que permite la colonización vaginal por *E. coli*, que es la bacteria más común que suele provocar la infección.

- ★ **Si hay poca distancia** entre la uretra y el ano por una mera cuestión anatómica también hay más riesgo de infección bacteriana.

- ★ **El embarazo**, la frecuencia de las relaciones sexuales, el uso de DIU o espermicidas, el cambio de pareja, el uso reciente de antimicrobianos, haber sufrido cistitis antes de los 15 años o bien tener una madre con antecedentes también elevan el riesgo.

Y DESPUÉS...

En cambio, en mujeres postmenopáusicas, destacan como factores de riesgo:

- ★ **La edad**, los cambios y/o alteraciones anatómicas, la

FÁRMACOS Y OPCIONES NATURALES

Así se trata de forma eficaz

◀ **En el caso de cistitis de repetición** suele ser necesario el uso de antibióticos a largo plazo. También funcionan tratamientos alternativos como la inmunoterapia, orientados a la preven-

ción de las recidivas, ya que aumentan las resistencias naturales del sistema urinario frente a los patógenos. Otra opción es la aplicación vaginal de lactobacillus (producen ácido láctico que re-

duce el pH vaginal y hace disminuir los uropatógenos locales). Por último, la ingesta de arándano rojo americano consigue reducir la recurrencia de estas infecciones en un 30% aproximadamente.



A partir de los 44 años las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante
Fecha 2015-06-17

Europa Press

1

17 de junio.- Las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante a partir de los 44 años, según ha mostrado un estudio elaborado y presentado por la ginecóloga de Salud de la Mujer Dexeus de Barcelona, Marta Devesa, en el encuentro anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE, por sus siglas en inglés).

Y es que, los ciclos de fecundación in vitro (FIV) efectuados en mujeres mayores de 44 años con óvulos propios tienen una tasa de éxito de solamente un 1,3 por ciento. Además, según el estudio, en mujeres de entre 38 y 39 años la tasa de nacidos vivos tras el FIV con óvulos propios es del 23,6 por ciento, una tasa que va cayendo rápidamente a medida que se eleva la edad de la paciente: en las mujeres de entre 40 y 41 alcanza el 15,6 por ciento mientras que en las de entre 42 y 43 años se queda en el 6,6 por ciento.

Para obtener estos datos, Devesa ha analizado 841 ciclos de tratamiento de FIV efectuados a 4.195 mujeres realizadas en la clínica Dexeus de Barcelona teniendo en cuenta la edad de las pacientes y la cifra de ovocitos extraídos en cada caso.

"Las conclusiones del estudio avalan una certeza más que conocida, y es que a medida que aumenta la edad de las mujeres se resiente su fertilidad, pero ahora, además, tenemos una visión clara y segmentada por edades de en qué medida se reduce esta fertilidad", ha explicado Devesa.

CON ÓVULOS DE DONANTE LA FERTILIDAD SE MANTIENE

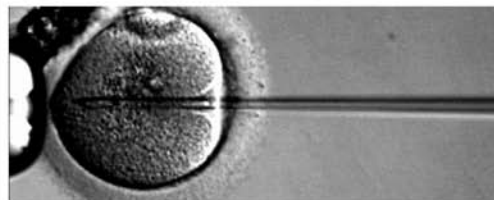
Además, prosigue, el estudio ha desvelado que esta reducción en la fertilidad no es tan evidente en pacientes de edad avanzada que han optado por óvulos de donante. De hecho, en estos casos, la fertilidad se mantiene en niveles similares con independencia de la edad.

Por tanto, la edad de la paciente influye decisivamente en la calidad de los ovocitos pero no influye del mismo modo en el transcurso del embarazo, por lo que los expertos recomiendan optar por la donación de ovocitos en pacientes que superen los 44 años, ya que las posibilidades de éxito con ovocitos propios son escasas. "La razón biológica más probable para este descenso de la fertilidad al aumentar la edad de la mujer es debida a la mayor frecuencia de anomalías cromosómicas, que alcanzan hasta el 85 por ciento en embriones de mujeres mayores de 42 años", ha comentado la investigadora.

Asimismo, el estudio también ha demostrado que el ratio de nacimientos vivos acumulados fue más elevado en los casos en los que había excedente de embriones para la congelación. Por ello, en todas las franjas de edad por debajo de los 44 años, los expertos recomiendan tener en cuenta tanto la media de éxito de FIV por cada franja de edad, como la cifra de ovocitos recuperados por parte de la paciente en concreto antes de tomar una decisión ante el uso de ovocitos propios o de donante.

"La evidencia científica demuestra que las mujeres de 44 años o más deben estar plenamente informadas sobre sus posibilidades reales de un nacimiento vivo y deben ser aconsejadas en favor de la donación de ovocitos. Esta alternativa es, por el momento, mucho más frecuente en los Estados Unidos que en Europa, aunque España es uno de los países europeos en los que la donación de ovocitos está más generalizada", ha zanjado Devesa.

A partir de los 44 años las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante



Temas relacionados

Noticias

Asuntos sociales
Susana Camarero rechaza la congelación de óvulos de las mujeres (4 de Noviembre de 2014)

Sanidad y salud
El 71,5% de los farmacéuticos colegiados son mujeres y el 27,6% sime entre 35 y 44 años (12 de Mayo de 2015)

Las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante a partir de los 44 años, según ha mostrado un estudio elaborado y presentado por la ginecóloga de Salud de la Mujer Dexeus de Barcelona, Marta Devesa, en el encuentro anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE, por sus siglas en inglés).

Y es que, **los ciclos de fecundación in vitro (FIV) efectuados en mujeres mayores de 44 años con óvulos propios tienen una tasa de éxito de solamente un 1,3 por ciento**. Además, según el estudio, en mujeres de entre 38 y 39 años la tasa de nacidos vivos tras el FIV con óvulos propios es del 23,6 por ciento, una tasa que va cayendo rápidamente a medida que se eleva la edad de la paciente: en las mujeres de entre 40 y 41 alcanza el 15,6 por ciento mientras que en las de entre 42 y 43 años se queda en el 6,6 por ciento.

Para obtener estos datos, Devesa ha analizado 841 ciclos de tratamiento de FIV efectuados a 4.195 mujeres realizados en la clínica Dexeus de Barcelona teniendo en cuenta la edad de las pacientes y la cifra de ovocitos extraídos en cada caso.

"Las conclusiones del estudio avalan una certeza más que conocida, y es que a medida que aumenta la edad de las mujeres se resiente su fertilidad, pero ahora, además, tenemos una visión clara y segmentada por edades de en qué medida se reduce esta fertilidad", ha explicado Devesa.

Además, prosigue, el estudio ha desvelado que **esta reducción en la fertilidad no es tan evidente en pacientes de edad avanzada que han optado por óvulos de donante**. De hecho, en estos casos, la fertilidad se mantiene en niveles similares con independencia de la edad.

Por tanto, **la edad de la paciente influye decisivamente en la calidad de los ovocitos pero no influye del mismo modo en el transcurso del embarazo**, por lo que los expertos recomiendan optar por la donación de ovocitos en pacientes que superen los 44 años, ya que las posibilidades de éxito con ovocitos propios son escasas.

"La razón biológica más probable para este descenso de la fertilidad al aumentar la edad de la mujer es debida a la mayor frecuencia de anomalías cromosómicas, que alcanzan hasta el 85 por ciento en embriones de mujeres mayores de 42 años", ha comentado la investigadora.

Asimismo, el estudio también ha demostrado que **el ratio de nacimientos vivos acumulados fue más elevado en los casos en los que había excedente de embriones para la congelación**. Por ello, en todas las franjas de edad por debajo de los 44 años, los expertos recomiendan tener en cuenta tanto la media de éxito de FIV por cada franja de edad, como la cifra de ovocitos recuperados por parte de la paciente en concreto antes

Enlaces patrocinados



Pablosky llena de ritmo y movimiento la nueva temporada. ¡Anímate a descubrir la nueva colección!



¿Qué sería de un actor sin director? ¿Y al revés? Dafne F. y Gracia Querejeta nos dan las claves para formar el equipo perfecto

Mundo Singular

¿Cómo sería Nueva York en el Gran Cañón?

¿Cómo sería Nueva York en el Gran Cañón?

¿Esta libélula... ¡no es real!

Esta libélula... ¡no es real!

El mirador transparente más grande del mundo

El mirador transparente más grande del mundo

Una planta sobrevive 53 años encerrada

Una planta sobrevive 53 años encerrada

HOSPITALES

SOBRE LA DIFERENCIA DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DIABETES GESTACIONAL

La SEEN premia una comunicación oral del servicio de Endocrinología y Nutrición del H. Dexeus

— BARCELONA 18 JUN, 2015 - 6:20 PM

El servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Dexeus ha obtenido el segundo premio, de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), a la mejor comunicación oral en investigación clínica, de entre las más de 350 propuestas presentadas en la última edición; el trabajo, liderado por la doctora Gemma Sesmilo y en el que también participaron Eva Meler, Verónica Perea, Alberto Rodríguez-Melcón, Bernat Serra e Ignacio Rodríguez-García, se basa en la diferencia de criterios diagnósticos de diabetes gestacional.



En los últimos años se vienen cuestionando estos pareceres y distintos países decidieron adoptar diferentes puntos de corte, para establecer cuándo se debe actuar en una gestante con terapia médica nutricional y seguimiento endocrinológico para evitar complicaciones. A este respecto, una investigación a escala mundial (el estudio HAPO, con 25.000 pacientes) demostró una asociación continua entre la glucosa basal (GB) -en rango no considerado de diabetes- y los resultados obstétricos adversos, como el peso fetal elevado, el hiperinsulinismo fetal y la tasa de cesáreas. El trabajo no incluyó ningún país mediterráneo.

Cambio de criterios diagnósticos

Tras el HAPO, diversas organizaciones científicas recomendaron cambiar los criterios diagnósticos de diabetes gestacional para llegar a un mayor número de mujeres y evitar consecuencias negativas neonatales y maternas. Estos criterios no fueron reconocidos por todas las sociedades médicas, y el grupo español de diabetes y embarazo aconsejó no adoptarlos hasta que no se dispusiera de más datos.

Fue entonces cuando el equipo de Endocrinología y Nutrición de Dexeus se propuso realizar un estudio análogo al HAPO, con el objetivo de investigar la relación entre la glucemia basal -en rango que ahora se considera normal, pero que los nuevos criterios consideran patológico- y los resultados obstétricos en una población de gestantes del citado centro.

Tras el examen realizado a 5.044 gestantes durante siete años en el proceso integral del embarazo en el Hospital Universitario Dexeus, el informe demuestra que en la población mediterránea la glucemia en la gestación, aún en rango que se considera no patológico, se relaciona con resultados obstétricos adversos.

Terapia médica nutricional

"Estos datos", afirma la doctora Sesmilo, jefa de la unidad de Endocrinología y Nutrición de Dexeus, "apoyarían un replanteamiento de los criterios diagnósticos de diabetes gestacional, puesto que hay un subgrupo de pacientes que no se detectan con los criterios actuales, y si se detectarían considerando la glucosa basal por encima de un punto de corte de 95 mg/dL. Pensamos que estas pacientes, análogamente a las que presentan diabetes gestacional, también se beneficiarían de una terapia médica nutricional".

Para dicho estudio se excluyeron pacientes que fueron diagnosticadas de diabetes gestacional y tratadas durante la gestación, así como mujeres con diabetes pregestacional, gestaciones múltiples y aquellas que recibieron tratamiento de fertilidad. Los resultados demostraron que en las pacientes que no habían sido diagnosticadas de diabetes gestacional ni habían sido tratadas en la gestación, la tasa de eventos obstétricos adversos era proporcional a la concentración de glucosa en ayunas y era muy significativa en los percentiles más elevados de glucosa. Las complicaciones asociadas con la elevación de la glucemia basal fueron: enfermedad hipertensiva del embarazo, peso elevado al nacer y test de APGAR inferior a 7.

Utilizamos cookies propias y de terceros para recopilar información que ayuda a optimizar su visita. Las cookies no se utilizan para recoger información de carácter personal. Usted puede permitir su uso o rechazarlo, también puede cambiar su configuración siempre que lo desee. Al continuar con la navegación entiendo que se acepta nuestra política de cookies.

EN TU CABEZA

Parte II

Un corto dirigido por Borja Cobesaga.
 Con Michelle Jenner, Hugo Silva,
 Rosy de Palma y Fernando Tejero.



Descubrelo

#Cnergia

SALUD - HOSPITALES Y CLÍNICAS

Rsc. Emprendedores sociales buscan financiación a través de 'ship2b'

19/06/2015 - 18:31



Etiquetas Hospitales Y Clínicas, Servicios Sociales, Noticias de Economía, Madrid 2020, Pacientes.

'Ship2B', fundación representada por líderes del entorno empresarial y social, ha presentado los 17 proyectos que participarán en la segunda edición del programa de aceleración de 'startups' sociales B-Ready 2015. Estos, que prácticamente doblan a los nueve que fueron seleccionados en 2014, recibirán asesoramiento y seguimiento por parte de 'Ship2B' con el objetivo de profesionalizarlos y hacerlos rentables dentro de su compromiso con el impacto social. Entre estos proyectos, salud es el sector más predominante con hasta cinco iniciativas -Cebiotex, Dexeus, MyBeweeg, Smartbrain 3.0 y Deixa't Cuidar-, seguido de alimentación -Spoony Toons, CaliCity, Bio Bio y EcoRegio-, educación -Educomunitats, A Mi Ritmo- y otros ámbitos de actuación como la reinserción laboral, el turismo, la eficiencia energética y el acceso a la vivienda. Todos ellos han sido seleccionados entre más de 100 solicitudes recibidas y se desarrollarán durante un periodo de cinco meses. "La convocatoria de este año ha sido todo un éxito, ya que no sólo hemos gestionado más solicitudes sino que también hemos percibido un aumento considerable en la calidad de todas las 'startups' que se han presentado", asegura el director general y cofundador de 'Ship2B', Xavier Pont, quien añade que "la incorporación de grandes compañías privadas como Danone, Revlon, Catalonia Hotels & Resorts, Guinot Prunera, MoraBanc y Suara, entre otras, junto a su voluntad de acelerar proyectos empresariales con impacto social que compartan sinergias sectoriales es lo que ha atraído propuestas muy válidas y disruptivas". Claro ejemplo de ello es el proyecto seleccionado por Revlon, que ofrece un tratamiento de preservación de la fertilidad a las mujeres diagnosticadas de cáncer en colaboración con la Fundación Dexeus. "Hasta ahora, el tratamiento se aplica de forma gratuita a los pacientes del Hospital Universitario Quirón Dexeus, pero con la ayuda de Revlon se buscará la fórmula para cubrir toda la demanda y así ofrecer también este servicio a pacientes de otros centros hospitalarios", comenta Xavier Pont. Paralelamente, 'Ship2B' continúa trabajando en su apuesta por cerrar alianzas estratégicas con otras grandes empresas de distintos sectores de actividad así como por abrir diferentes rondas de inversión con los proyectos empresariales que se presentarán el próximo 26 de noviembre con motivo de la jornada 'Invest in Impact', un evento exclusivo para 'business angels', fondos de inversión y grandes compañías que buscan invertir o simplemente impulsar startups con alto impacto social.



- Aprende Inglés
- Aprende francés
- Aprende alemán
- Aprende Italiano
- Aprende portugués

CONTRIBUIMOS PARA RECIBIR



LO MÁS VISTO

- 1 Primeras páginas de los diarios llegados esta noche a nuestra redacción
- 2 Las mejores imágenes de la Fiesta Nacional que no veras en la tele
- 3 Las ocho razas de perros peligrosos en España que no todos pueden tener
- 4 Así ha sido la presentación de lo último de David Bisbal: 'Antes que no'
- 5 La oficina de Objetos Perdidos de Madrid se ha convertido en casi una Apple Store

Suscríbete a el boletín

Recibe las mejores noticias del momento en tu email

Dirección de e-mail Recibir

Acepto las condiciones de uso

Lugar: **MADRID**
Inscripción abierta hasta el 15 de septiembre
Inicio del programa: 3 de octubre



discapnet

Contactor Mapa web Accesibilidad
Anúnciate en discapnet Usuarios Registrarte

Inicio [Áreas temáticas](#) [Comunidad](#) [Actualidad](#)

Portada Discapnet | Actualidad | Actualidad general

Actualidad

- Noticias sobre Discapacidad
- El sector social, al día
- Actualidad general
- Noticias de fácil lectura
- Hemeroteca
- Solidaridad Digital
- Discapacidad en los medios
- Agenda
- Boletines
- Equipo de redacción Actualidad

Not Found

The requested URL
/www/delivery/afp.php was not
found on this server.

RSC. EMPRENDEDORES SOCIALES BUSCAN FINANCIACIÓN A TRAVÉS DE 'SHIP2B'

23/06/2015 SERVIMEDIA

'Ship2B', fundación representada por líderes del entorno empresarial y social, ha presentado los 17 proyectos que participarán en la segunda edición del programa de aceleración de 'startups' sociales B-Ready 2015. Estos, que prácticamente doblan a los nueve que fueron seleccionados en 2014, recibirán asesoramiento y seguimiento por parte de 'Ship2B' con el objetivo de profesionalizarlos y hacerlos rentables dentro de su compromiso con el impacto social.

Entre estos proyectos, salud es el sector más predominante con hasta cinco iniciativas -Cébiotex, Dexeus, MyBeweeg, SmartBrain 3.0 y Dexa1 Cuidar-, seguido de alimentación -Spooky Toons, CaliCity, Bio Bio y EcoRegión-, educación - Educumentals, A Mi Ritmo- y otros ámbitos de actuación como la reinserción laboral, el turismo, la eficiencia energética y el acceso a la vivienda. Todos ellos han sido seleccionados entre más de 100 solicitudes recibidas y se desarrollarán durante un periodo de cinco meses.

"La convocatoria de este año ha sido todo un éxito, ya que no sólo hemos gestionado más solicitudes sino que también hemos percibido un aumento considerable en la calidad de todas las 'startups' que se han presentado", asegura el director general y cofundador de 'Ship2B', Xavier Pont, quien añade que "la incorporación de grandes compañías privadas como Danone, Revlon, Catalonia Hotels & Resorts, Guinot Puntnera, Morabanc y Suara, entre otras, junto a su voluntad de acelerar proyectos empresariales con impacto social que compartan sinergias sectoriales es lo que ha atraído propuestas muy válidas y disruptivas".

Claro ejemplo de ello es el proyecto seleccionado por Revlon, que ofrece un tratamiento de preservación de la fertilidad a las mujeres diagnosticadas de cáncer en colaboración con la Fundación Dexeus. "Hasta ahora, el tratamiento se aplica de forma gratuita a los pacientes del Hospital Universitario Quirón Dexeus, pero con la ayuda de Revlon se buscará la fórmula para cubrir toda la demanda y así ofrecer también este servicio a pacientes de otros centros hospitalarios", comenta Xavier Pont.

Paralelamente, 'Ship2B' continúa trabajando en su apuesta por cerrar alianzas estratégicas con otras grandes empresas de distintos sectores de actividad así como por abrir diferentes rondas de inversión con los proyectos empresariales que se presentarán el próximo 26 de noviembre con motivo de la jornada 'Invest in Impact', un evento exclusivo para 'business angels', fondos de inversión y grandes compañías que buscan invertir o simplemente impulsar startups con alto impacto social.



Comentarios

Actualmente no existen comentarios.

Esta noticia ha sido migrada a la hemeroteca

[Volver al listado](#)

Rsc. emprendedores sociales buscan financiación a través de 'ship2b'

MADRID, 19 (SERVIMEDIA)

'Ship2B', fundación representada por líderes del entorno empresarial y social, ha presentado los 17 proyectos que participarán en la segunda edición del programa de aceleración de 'startups' sociales B-Ready 2015. Estos, que prácticamente doblan a los nueve que fueron seleccionados en 2014, recibirán asesoramiento y seguimiento por parte de 'Ship2B' con el objetivo de profesionalizarlos y hacerlos rentables dentro de su compromiso con el impacto social.

Entre estos proyectos, salud es el sector más predominante con hasta cinco iniciativas Cebiotex, Dexeus, MyBeweeg, Smartbrain 3.0 y Deixat Cuidar, seguido de alimentación Spoony Toons, CeliCity, Bio Bio y EcoRegió, educación Educomunitats, A Mi Ritmo y otros ámbitos de actuación como la reinserción laboral, el turismo, la eficiencia energética y el acceso a la vivienda. Todos ellos han sido seleccionados entre más de 100 solicitudes recibidas y se desarrollarán durante un periodo de cinco meses.

La convocatoria de este año ha sido todo un éxito, ya que no sólo hemos gestionado más solicitudes sino que también hemos percibido un aumento considerable en la calidad de todas las startups que se han presentado, asegura el director general y cofundador de 'Ship2B', Xavier Pont, quien añade que la incorporación de grandes compañías privadas como Danone, Revlon, Catalonia Hotels & Resorts, Guinot Prunera, MoraBanc y Suara, entre otras, junto a su voluntad de acelerar proyectos empresariales con impacto social que compartan sinergias sectoriales es lo que ha atraído propuestas muy válidas y disruptivas.

Claro ejemplo de ello es el proyecto seleccionado por Revlon, que ofrece un tratamiento de preservación de la fertilidad a las mujeres diagnosticadas de cáncer en colaboración con la Fundación Dexeus. Hasta ahora, el tratamiento se aplica de forma gratuita a los pacientes del Hospital Universitario Quirón Dexeus, pero con la ayuda de Revlon se buscará la fórmula para cubrir toda la demanda y así ofrecer también este servicio a pacientes de otros centros hospitalarios, comenta Xavier Pont.

Paralelamente, 'Ship2B' continúa trabajando en su apuesta por cerrar alianzas estratégicas con otras grandes empresas de distintos sectores de actividad así como por abrir diferentes rondas de inversión con los proyectos empresariales que se presentarán el próximo 26 de noviembre con motivo de la jornada Invest in Impact, un evento exclusivo para 'business angels', fondos de inversión y grandes compañías que buscan invertir o simplemente impulsar startups con alto impacto social.

(SERVIMEDIA)

19-JUN-15

JAL/gja

PUBLICIDAD

Informe sobre las elecciones en EEUU, conoce las claves para proteger tu cartera de acciones.
Con GKFX recibe €300 de reembolso. Solicítelo Ya!

RSC. EMPRENDEDORES SOCIALES BUSCAN FINANCIACIÓN A TRAVÉS DE 'SHIP2B'

19/06/2015 - www.teinteresa.es, MADRID

'Ship2B', fundación representada por líderes del entorno empresarial y social, ha presentado los 17 proyectos que participarán en la segunda edición del programa de aceleración de 'startups' sociales B-Ready 2015. Estos, que prácticamente doblan a los nueve que fueron seleccionados en 2014, recibirán asesoramiento y seguimiento por parte de 'Ship2B' con el objetivo de profesionalizarlos y hacerlos rentables dentro de su compromiso con el impacto social.

Entre estos proyectos, salud es el sector más predominante con hasta cinco iniciativas -Cebiotex, Daxeus, MyBeweeq, Smartbrain 3.0 y Deixa'l Cuidar-, seguido de alimentación -Spoonly Toons, CellCity, Bio Bio y EcoRegión-, educación -Educomunitats, A Mi Ritmo- y otros ámbitos de actuación como la reinserción laboral, el turismo, la eficiencia energética y el acceso a la vivienda. Todos ellos han sido seleccionados entre más de 100 solicitudes recibidas y se desarrollarán durante un periodo de cinco meses.

"La convocatoria de este año ha sido todo un éxito, ya que no sólo hemos gestionado más solicitudes sino que también hemos percibido un aumento considerable en la calidad de todas las 'startups' que se han presentado", asegura el director general y cofundador de 'Ship2B', Xavier Pont, quien añade que "la incorporación de grandes compañías privadas como Danone, Revlon, Catalonia Hotels & Resorts, Guinot Prunera, MoraBanc y Suara, entre otras, junto a su voluntad de acelerar proyectos empresariales con impacto social que compartan sinergias sectoriales es lo que ha atraído propuestas muy válidas y disruptivas". Claro ejemplo de ello es el proyecto seleccionado por Revlon, que ofrece un tratamiento de preservación de la fertilidad a las mujeres diagnosticadas de cáncer en colaboración con la Fundación Daxeus. "Hasta ahora, el tratamiento se aplica de forma gratuita a los pacientes del Hospital Universitario Quirón Daxeus, pero con la ayuda de Revlon se buscará la fórmula para cubrir toda la demanda y así ofrecer también este servicio a pacientes de otros centros hospitalarios", comenta Xavier Pont.

Paralelamente, 'Ship2B' continúa trabajando en su apuesta por cerrar alianzas estratégicas con otras grandes empresas de distintos sectores de actividad así como por abrir diferentes rondas de inversión con los proyectos empresariales que se presentarán el próximo 26 de noviembre con motivo de la jornada 'Invest in Impact', un evento exclusivo para 'business angels', fondos de inversión y grandes compañías que buscan invertir o simplemente impulsar startups con alto impacto social.

AL MINUTO

13:19 Foto 1 de Correa dice que regaló tres coches a Sepúlveda: dos Range Rover y un Jaguar

13:19 Correa dice que regaló tres coches a Sepúlveda: dos Range Rover y un Jaguar

13:19 Pulgemont viaja a París para explicar su hoja de ruta Independentista



LO MÁS

1 / 5

- 1 RSC. ORANGE ANIMA A PROFESORES Y ALUMNOS A PARTICIPAR EN EL CONCURSO 'LOS RECLAMATOR DE RECOGIDA DE MÓVILES EN EL AULA'
- 2 RSC. ARRANCA UNA NUEVA EDICIÓN DEL PROGRAMA DE VOLUNTARIADO AMBIENTAL DE GAS NATURAL
- 3 Ebay España y Alibaba analizarán el futuro del comercio 'online' en el Congreso Aecoc del Gran Consumo
- 4 Día y Eroski recurrirán la decisión de la AICA de abrir expediente sancionador por el acuerdo de compras
- 5 Citi insta a las telcos a abordar su transformación digital para competir con los 'Google'
- 6 Las grandes empresas no estarán en la agenda de May en su primera visita a España tras el 'Brexit'



Noticias



14/10/2016 14:31

RSC. Emprendedores sociales buscan financiación a través de 'Ship2B'

- Compartir
- Twitter
- LinkedIn
- Google+
- Enviar
- Imprimir
- Comentar

'Ship2B', fundación representada por líderes del entorno empresarial y social, ha presentado los 17 proyectos que participarán en la segunda edición del programa de aceleración de 'startups' sociales B-Ready 2015. Estos, que prácticamente doblan a los nueve que fueron seleccionados en 2014, recibirán asesoramiento y seguimiento por parte de 'Ship2B' con el objetivo de profesionalizarlos y hacerlos rentables dentro de su compromiso con el impacto social.

Entre estos proyectos, salud es el sector más predominante con hasta cinco iniciativas –Cebiofax, Dexeus, MyBeweeg, Smartbrain 3.0 y Deixa't Cuidar–, seguido de alimentación –Sporny Toons, CaliCity, Bio Bio y EcoRegió–, educación –Educomunitats, A Mi Ritmo– y otros ámbitos de actuación como la reinserción laboral, el turismo, la eficiencia energética y el acceso a la vivienda. Todos ellos han sido seleccionados entre más de 100 solicitudes recibidas y se desarrollarán durante un periodo de cinco meses.

"La convocatoria de este año ha sido todo un éxito, ya que no sólo hemos gestionado más solicitudes sino que también hemos percibido un aumento considerable en la calidad de todas las 'startups' que se han presentado", asegura el director general y cofundador de 'Ship2B', Xavier Pont, quien añade que "la incorporación de grandes compañías privadas como Danone, Revlon, Catalonia Hotels & Resorts, Guinot Prunera, MoraBanc y Suara, entre otras, junto a su voluntad de acelerar proyectos empresariales con impacto social que compartan sinergias sectoriales es lo que ha atraído propuestas muy válidas y disruptivas".

Claro ejemplo de ello es el proyecto seleccionado por Revlon, que ofrece un tratamiento de preservación de la fertilidad a las mujeres diagnosticadas de cáncer en colaboración con la Fundación Dexeus. "Hasta ahora, el tratamiento se aplica de forma gratuita a los pacientes del Hospital Universitario Quirón Dexeus, pero con la ayuda de Revlon se buscará la fórmula para cubrir toda la demanda y así ofrecer también este servicio a pacientes de otros centros hospitalarios", comenta Xavier Pont.

Paralelamente, "Ship2B" continúa trabajando en su apuesta por cerrar alianzas estratégicas con otras grandes empresas de distintos sectores de actividad así como por abrir diferentes rondas de inversión con los proyectos empresariales que se presentarán el próximo 26 de noviembre con motivo de la jornada 'Invest in Impact', un evento exclusivo para 'business angels', fondos de inversión y grandes compañías que buscan invertir o simplemente impulsar startups con alto impacto social.

You Tube Vídeos recientes YouTube 288

Últimos tweets

J. M. González Huesa @gmsalehuesa
Cuatro millones de personas realizan actividades de voluntariado en España [servimedia.es/Noticias/Detail... via @Servimedia](#)

Cuatro millones de personas realizan a...
Este viernes se cumple un año de la pro...
servimedia.es

[Insertar](#) [Ver en Twitter](#)

Últimas noticias

Servimedia 3439 Me gusta

Me gusta esta página

Sé el primero de tus amigos en indicar que le gusta esto:

Servimedia 1 h

Un informe de UNICEF España revela que cinco de cada seis niños menores de cinco años no come los alimentos necesarios indicados para su edad. Esta falta de alimentos nutritivos priva a estos niños de energía y condiciona la etapa más crítica para su desarrollo

[Leídas](#) [Me gusta](#)

GENÉTICA

Medicina regenerativa a través de tejido de cordón

REDACCIÓN

Una de las ventajas del almacenamiento de tejido del cordón es la mayor facilidad de obtención de células madre mesenquimales a través de un método no invasivo, frente a otras fuentes como médula ósea y grasa. Desde hace años se conoce el gran potencial del tejido de cordón umbilical en el tratamiento de diferentes patologías. Este contiene un tipo particular de células madre que poseen unas características únicas y con gran potencial para posibles aplicaciones en medicina regenerativa. Estas células,

Estas células tienen potenciales aplicaciones en DM1 y Parkinson



a diferencia de las de la sangre de cordón umbilical, tienen la capacidad de crear estructuras y tejido conectivo. Presenta potenciales aplicaciones en enfermedades como DM1, Parkinson, artritis, infartos cerebrales, fibrosis o lesiones de cartilago. Biocord fue la primera compañía autorizada por Sanidad para la recogida de tejido de cordón umbilical en España. El tejido del cordón umbilical sólo puede recogerse en mismo día del parto. El banco asociado a Biocord, se encuentra en el Reino Unido. Es el único banco privado en Europa en tener la posibilidad de certificar sus kits con la marca CE.

SALUD DE LA MUJER

¿Por qué no me quedo embarazada?

Tras 12 meses de intentos es conveniente realizarse un estudio de fertilidad para analizar las causas que impiden el embarazo

A.S.

Napoleón Bonaparte dijo que la victoria es del más perseverante. ¿Pero qué pasa cuando la perseverancia no es suficiente? Cada vez son más las parejas que intentan tener un hijo pero, pese a la ilusión, no logran el embarazo. Los estudios de fertilidad son una evaluación completa de las diferentes causas que pueden impedir la gestación. Afortunadamente, la medicina reproductiva actual permite que prácticamente cualquier mujer pueda conseguir el embarazo deseado.

Seguramente muchas personas se preguntan cuándo es conveniente acudir a una consulta de fertilidad. Se considera que una pareja sana debería lograr el embarazo antes de los 12 meses. Si pasado este tiempo todavía no se ha logrado, se debe analizar qué impide la gestación. Existen factores como la edad de la mujer que condicionan la fertilidad. Por ello, Buenaventura Coroleu, jefe del servicio de medicina de la reproducción de Salud de la Mujer Dexeus, apunta que por encima de los 36 años, debido a que la reserva ovárica se habrá visto reducida, no se debe esperar un año para realizar un estudio de fertilidad, sino únicamente seis meses. Aunque, señala, "no se puede ser categórico, ya que influyen diversos aspectos. La medicina no es matemática pura". Si la mujer, por ejemplo, lleva cuatro o cinco meses intentándolo pero su madre tuvo una menopausia precoz, debe adelantarse el estudio, o tras una intervención de endometriosis u otras patologías ginecológicas. "Existen una serie de condiciones que obligarán a empezar el estudio de manera urgente", asegura Coroleu. Cada vez es más frecuente que algunas parejas sanas decidan realizarse este estudio para conocer su fertilidad y así poder esperar o hacer una congelación de óvulos. "Se debería promover estos estudios de manera preventiva, sobre todo si se plantea retrasar el embarazo por encima de los 36 años", subraya Coroleu.

El análisis del esperma masculino, el estudio de ovulación femenina y la valoración de la reserva ovárica de la mujer son tres pruebas básicas que se realizan a cualquier pareja que acude a una consulta de fertilidad. En función del resultado, se realizarán otras pruebas específicas. Las trompas de falopio, que unen la matriz con el ovario, por ejemplo, se valoran en función del resultado de las pruebas iniciales. "Si hay un problema grave del esperma ya no haría falta realizar un estudio previo de



Un 25% de los casos se diagnostican como idiopáticos, es decir, sin causa conocida.

Por encima de los 36 años no se debe esperar un año para realizar un estudio de fertilidad

las trompas de falopio", explica este especialista. "Se debe ir paso a paso para realizar las pruebas indispensables y evitar otras innecesarias", añade. Si el problema es del esperma masculino, se realizará un estudio para descartar complicaciones como infecciones en las vías urinarias y seminales, un problema genético o varices a nivel del escroto, entre muchas otras causas. Si la mujer tiene un mioma o algún pólipo, se debe realizar diversos controles para valorar la matriz a nivel interno y descartar problemas de implantación del embrión.

Lo más habitual es padecer defectos en la calidad del esperma, en las trompas de falopio o en la ovulación. Si la causa se encuentra en una infección de las vías seminales, se propo-

drá tratamiento antibiótico específico, si se debe a una baja producción espermática se puede realizar un tratamiento hormonal y si el problema es de las trompas se aconseja una fecundación in vitro.

Pero no siempre se encuentra respuesta ante un problema de fertilidad. Un 25% de los casos se diagnostican como idiopáticos, es decir, sin causa conocida. Afrontar este diagnóstico puede ser complicado para muchas parejas. Por ello, asegura Coroleu, "es importante orientar a estos pacientes hacia técnicas que optimicen la fertilidad de la pareja, ya sea una inseminación artificial o una fecundación in vitro, en función de los factores de la pareja". A veces no existe ningún problema fisiológico, sino que la mera obsesión por lograr el embarazo es la causa que lo impide. Y es que el estrés o la ansiedad pueden afectar negativamente. "Seguramente no serán causa de infertilidad, pero si un motivo de reducción del potencial", explica este ginecólogo. En estos casos se aconseja una visita al psicólogo, para que proporcione las herramientas adecuadas para controlar los niveles de estrés y ansiedad, y el uso de técnicas como la acupuntura.

SER MADRE ESTÁ EN TU MANO

Inicia tu tratamiento de reproducción con nosotros y te regalamos la 1ª visita.

Salud de la mujer
Dexeus

Infórmate o pide hora:
93 227 47 27
www.dexeus.com

Síguenos en: Facebook, Twitter, Instagram, YouTube, LinkedIn



SALUD FEMENINA

Calcificaciones mamarias que hay que controlar

No se notan al tacto ni provocan ningún síntoma y se descubren al realizar una mamografía. Aunque suelen ser benignas, en ocasiones el médico decide seguir de cerca su evolución, pues pueden ser un signo de futuro cáncer de mama



DR. RAFAEL FABREGAS
Gin. oncológica y
Mastología, Salud
de la Mujer Dexeus

Las microcalcificaciones son las lesiones no palpables más frecuentes de la mama. Se trata de diminutos depósitos de calcio en su tejido que se observan en la mamografía en forma de pequeños puntos blanquecinos. No provocan ningún síntoma, por lo que se trata de un problema que se diagnostica (y ocurre frecuentemente) al realizar la mamografía.

• **¿Son peligrosas?** En sí mismas no son peligrosas (la mayoría de las que se encuentran en mamografías reflejan una causa benigna), aunque a veces son indicadores de que algo está

ocurriendo y es necesario hacer más pruebas. Por ejemplo, en algunos casos concretos pueden ser un signo de cáncer de mama.

LAS CAUSAS DE SU APARICIÓN

Aunque se trate de acúmulos de calcio, el que consumimos o tomamos en medicamentos no está tras las calcificaciones en la mama. Suelen surgir por cambios en la mama inherentes a los distintos estadios evolutivos por los que transcurre la glándula mamaria a lo largo de la vida de la mujer.

• **Por ejemplo,** en la juventud es habitual que surjan calcificaciones de secreción láctea. Mientras que a los 50 es fácil que se deba a la acumulación de secreción en los conductos o en quistes de la mama. También pueden darse por calcificaciones vasculares, cutáneas...

CÓMO SE SABE SI SON SOSPECHOSAS

Las microcalcificaciones suelen ser benignas y en ese caso no requieren un

DESCARTAR EL CÁNCER DE MAMA

La prueba que detecta su presencia

• **La mamografía es la técnica radiológica** dedicada al estudio de la mama. Esta técnica de imagen es especialmente importante en el diagnóstico de las microcalcificaciones, que pueden

constituir un signo precoz del cáncer de mama, y son difícilmente o no detectables por otras técnicas de imagen, tales como la ecografía y resonancia magnética. Así, la mamografía es el

método de imagen básico e imprescindible en el diagnóstico de la patología mamaria y el único reconocido como técnica para detectar el cáncer de mama de forma precoz.

DIRECTO Sigue en EL PAÍS VÍDEO la rueda de prensa de la vicepresidenta en funciones tras el Consejo de Ministros »

SALUD >

6 mentiras que están impidiendo su embarazo (y alguna que otra verdad)

Ni los 40 son los nuevos 30 ni hay posturas que favorecen la gestación. Sin embargo, que él vista pantalón ajustado nunca fue una buena idea

ÁNGELES GÓMEZ LÓPEZ

7 JUL 2015 - 08:58 CEST



Tener hijos o no tenerlos es una de las decisiones más importantes en la vida de las personas, y con el mismo empeño que unos buscan [procrearse](#), los otros se suman a las filas del movimiento *childfree* (sin hijos por elección). Con independencia de lo que decida, se imponen dos realidades: en la década que va de 2003 a 2013, cada año han nacido menos niños en España (en 2013, hubo 425.390 nacimientos, frente a los 441.881 alumbramientos de 2003), según el [INE](#). Pero, a tenor de los últimos datos, [durante el primer semestre de 2015](#), por

Q ES EDICIÓN IMPRESA VERSIÓN MÓVIL INICIAR SESIÓN REGISTRATE

SANTIAGO **La Voz de Galicia** f 124 t 6 g+ 2

PORTADA GALICIA EDICIÓN SANTIAGO

«En Galicia es donde más ha avanzado la medicina genómica»

• Explicó en el IDIS el proyecto catalán que estudia 10.000 genomas de mujeres

JOEL GÓMEZ. santiago / la voz, 10 de julio de 2015. Actualizado a las 04:00 h.



AMPLIAR IMAGEN

El interés en la medicina genómica para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades, se refleja en proyectos como el estudio de 100.000 genomas [el conjunto total de genes de un organismo o una especie] en el Reino Unido, o de un millón de genomas en Estados Unidos, afirma Xavier Estivill. Este genetista catalán, reconocido como autoridad internacional, explicó ayer en el Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago (IDIS) una iniciativa catalana para estudiar 10.000 genomas de mujeres, en el Centro Dexeus, donde es jefe de la Unidad de Medicina Genómica. También lidera el Grupo Genómica y Enfermedades del Centro de Regulación Genómica de Barcelona.

-¿Qué objetivo tiene estudiar 10.000 genomas de mujeres?

-Desconocemos muchos aspectos de la biología de la mujer, y ese estudio nos permitirá entender mejor muchas patologías. Es un proyecto privado, con aportación de una serie de fundaciones, sin financiación pública. Creo que será el proyecto genómico más ambicioso en España.



Montserrat Boda, presidenta de Asebi.

Agustín Ballesteros, presidente de SEF.

Satisfacción por el RD de reproducción asistida

Los presidentes de Asebi y SEF confían en que esta vez sí prospere el registro de gametos y preembriones

MADRID
A. A. PLAZA / A. GÓMEZ
@medicinasanidad

Agustín Ballesteros, presidente de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) y director de la Clínica IVI de Barcelona, y Montserrat Boda, presidenta de la Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción (Asebi) y del Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona, han mostrado a DM su satisfacción por el borrador de real decreto sobre regulación en reproducción asistida que Sanidad ha vuelto a poner en circulación.

Como contó DM, el texto ha sido remitido al Consejo Consultivo del Interior, al inchepe la puesta en marcha del registro nacional de gametos y preembriones y los criterios para seleccionar y evaluar las donaciones de células reproductoras.

DESDE 1988... Ballesteros recordaba que la primera ley de reproducción asistida en España, de 1988, ya contemplaba la creación de este registro, y confía en que "por fin ahora vaya en serio" su desarrollo: "Depende de la Administración, pero esperamos que sea una realidad. Los profesionales queremos que regulemos y que esté corre-

to". Al respecto, Boda añadió que la norma no solo regularía el registro, sino muchas otras obligaciones contempladas en leyes europeas que España aún no habría traspuesto: "inspecciones, informes sobre efectos adversos, registros, regulación de publicidad, transparencia...".

Según señaló el presidente de la SEF, el Ministerio se ha puesto en contacto con la sociedad "de forma extraordinaria" para informarle de forma transparente. "Según señaló el presidente de la SEF, el Ministerio se ha puesto en contacto con la sociedad "de forma extraordinaria" para informarle de forma transparente. "No es la primera vez que se apunta esta posibilidad y luego no sale; quiero confiar que esta vez será una realidad, pero tengo que verlo". Adirtió de que, como ha pasado en años anteriores, un cambio en el Gobierno podría frenar, acelerar o modificar el trámite de la normativa, y añadió: "No es una decisión que deba depender del ministro de turno, sino de adaptarse a la normativa europea, que exige la regulación de la actividad".

CONVERGIR CON EUROPA Igual de prudente se mostraba Boda: "El problema no es hacer la norma, sino desarrollarla e implantarla". Cree que, tras años de retraso, "debemos converger ya con la Unión Europea

y su regulación, mejorando inspecciones, seguridad y evaluación de este tipo de donación. Si no demostramos que trabajamos correctamente, habrá perjuicios para los centros de reproducción asistida por falta de acreditaciones y de reconocimiento internacional". En su opinión, es hora de que la donación de células reproductivas, ámbito en el que España cojea, "se equipare en importancia a la de órganos", donde España es líder mundial.

Ballesteros considera que la edad límite contemplada en el borrador para que una mujer done óvulos, 35 años, "es correcta y debe cumplirse", aunque matiza que "no hay argumentos para reducir la edad de donación, quizá sí para aumentarla. Bajo determinadas condiciones se podría donar a mayores edades; hoy hay técnicas que permitirían la donación para mujeres mayores si se pudiese analizar el embrión y se demuestran que son buenos. Clínicamente no habría impedimento para utilizar óvulos de mujeres mayores de 35 años".

En su opinión, es un caso más de cómo "la ley suele ir por detrás de la ciencia", en este caso de manera flagrante, con décadas de vacío legal en España.

GESTIÓN

Sacyl: portal digital para investigadores

La plataforma servirá para conectar a los profesionales y hacer una foto de los recursos

MALASQUEN
A. SEGALAS
@medicinasanidad

La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León ha abierto un portal digital como "punto de encuentro" de todos los investigadores de la comunidad con el objetivo "de mostrar una foto de los recursos que tiene la autonomía, qué equipos están investigando las diferentes patologías y poner en contacto a los profesionales", según ha explicado a DM Mónica Robles, jefa del Servicio de Investigación de la Gerencia Regional de Salud Sacyl.

"Queremos conectar a los profesionales, así si un investigador está trabajando en obesidad puede entrar en el portal y buscar qué equipos están en esa línea y ponerse en contacto con ellos, ya que figuran los correos electrónicos o teléfonos", remarca Robles.

NUEVO PORTAL A este espacio comunicativo se puede acceder a través del portal de salud de Sacyl (sección profesionales), e incluye diversos servicios como, por ejemplo, un mapa interactivo de recursos sanitarios. Con él se puede conocer,



Página principal del nuevo portal de investigación de Sacyl.

en una sola imagen, la localización de todos los puntos clave de la investigación en la comunidad: biobancos, unidades de investigación, institutos, clusters, campos de excelencia... Asimismo, el gráfico permite pinchar en cada uno de los recursos y acceder a una ficha informativa que ofrece los datos básicos de éste como el contacto, web y la temática de trabajo.

Además, la nueva herramienta cuenta con un listado que reúne todos los proyectos en activo en un solo repositorio, evitando así la necesidad de consultar cada una de las resoluciones y convocatorias oficiales para conocer cuáles son las líneas de investigación abiertas en Castilla y León. Aquí el usuario puede consultar

también cómo acceder a los integrantes de cada equipo investigador y los resultados obtenidos por él, simplificando así la posibilidad de que todos los interesados puedan colaborar con ellos si lo desean.

INVESTIGACIÓN Las unidades de investigación de los distintos centros de Sanidad Castilla y León tienen también su espacio dentro del portal, con el fin favorecer de este modo su visibilidad. Lo mismo sucede con el Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (Ibsal), que tiene su propio acceso directo en el portal en reconocimiento a su papel como primer instituto acreditado de la comunidad castellano-leonesa.

Madrid: el Laboratorio Central obtiene la certificación 15.189

MADRID
REDACCION

El Laboratorio Clínico Central IIS La Paz, dependiente de la Consejería de Sanidad de Madrid y ubicado en el Hospital Infantil Sofía, ha obtenido la certificación de la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) bajo la norma UNE ISO 15189:2013, específica para este tipo de recursos sanitarios. Según Fernando Cava, di-

rector médico del laboratorio, "es un logro de todos los profesionales que trabajan en DR Salud, y que ofrecemos a los seis hospitales a los que damos servicio, a su personal y a los ciudadanos". La Norma 15189:2013 marca una diferencia, no sólo por ser un sistema de gestión de la calidad específico para los laboratorios clínicos, sino porque acredita la competencia técnica. La obtención de la acreditación se planteó por fases, debido a la amplitud y complejidad del catálogo, pero en la primera, y más ambiciosa, se decidió acreditar procesos clave (preanalítica) y técnicas tanto del laboratorio como de alta complejidad, de forma que el alcance cubriera el mayor volumen de actividad posible.

ONCOLOGÍA

La inmunoterapia, alternativa de tratamiento en algunos cánceres

Diferentes estudios demuestran que, en el tumor de pulmón, supondría mayor supervivencia y mejor calidad de vida

S.L.

“Era el sueño de todos, ver algún día que el sistema inmunológico del paciente reconociese al tumor como algo extraño y lo atacase”, afirmaba el reconocido oncólogo José Baselga, durante el Congreso de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) celebrado en el año 2013. Un sueño que cada vez es más real y no sólo en el melanoma —cáncer donde ya está aprobado el uso de la inmunoterapia— sino además en otros cánceres como el de pulmón. “Los estudios están demostrando que la inmunoterapia en pacientes con este tipo de tumor ayudará no sólo a que vivan más tiempo, sino a que vivan mejor”, apunta Pablo Martínez, experto en cáncer de pulmón de la Clínica Diagonal de Barcelona. Según diferentes estudios, mientras que con la quimioterapia la supervivencia de los tumores de pulmón escamoso (30-40% de los casos) es de un 24%, aplicando inmunoterapia esta supervivencia consigue aumentarse hasta un 42%. “Sin olvidar que esta terapia soporta mucho mejor que los convencionales tratamientos”, añade el oncólogo Pablo Martínez. El gran inconveniente es que, a pesar de que la Agencia Europea de Medicamento ya ha presentado dictámenes favorables, su uso aún no ha sido aprobado. Para ello, predice el especialista Martínez, deberemos esperar entre un año y medio y dos. En este sentido, reivindica, “tenemos que



Actualmente los tratamientos se administran por vía endovenosa.

agilizar los mecanismos que permitan poner a disposición de los enfermos los tratamientos en la menor brevedad posible”. Donde sí se ha aprobado el uso de la inmunoterapia ha sido en el melanoma, uno de los cánceres más agresivos, como indica José María del Campo, coordinador de oncología médica también de la Clínica Diagonal, uno de los tumores donde hasta ahora no había otra alternativa eficaz para tratarlo. “En melano-

La inmunoterapia se basa en estimular la capacidad que tiene el cuerpo para combatir el cáncer

ma teníamos muy pocas opciones de tratamientos. Gracias a la inmunoterapia hemos pasado de la noche al día”, afirma. Y es que son muchas las investigaciones que demuestran los beneficios que aporta esta terapia en este tumor. Además, un estudio presentado en el último congreso de la ASCO, no sólo ratificó las ventajas de la inmunoterapia, sino que además demostró que la combinación de dos fármacos concretos (ipilimumab y nivolumab) presentaba mejores resultados que la administración de dichos medicamentos por separado. “Para demostrar la eficacia de un fármaco, los especialistas nos basamos no sólo en que disminuya el tamaño del tumor, sino que nos fijamos más en la supervivencia libre de progresión, es decir, el tiempo que tarda el tumor en volver a crecer mientras el paciente se está tratando”, explica el especialista José María del Campo. En este sentido, concretamente, con dicha combinación el paciente puede llegar a ganar entre cuatro y ocho meses de tiempo sin que la enfermedad progrese. Además, añade del Campo, “hay subgrupos de pacientes que se benefician aún más. Y es que

cuantos más receptores PD-L1 estén presentes en el tumor, más fácilmente va a actuar el fármaco”. La inmunoterapia se basa en la capacidad que tiene nuestro propio cuerpo para combatir gérmenes o elementos que no son propios del organismo. Actualmente los tratamientos se administran por vía endovenosa. Ipilimumab, nivolumab y pembrolizumab son los tres fármacos más utilizados. Actúan bloqueando el eje receptor PD-L1 (en la célula tumoral) o el receptor PD-1 (en el linfocito T), permitiendo que los linfocitos T hagan su misión, que es proteger al cuerpo de agentes extraños. De este modo, pueden actuar tanto en el receptor de la célula tumoral (PD-L1) como en el receptor que está en el linfocito T (PD-1). Una estrategia que al bien y se usa para tumores como en el de melanoma, su uso podría extenderse a otros tipos de cánceres. “Hay otros tumores, como el de ovario, de cuello uterino o linfomas, entre otros, donde ya hay evidencia de que este tipo de tratamiento será eficaz, pero son datos que aún deben confirmarse”, indica José María del Campo. “Muchos profesionales creemos que sin duda será una terapia biológica en el futuro”, concluye su compañero Pablo Martínez.

www.imor.org



SALUD DE LA MUJER

No sólo la mamografía detecta cáncer de mama

A.S.

En cuanto a salud se refiere, el cáncer de mama, por su alta incidencia, es una de las principales preocupaciones de la mujer. Aunque la mamografía es la prueba de cribado poblacional por excelencia, existen otras como la ecografía mamaria y, en menor medida, la resonancia magnética que, aunque menos frecuentes, también representan una herramienta clave en el diagnóstico de este cáncer. Cada una de ellas tiene unos usos determinados. Técnicamente, la mamografía es una prueba que se basa en una radiografía y la ecografía en los ultrasonidos. La primera es la única que ha demostrado científicamente una reducción en la mortalidad del cáncer de mama ya que permite realizar un diagnóstico precoz. Es una técnica de cribado poblacional en mujeres a partir de los 50 años, aunque su uso es más debatido entre los 40 y 80 años. Belén Ubeda, radióloga de la unidad de diagnóstico ginecológico por la imagen de Salud de la Mujer Dexeus, asegura que algunas asociaciones como las americanas de radiología y cáncer la recomiendan incluso antes. “Nosotros aconsejamos una mamografía anual a partir de los 40 años”, apunta. Esta técnica de imagen tiene una sensibilidad más alta sobre todo en la detección de microcalcificaciones, que no se ven por ecografía y pueden ser uno de los síntomas más precoces de cáncer de mama.

La ecografía es la técnica de elección en mujeres embarazadas o durante el periodo de lactancia

La ecografía, en cambio, se utiliza en casos seleccionados. Es útil, por ejemplo, en mamas muy densas, en las que es más difícil interpretar el resultado. “Con esta prueba se pueden detectar módulos que pueden quedar ocultos en la mamografía”, explica esta radióloga. Son mujeres que suelen presentar una densidad glandular

alta. La ecografía también se utiliza si hay alguna alteración en la mamografía o si clínicamente la paciente tiene algún síntoma. Tras un tratamiento conservador, el control posterior es esencial para evitar la recidiva. Además de la mamografía, Ubeda aclara que “a veces es necesario realizar también una ecografía para ser más precisos, ya que la zona de la cicatriz suele ser de difícil visualización”. La ecografía es, por tanto, una técnica complementaria. En cuanto a la resonancia magnética, generalmente se recomienda en casos muy concretos. “Está indicada en mujeres con cáncer de mama ya diagnosticado para valorar la extensión local/regional, es decir de la mama y los territorios ganglionares”. La resonancia se utiliza asimis-

mo como técnica de cribado únicamente en pacientes de alto riesgo, con un riesgo genético o familiar demostrado de más del 20%. La ecografía es la técnica de elección en mujeres embarazadas. “Durante la gestación se puede realizar una mamografía en casos necesarios con una protección abdominal”, afirma Ubeda. Durante la lactancia se produce un aumento en la densidad del tejido mamario que hace que resulte más complicado interpretar la imagen. “Algunas pacientes por encima de los 40 años con lactancias muy prolongadas necesitan realizarse una prueba de cribado. En estos casos optamos por realizar la mamografía con una ecografía complementaria”, aclara esta especialista.

SER MADRE ESTÁ EN TU MANO

Inicia tu tratamiento de reproducción con nosotros y te regalamos la 1ª visita.

Salud de la Mujer
Dexeus

Informate o pide hora:
93 227 47 27
www.dexeus.com

Regístrate en Dexeus Mujer @DexeusMujer DexeusMujer

1ª visita gratuita



Tres razones para CONGELAR TUS ÓVULOS... O NO

Por no tener pareja, por sufrir cáncer, por motivos laborales... Cada vez más mujeres deciden retrasar el momento de ser madre. La vitrificación permite posponerlo con la tranquilidad de que los ovocitos conservan la misma calidad que cuando se congelaron. Texto: Mamen Ruiz Puertas

El 67,6% de las españolas tienen su primer hijo entre los 30 y los 40. La decisión de postergar la maternidad afecta a la capacidad reproductiva, y la vitrificación es una alternativa para preservar la fertilidad. Autorizada en España desde 2006, permite extraer ovocitos y conservarlos hasta el momento en que la mujer decida intentar quedarse embarazada.

Antes, los ovocitos se congelaban lentamente y a la hora de utilizarlos había que desechar muchos. "Se formaban cristales que los hacían inservibles al descongelarse", explica Antonio Requena, director médico de las Clínicas IVI. Ahora "se pasa rápidamente de 22 °C a -196 °C, se preservan en nitrógeno líquido con crioprotectores, y pueden aprovecharse más del 95%". Tras la desvitrificación, su calidad es idéntica a la de un ovocito fresco, asegura Buenaventura Coroleu, jefe de Medicina de la Reproducción de Dexeus de Barcelona. Si congelas tus ovocitos a los 30 y decides utilizarlos a los 40, su calidad es la del momento en que te los extrajeron: una década antes. María tiene 37 años y se hizo la vitrificación hace tres. "Mi pareja y yo vivimos en diferentes ciudades y comencé a agobiarme." Aunque su

relación es estable, de momento no se anima a ser madre. "Si lo decido antes de los 39 lo intentaré de manera natural; entre los 40 y los 42 los desvitrificaré. Más allá de esta edad no creo que los utilice." En las Clínicas IVI se practicaron 350 vitrificaciones en 2014 por motivos sociales, como el de María.

Mamás post-cáncer. En casos de endometriosis o cáncer, los tratamientos son largos, muy agresivos y pueden anular o mermar la capacidad reproductiva. Dexeus Salud de la Mujer fue pionero en España, en 2007, en conseguir que una mujer con cáncer de ovarios diera a luz el primer bebé fruto de la vitrificación.

Desde entonces, han vitrificado ovocitos de 152 mujeres con cáncer.

A Elisaber Diéguez le diagnosticaron cáncer de mama a los 32 años. La quimio y radioterapia esfumaban su sueño de ser madre. "Mi ginecólogo me explicó que podía vitrificar antes del tratamiento. Le estaré eternamente agradecida." Acaba de cumplir 36, ha superado la enfermedad y se está medicando con tamoxifeno, que provoca una menopausia inducida. Debe seguir tres años y medio más,

y hasta entonces no puede quedarse embarazada. "No sé si luego querré, pero la vitrificación me brinda una opción que antes estaba descartada." Ella anima a todas las mujeres jóvenes con cáncer, "es una bala en la cámara".

El precio. La vitrificación ronda los 2.700 €, más 400 € de la medicación para la estimulación ovárica (en Dexeus es gratuito para pacientes diagnosticadas de cáncer en el Hospital Quirón). Suele incluir el mantenimiento de los ovocitos entre 1 y 5 años; después tiene un coste anual de unos 300 €. Si decides desvitrificarlos, el precio es el de una in vitro: 4.000 - 5.000 €. Se puede hacer a partir de los 18 años (la media es

**PUEDES SER
MADRE A
LOS 40 CON
ÓVULOS
DE TUS 30**

37-38). La edad máxima para desvitrificar no está regulada, pero hay un acuerdo tácito entre los centros de reproducción asistida y la Sociedad Española de Fertilidad: 50 años. "Cuanto antes


vitrifiques tus ovocitos, mejor calidad tendrán y más posibilidades habrá de conseguir un embarazo. Lo ideal: antes de los 35", sostiene el doctor Requena. "El procedimiento no garantiza al cien por cien el embarazo, pero aumenta las expectativas", advierte Coroleu. 

FOTO: JULIA GROSSI / MODELO SWANNY VISSER © MODELWERK; BEBE: MAXIMILIAN WISSEL

SALUD FEMENINA

Síntomas de menopausia: alívalos con fitoestrógenos

Existen sustancias de origen vegetal que actúan en el organismo como si de hormonas femeninas se tratase. Cuando se presenta la menopausia pueden ser útiles para reducir los síntomas asociados a la disminución de estrógenos



DR. PASCUAL GARCÍA
Unidad de Menopausia de Salud de la Mujer Dexeus

En los últimos años se ha observado una creciente demanda de los fitoestrógenos por parte de la mujer para mejorar los síntomas vasomotores (entre la que se incluyen los sofocos y sudoración) que aparece en la menopausia. El motivo es que son percibidos como más naturales y por tanto más seguros.

POR QUÉ PUEDEN AYUDAR A LA MUJER

Los fitoestrógenos son sustancias de origen vegetal que poseen diversas propiedades biológicas. La más conocida es su capacidad

para actuar como estrógenos de baja potencia. Hasta hoy en día se han descrito más de 4000 fitoestrógenos, que se encuentran especialmente en legumbres, cereales y hortalizas, aunque la fuente más abundante de estas sustancias es la soja.

★ **¿Cómo actúan?** En estudios epidemiológicos, sobre todo de países orientales, se ha observado que el consumo de fitoestrógenos se traducía en una mejoría en la sintomatología climáctica. Eso sí, las revisiones de estudios científicos solo muestran efectos beneficiosos con el uso de isoflavonas cuando la sintomatología es leve o moderada, y siempre y cuando se trate con dosis adecuadas. Por ello, conviene siempre consultar con el ginecólogo.

LOS MÁS EFICACES

Dentro de los fitoestrógenos, el grupo más importante es el de las isoflavonas, de las cuales hay que destacar la genisteína y la daidzeína. Estas sustancias actuarían uniéndose al receptor de los estrógenos realizando

HAY QUE DIFERENCIARLO

¿Se pueden obtener de los alimentos?

Los complementos alimentarios con isoflavonas los regula la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. En ellos, a diferencia de lo que ocurre con las especialidades farmacéuticas,

no es preciso especificar la composición ni la dosis de fitoestrógenos. Por otro lado, con el "boom" de las isoflavonas de soja, se introdujeron en el mercado productos con esta leguminosa, como las bebidas

o los yogures de soja. Su consumo no tiene efectos terapéuticos, aunque pueden ser una buena opción para sustituir la leche de vaca en personas intolerantes a la lactosa o a las proteínas de la leche vaca.

SALUD FEMENINA

Evita que las hormonas afecten a tu aspecto

Durante la menopausia, el descenso hormonal puede afectar de distintos modos al aspecto de la mujer. Sin embargo, no hay que resignarse a sufrir cambios, ya que se puede revertir esta situación poniendo en práctica algunos sencillos hábitos de vida



DR. PASCUAL GARCÍA
Unidad Sueto
Pélvico. Salud de
la Mujer Dexeus

La llegada de la menopausia conlleva una reducción de las hormonas femeninas que, a su vez, puede generar consecuencias en el aspecto físico de la mujer: desde cambios en la piel hasta en el pelo o en el peso. Sin embargo, mantener unos hábitos saludables puede ayudar a contrarrestar esos efectos hormonales en nuestro cuerpo.

CÓMO EVITAR QUE LA PIEL SE DETERIORE

Con la caída de hormonas femeninas en la menopausia puede producirse una pérdida de elasticidad cutánea y cambios en la piel.

★ **Así lo notas...** La disminución del grosor de la epidermis provoca que la piel se vea más frágil y fina, mientras que la caída del colágeno provoca laxitud y arrugas en la cara. Durante esta etapa, la pérdida de colágeno en este tejido es de un 2% anual y es más rápida durante los 5 primeros años de la posmenopausia, en los que de media se pierde un 30% del colágeno total de la piel. Asimismo, es normal que disminuya el ácido hialurónico, lo que provoca pérdida de elasticidad, y se altera la síntesis de melanina, lo cual favorece la aparición de manchas cutáneas. Las alteraciones a nivel de los vasos sanguíneos de la dermis pueden provocar también un aspecto más pálido del rostro.

★ **Para contrarrestar estos efectos de la menopausia,** la clave está en el cuidado continuo de la salud en general y de la piel en particular: moderando la exposición solar, evitando el tabaquismo y la contaminación ambiental y manteniendo una dieta

TEN EN CUENTA TAMBIÉN

Controla tu pelo para que no cambie

◆ **Tras la menopausia,** por la caída de la producción de estrógenos se puede producir una pérdida progresiva de cabello, un adelgazamiento de las cejas o crecimiento de vello facial.


◆ **Pero si pierdes pelo** de forma repentina, conviene realizar un análisis de sangre para descartar niveles excesivos de andrógenos, alteraciones tiroideas o algún déficit de vitaminas y hierro.


◆ **Buenos hábitos.** Para evitar la caída del cabello, es necesario, además de mantener una dieta equilibrada, cuidar el descanso (durmiendo las horas necesarias) y evitar el estrés.

Endometriosis: guerreras contra el dolor y el silencio

Cuerpos

 Emilia Laura Arias Domínguez (<http://www.pikaramagazine.com/author/emilia-laura-arias-dominguez/>)

 10/09/2015

 6 Comentarios (<http://www.pikaramagazine.com/2015/09/endometriosis-guerreras-contra-el-dolor-y-el-silencio/#comments>)

Según la Asociación De Afectadas por la Endometriosis (ADAEC), más de dos millones de niñas y mujeres sufren esta dolencia en España, y sin embargo escasean las unidades médicas especializadas y la ayuda institucional. Expertas y afectadas atribuyen el calvario que pasan al retraso en el diagnóstico, y este a que es una patología de mujeres.



(<http://djd9pi028g05f.cloudfront.net/wp-content/uploads/2015/09/10092041/homenaje-marta-endometriosis.jpg>)

Concentración en denuncia de las muertes derivadas de la endometriosis*

Alicia Martínez Novillo tiene 34 años y ya ha sido operada 8 veces. Llevará de por vida una bolsa de colostomía porque le cortaron parte del intestino en una de esas intervenciones. Su enfermedad le ha hecho perder trabajos, parejas y ha deteriorado su calidad de vida. "Duele como si me clavaran agujas". Alicia tiene endometriosis, una enfermedad que consiste en el crecimiento anómalo del endometrio, del tejido del útero. El suyo es un caso de grado IV, severo. Lo normal es que se propague por la capacidad abdominal y otros lugares donde no debe estar, pero, según explica Pere Barri, jefe del equipo interdisciplinar que atiende a estas pacientes en el Instituto Dexeus de Barcelona, "puede llegar al pulmón, el recto, el hígado..." Se tarda unos siete años de media en diagnosticar esta enfermedad, aunque para algunas afectadas pueden pasar incluso décadas.

Más Siguiente blogs

Noticias de Salud

Un blog con noticias de actualidad relacionadas con el mundo de la salud. Novedades, encuestas, estudios. Con un sencillo lenguaje dirigido a todo el mundo. Y algunos consejos turísticos para pasarlo bien

martes, 29 de septiembre de 2015

Kersti Lundin, Presidenta de la ESHRE, ha inaugurado el curso académico del 18º Máster en Reproducción Asistida de Salud de la Mujer Dexeus y la UAB

Salud de la Mujer Dexeus ha celebrado este lunes la inauguración de la 18ª Edición del Máster de Biología de la Reproducción y Técnicas de Reproducción Humana Asistida que realiza conjuntamente con la Universidad Autónoma de Barcelona. El acto, celebrado en el Auditorio de Dexeus, contó con la presencia de la Dra. Kersti Lundin, Presidenta de la European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), la sociedad de reproducción asistida más relevante a nivel mundial, quien pronunció la conferencia inaugural, titulada "Aspectos fisiológicos de la selección embrionaria".

Gracias a la labor de profesionales como Lundin, su país, Suecia, se ha convertido en el territorio con más tradición en la transferencia de un único embrión, lo cual ha revertido en la reducción de embarazos múltiples tras reproducción asistida. "En Suecia tenemos las tasas de embarazo múltiple más bajas del mundo, alrededor del 5-6% y todo ello a pesar de que tenemos una de las tasas de natalidad más altas de Europa", ha afirmado la Dra. Lundin, y ha añadido: "los motivos son varios: el esfuerzo didáctico para explicar a las pacientes los beneficios de implantar solamente un embrión, un sistema público que cubre varios ciclos de reproducción asistida, y un entorno clínico en el que estamos aprendiendo y mejorando continuamente".

Publicado por Francisco Acedo en 11:32  [Recomendar esta entrada en Google](#)

Etiquetas: [Fundación Dexeus Salud de la Mujer](#), [mujer](#), [pacientes](#), [salud](#), [Técnicas de reproducción asistida](#)

No hay comentarios:

[Publicar un comentario en la entrada](#)

[Entrada más reciente](#) [Página principal](#) [Entrada antigua](#)

Suscribirse a: [Enviar comentarios \(Atom\)](#)

SALUD FEMENINA

Las pérdidas de orina se tratan y se solucionan

Todavía es un tema que causa cierto apuro reconocer en voz alta y esa es una de las principales razones de que muchas afectadas no lo resuelvan. La incontinencia afecta a 5 millones de españolas pero cuenta con tratamientos eficaces



DR. PERE BARRI SOLDEVILA
Responsable de la Ud. de Endometrosis de Salud de la Mujer Dexeus (Barcelona)

Son muchas las mujeres que conviven a diario con las pérdidas de orina. Según datos del Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI), 5 millones de españolas sufren este trastorno, que históricamente se ha vivido como un tabú. Romper con esta espiral de silencio y consultar con un especialista es esencial para solucionar un problema tan incómodo como evitable.

FACTORES QUE LA FAVORECEN

Pese a que esta dolencia puede afectar a cualquier mujer, hay ciertos factores

de riesgo a tener en cuenta. Algunos no pueden modificarse, como la edad, los cambios hormonales de la menopausia y el número de embarazos y partos, pero otros sí. Pregúntate si...

★ ¿Te sobran algunos kilos?

El sobrepeso y la obesidad provocan que los músculos del suelo pélvico deban soportar más presión, por lo que pueden debilitarse.

★ **¿Fumas?** La relación del tabaquismo con la tos crónica puede facilitar la aparición de la incontinencia.

★ **¿Haces deporte?** Llevar un estilo de vida activo es positivo, pero hay que tener en cuenta que ciertos ejercicios, como las clásicas abdominales, pueden debilitar el suelo pélvico al aumentar la presión sobre los esfínteres.

¿CÓMO ES TU INCONTINENCIA?

Existen distintos tipos de incontinencia urinaria. Los más comunes son:

★ **De esfuerzo.** La pérdida de orina coincide con la actividad física abdominal como por ejemplo reír o toser. Este tipo de incontinencia pue-



Llevar un diario

puede ser de gran ayuda

◆ **Registrar la frecuencia** de los escapes y otros síntomas asociados a las pérdidas en un diario es útil para detectar ciertos hábitos que pueden agravar el trastorno. Por ejemplo, tras revi-

sar el diario miccional el médico puede darse cuenta de que la afectada bebe mucho líquido por la noche, o que suele tomar alimentos picantes, cítricos, té y café... lo que favorece las pérdidas de orina.

de venir provocada por el embarazo y el parto, ciertas prácticas deportivas, el envejecimiento, la menopausia o la herencia familiar.

★ **De urgencia.** Las pérdidas se producen debido a que se siente, de repente, un fuerte deseo de orinar.

★ **Por rebosamiento.** En este tipo de incontinencia se tiene la sensación de que la vejiga está siempre llena, y las pérdidas se manifiestan en forma de goteo.

ASÍ DEBES ACTUAR

Se calcula que una de cada tres afectadas no acude al médico por vergüenza. Un grave error porque acudir al especialista ante los primeros signos del problema es de una importancia capital, ya que la detección precoz permite realizar un tratamiento más simple y, probablemente, con más garantías de éxito.

★ **Una vez diagnosticado** el trastorno, el médico puede proponer un tratamiento conservador, que cuenta con

dos fases: la administración de fármacos especializados y llevar a cabo actividades rehabilitadoras.

★ **En la rehabilitación** se incluye desde la reeducación miccional hasta movimientos para fortalecer el suelo pélvico (mediante sencillos ejercicios como los de Kegel), así como proponer un cambio de hábitos.

LOS CASOS GRAVES TAMBIÉN SE TRATAN

Cuando las medidas anteriores no solucionan el problema se procede a un estudio urodinámico para evaluar el funcionamiento del esfínter y de la vejiga. Esto permite afinar el diagnóstico y probar distintas alternativas no invasivas antes de llegar a la última opción, la cirugía.

★ **Lo más frecuente** en los casos en los que hay que operar es colocar una pequeña malla debajo de la uretra. Gracias a ella se evita la salida involuntaria de la orina. ■

TOMA NOTA

¿Cada cuánto vas al baño?

◆ **Si vas muy poco** porque estás atareada y prefieres posponer la micción hasta hacer un parón en tu actividad, debes saber que este hábito puede favorecer la aparición de la incontinencia.

◆ **La vejiga sufre** al aguantarse las ganas de ir al baño, porque se distiende y esto aumenta el riesgo de que la zona pierda tono muscular y elasticidad. Esto aumenta el riesgo de sufrir pérdidas.

◆ **Ir muy a menudo** tampoco te conviene. Si lo haces favoreces que la vejiga se acostumbre a no retener cantidades normales de líquido, aumentando cada vez más las ganas de ir al baño.

FARMACIA DE GUARDIA

Del hospital a la farmacia

Uno de los ámbitos competenciales que últimamente está defendiendo con más firmeza la farmacia es el que se refiere a los medicamentos hospitalarios que reciben los pacientes que no están ingresados. Algunos de estos fármacos no requieren de un especial control médico en el momento de su uso, por lo que podrían ser suministrados al enfermo en su farmacia más cercana, puesto que sus profesionales tienen la formación y la capacidad necesaria para hacerla.

La principal ventaja de esta medida sería facilitar el acceso a éstos, evitando así que el enfermo tenga que desplazarse al hospital, en ocasiones alejado de su domicilio. Además, el hecho de acercar el medicamento al ciudadano conlleva también una mejora del cumplimiento de las pautas fijadas por el médico respecto a las tomas. Y es que se estima que entre un 20 y un 50% de los pacientes crónicos no toman sus medicaciones como están prescritas por su médico.

Una reciente resolución aprobada por unanimidad por el Parlamento de Cataluña para el desarrollo de la farmacia comunitaria insta al Gobierno autonómico a trabajar por "la dispensación de un mayor número de medicamentos de uso hospitalario, mediante la farmacia comunitaria, concretamente en el caso de los medicamentos que no requieran de un seguimiento clínico en su dispensación, con el fin de garantizar que los pacientes que los necesitan puedan acceder a ellos cerca de su casa o lugar de trabajo".

La falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos es de un 20-50% en nuestro país

Más veces se han unido recientemente a esta petición. Una de ellas es Jesús Aguilar Santamaría, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, que en la I. Jornada Profesional de Distribución Farmacéutica celebrada el pasado 23 de septiembre defendió que los pacientes puedan acudir a su farmacia y evitarse así ir al hospital. Una petición a la que también se han sumado especialistas del sector como el presidente de la entidad que representa a las distribuidoras farmacéuticas, Fedifar o José Ramón Yagüe, director del Departamento de Relaciones con las Comunidades Autónomas de Farmindustria, "no tiene sentido que en Francia fármacos innovadores y de elevado precio se distribuyan desde las farmacias comunitarias y en España", apuntó José Ramón Yagüe.



SALUD DE LA MUJER

Menos inseguridades en madres de más de 40 años

El deseo de maternidad suele estar más interiorizado y la aceptación del embarazo es, por lo tanto, muy positiva

S.L.

Ben conocidos son los inconvenientes de querer ser madre a partir de los 38 años, y la caducidad de la fertilidad es uno de los principales. No obstante, las circunstancias sociales han obligado a que muchas mujeres deban postergar su maternidad. Ellas deben saber que, a pesar de las dificultades que le marca la naturaleza, también existen aspectos positivos de ser madre a partir de los 38 años. Por lo general, las mujeres suelen mantener un mejor seguimiento durante el embarazo y acostumban a padecer menos inseguridades. "El deseo de maternidad lo tienen muy interiorizado y la aceptación del embarazo es muy buena", afirma Pedro Barri, director del departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción Asistida de Salud de la Mujer Dexeus. La incorporación de la mujer al trabajo, la difícil situación económica o sencillamente, la voluntad de querer crecer en otros aspectos antes de ser madre, ha hecho que muchas mujeres hayan querido postergar la decisión de tener hijos. La Fecundación In Vitro (FIV) con óvulos donados ha permitido a muchas de ellas que el reloj

Una carrera profesional establecida suele comportar una mayor seguridad económica

biológico no les condiciones su vida y que puedan decidir cómo y cuándo quieren ser madres. Actualmente, en España se realizan más de 80.000 ciclos de FIV cada año y según la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Fertilidad, ya son más de cinco millones de niños en todo el mundo los que han nacido gracias a esta técnica. Desde la primera menstruación, cada mes la mujer irá perdiendo reserva ovárica. Una pérdida que, además a partir de los 38 años se volverá más acelerada hasta que finalmente la agote por completo (45-50 años). Hace unos años, quedarse embarazada a partir de los 40 años parecía misión imposible. Ahora, sin embargo, gracias a técnicas de FIV con donación de óvulos más de la mitad lo consiguen. A pesar de que en España no existe límite de edad para someterse a técnicas



La incorporación de la mujer al trabajo ha hecho que muchas hayan querido postergar la decisión de tener hijos.

de reproducción asistida, el ginecólogo Pedro Barri advierte, "nosotros a partir de 50 años de edad intentamos no someter a la mujer a reproducción asistida, pues supone un riesgo considerable para ella". "La edad media de las pacientes de nuestra clínica -añade- está en 37,5 años".

En el centro Salud de la Mujer Dexeus, pionero en la aplicación de técnicas de Fecundación In Vitro (FIV) en nuestro país, entre un 25 y un 30% de las pacientes que se trata tienen más de 40 años. Más de la mitad de ellas consiguen quedarse embarazadas, concretamente, al final del proceso se logra éxito entre un 75 y un 80% de los

casos. A pesar del inconveniente biológico, existen algunas ventajas de ser madre en etapas más tardías. Al tener más años, por lo general se tiene una carrera profesional establecida y se cuenta con una mayor seguridad económica y con mejor flexibilidad laboral. Además, se supone que la preparación emocional por parte de los progenitores es mejor con el paso del tiempo. Algunas investigaciones incluso apuntan a que en madres más mayores sufren menos inseguridades tras el parto. "Saben lo difícil que ha sido conseguir ese embarazo y, por lo general, responden muy bien a su seguimiento. Están más motivadas", concluye Pedro Barri.

¡La vuelta al cole, con más ilusión que nunca!

Si este verano no ha podido ser, aprovecha este otoño para ganarte un embarazo: único, con un 5% de descuento en reactivos, tratamientos de reproducción y la FIV gratuita al lo largo o corto. ¡La mejor manera de empezar el curso!

¡Infórmate y pide hora en el 93 362 96 51

Facebook: dexeus.es Twitter: @dexeus.es YouTube: dexeus.es www.dexeus.com



PARA SU RECONSTRUCCIÓN

Cataluña pagará la cirugía de clítoris a las víctimas de ablación

ABC BARCELONA

La salud pública catalana ofrecerá la reconstrucción de clítoris a las mujeres que han sufrido la mutilación genital femenina (MGF), según informó ayer el gobierno de la Generalitat, que ha aceptado la propuesta del grupo de trabajo multidepartamental para el abordaje de MGF.

Hasta ahora, las mujeres y niñas que habían sufrido esta mutilación habían podido ser operadas gracias a iniciativas privadas, como la de la clínica del Instituto Dexeus de Barcelona, que ha sufragado más de una cincuenta de estas intervenciones reconstructivas, que tienen un coste de unos 1.500 euros.

Ante la violación de los derechos humanos de las mujeres que supone la ablación de clítoris, los departamentos de Salud y de Bienestar Social y Familia y la Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo han trabajado conjuntamente para que la sanidad pública catalana pueda llevar a cabo la reconstrucción del clítoris a las mujeres y niñas residentes en Cataluña que han sufrido la

MGF. Para recibir este tratamiento, las mujeres residentes en Cataluña afectadas por la MGF deberán dirigirse al Centro de Atención Primaria (CAP) que les corresponda por zona. Aquellos CAP que dispongan de unidad de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) atenderán directamente las mujeres que han sufrido la Mutilación Genital Femenina para que sean derivadas al hospital público autorizado para realizar la intervención quirúrgica.

En los CAP sin unidad ASSIR, se derivará la usuaria al centro más cercano, informó el gobierno catalán.

Una unidad mixta de profesionales de ginecología y cirugía plástica será la encargada de llevar a cabo la intervención, que tendrá un alcance fundamentalmente anatómico y funcional, aunque, según advierten los especialistas, no puede garantizar la plena recuperación de la sensibilidad en la zona afectada, informó Efe.

Los gastos derivados de estas operaciones serán asumidos en su totalidad por el sistema sanitario público catalán.

enbriu



■ 700 persones reten homenatge al Rosselló a la Maternitat d'Elna
Unes 700 persones van participar ahir al Rosselló en l'homenatge a la Maternitat d'Elna, que se celebra cada dos anys en record a la institució que va permetre el naixement de 595 infants durant la Segona Guerra Mundial, fills de republicanes espanyoles i de jueves. Més d'un centenar de nenes amb el nom d'Elna van participar-hi, provinents de Barcelona, Girona i Tarragona. "Avui dia el Mediterrani és la nova frontera", va recordar durant l'acte l'alcaldessa d'Elna, Yvès Barniol.

■ Barcelona va rebre 1,6 milions de creueristes fins a l'agost



■ Detinguda una dona a Lleida després d'apunyalar la seva parella

Els Mossos d'Esquadra van detenir ahir una dona acusada d'apunyalar al coll la seva parella. L'home està ingressat a l'Hospital Arnan de Vilanova, però també podria ser detingut per haver causat lesions a la dona prèviament. L'home tenia una ordre d'allunyament, però tots dos vivien junts al mateix pis del carrer del Carme de Lleida.



■ Repunten un 28% les morts a les carreteres catalanes aquest 2015

La sinistralitat a les carreteres catalanes ha augmentat un 28% els nou primers mesos de l'any, amb 133 persones. Es gairebé el mateix nombre de víctimes de tot el 2014. La directora del Servei Català de Trànsit, Eugènia Domènech, va dir ahir a l'ACN que aquestes dades "preocupen, i molt". El repunt de la mortalitat més greu s'ha viscut els últims quatre mesos, amb un 37%. Ahir mateix hi va haver dues víctimes mortals en un accident de cotxe a Vilajuïga, a l'Alt Empordà.

SALUT

Kersti Lundin

PRESIDENTA DE LA SOCIETAT EUROPEA DE REPRODUCCIÓ HUMANA I EMBRIOLOGIA (ESHRE)

"A Suècia necessitarem donants d'esperma"

LARA BONILLA
BARCELONA

Kersti Lundin és experta en transferència d'un sol embrió en reproducció assistida, i el seu país, Suècia, té una de les taxes més baixes d'embarassos múltiples. Lundin ha estat a Barcelona per impartir la conferència inaugural del nou curs acadèmic del màster de reproducció assistida de Salut de la Dona Dexeus.

Per què a Suècia s'ha limitat la transferència a un sol embrió? Ens està permès transferir-ne dos però ens vam adonar que això es traduïa en embarassos múltiples que incrementaven el risc tant per la mare com per als nadons. És un problema conegut i preferim transferir un embrió. En el primer cicle en transferim només un i, si no hi ha embaràs, en transferim un segon. Obtenim els mateixos resultats transferint-ne un i un que dos a la vegada. I a Suècia hem aconseguit tenir les taxes d'embaràs múltiple més baixes del món, al voltant del 5%-6%, tot i tenir una de les taxes de natalitat més altes d'Europa.

¿I les pacients ho accepten? Al principi eren reictives a la transferència de només un embrió, però hem fet una feina didàctica i ara han canviat d'opinió i veure que les possibilitats d'embaràs són les mateixes. En el 80% dels tractaments de reproducció assistida es transfereix un sol embrió. A més, la sanitat pública cobreix diversos cicles de reproducció assistida. Se'n transfereixen dos en els casos en què la qualitat dels embrions és molt baixa.

En quins casos el sistema públic succeïx els tractaments de reproducció assistida? Els cobreix en el cas que la dona sigui menor de 40 anys i no tingui fills propis. Es cobreixen fins a tres cicles de reproducció assistida. No més cobreix, però, el naixement del primer fill. Si es vol un germà s'ha d'anar al sistema sanitari privat.

A Catalunya hi ha una llarga llista d'espera a la sanitat pública -més de dos anys- i els centres privats absorbixen aquesta demanda. ¿A Suècia passa el mateix? A Suècia es garanteix que no se superin els tres mesos de llista d'espera, tot i que no sempre es compleix, però cinc mesos ja es considera acceptable.

Quina és l'edat mitjana de les dones que se sotmeten a tractament? Tenim pacients relativament joves,



PEPE VIRGILI

l'edat mitjana és de 32 anys en la sanitat pública. Quan tenen el seu primer fill, surten del sistema. En la sanitat privada, la mitjana d'edat és més elevada, de 37 anys o més. Són dones que volen tenir el seu segon fill o que són massa grans per ser acceptades en la sanitat pública.

Suècia es planteja ara que les dones soles també puguin optar a la reproducció assistida. Fins ara no més podien fer-ho les parelles estables, tant heterosexuals com lesbianes. Què suposarà això? Són dones sense parella i no sabem quin volum de pacients representaria, però són milers. Per a nosaltres serà un gran problema perquè necessitarem donants d'esperma.

¿Els banes d'esperma actuals no són suficients? Els donants són ara per a parelles lesbianes o parelles heterosexuals en què l'home té algun problema en la qualitat de l'esperma. Ara rebem 300 o 400 donacions d'esperma a l'any però en necessitem milers i no tenim un banc tan gran.

I què faran?

L'haurem d'adquirir en països del nostre entorn, com ara Dinamarca.

Al nostre país s'ha posat sobre la taula la possibilitat de regular la subrogació. Com ho veu?

A Suècia tenim el mateix debat. Però perquè sigui aprovat a Europa cal un ampli consens i és molt complicat. És més complex que una donació d'òvuls d'esperma perquè hi intervé una tercera persona. I com ho regularem això? Com l'assegurem que la dona que gesta el teu fill no pren alcohol, per exemple? I si el perd durant l'embaràs? També planteja reptes ètics. Ara les parelles van a fer subrogació en països on està permès però quan tornen a Suècia el nen no té estatus legal, no estan coberts pel sistema i això és un problema.

Com veu el futur de la reproducció assistida?

Passa per una relació més humana amb les pacients, amb estimulacions hormonals més suaus i menys controls. I també crec que s'ha d'obrir la porta a les dones perquè participin més en la presa de decisions. Volen estar més involucrades en el procés.

El Clínic será el centro de referencia para reconstrucciones de clítoris

JESSICA MOUZO. **Barcelona**
La Generalitat ha dado un paso adelante en la lucha contra la ablación y, antes de fin de año, incluirá en la cartera de servicios del Departamento de Salud las intervenciones de reconstrucción de clítoris a mujeres mutiladas residentes en Cataluña. Hasta ahora, este tipo de operaciones sólo las realizaba la clínica privada Dexeus, que corría con todos los gastos. El hospital de referencia para estas intervenciones en la sanidad pública a partir de ahora será el Clínic de Barcelona.

Según el último Mapa de la Mutilación Genital Femenina de 2012 de la Universidad Autónoma de Barcelona y Wassu Gambia Kafo, en Cataluña hay 18.000 mujeres mutiladas, el 39,5% más que en 2008, y más de 6.000 niñas en riesgo de ser sometidas a estas prácticas.

Los expertos consultados coinciden en que la reconstrucción de clítoris supone "una oportunidad" para las mujeres mutiladas y un avance en la lucha contra esta práctica, aunque advierten de que el perfil susceptible de someterse a estas intervenciones es muy específico y poco numeroso. La subdirectora general de promoción de la salud, Carme Cabezas, reconoce que no esperan un número muy alto de peticiones. "No sabemos muy bien cuál es la cantidad pero espontáneamente, por lo que nos dicen desde atención primaria, no tiene mucha demanda", apunta.

Las mujeres residentes en Cataluña que hayan sufrido una

MGF deberán dirigirse a su centro de atención primaria (CAP). Los ambulatorios que dispongan de una unidad de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR), atenderán directamente a las mujeres que han sufrido la MGF para que sean derivadas al hospital Clínic de Barcelona. Si el CAP no tiene una unidad ASSIR, se le derivará al centro médico más cercano que tenga este servicio. "En el Clínic había una confluencia de trabajo conjunto entre los servicios de ginecología y cirugía plástica que hacían más sencillo articular el dispositivo para realizar estas intervenciones", señala Cabezas.

Hasta ahora, el único hospital

donde se realizaban este tipo de intervenciones era en el Instituto Dexeus de Barcelona, que asumía todos los costes, de unos 1.500 euros por intervención. El doctor Pere Barri, pionero en esta operación en España ha intervenido a 70 mujeres y tiene varias pacientes en lista de espera.

Salud ha desplegado también sesiones de formación para médicos, enfermeros y comadronas en algunos CAP de la mano de la pediatra Imma Sau, experta en MGF. "Explicamos qué es la MGF, los tipos, qué efectos produce a corto y largo plazo y cómo abordar este tema", explica. Ya se han hecho seis sesiones y hasta fin de año están previstas otras tres. Los

CAP elegidos se seleccionaron "en función de la incidencia de la población de riesgo".

Cabezas ha revelado además que se está preparando una actualización del Protocolo de Actuación para prevenir la MGF del que dispone la Generalitat, un documento cuya aplicación ha sido controvertida. La antropóloga Adriana Kaplan, directora de la Fundación Wassu-UAB, ya alertó en una ocasión de que este protocolo se había "pervertido" porque en lugar de comenzar por la prevención, los profesionales activaban el nivel IV, que implica la intervención de los mossos.

"Los profesionales no están formados y cabe el riesgo de que,

cuando se encuentren con un caso de una niña que está a punto de ir de viaje a su país de origen, por ejemplo, cojan el protocolo y activen el nivel urgente, donde intervienen los mossos. Y la misión de la policía no es hacer una valoración del riesgo, sino oficiar el caso", apunta la investigadora Aina Mangas, que prepara una tesis doctoral sobre el protocolo. "Habría que preguntarse si esto es una necesidad nuestra o de estas mujeres. Remover este tema sin tener las herramientas para tratarlo a fondo puede ser contraproducente. Me preocupa cómo se va a desplegar este proceso porque no es una simple derivación a cirugía, hay que hacer un abordaje completo", agrega.

Kaplan asegura que se está dejando de lado la prevención. "Se está escondiendo el verdadero trabajo, las buenas prácticas que hacen ayuntamientos como Badalona o Santa Coloma de formar a los sanitarios de atención primaria y las colaboraciones de fundaciones como La Caixa o la Agencia Catalana de Cooperación que han ayudado a tratar el tema de forma transnacional", concluye. Mangas añade que "el gran reto" es que la Administración ponga los medios para capacitar a los profesionales de la salud.

¿Puede el sujetador con aros incrementar el riesgo de cáncer de pecho?

13-10-2015 | POR Elena Gallego

¿Es bueno usar sujetador? ¿o más peligroso llevar la talla equivocada? Hablamos con expertos de alertas y prevención.



© Getty Images



Destacamos ▶ Enfermedad celiaca Omeprazol pomelo benzodiacepinas ganglios resiliencia temperatura Agua con limón

Editado por europa press 13 de Octubre 2016

infosalus.com

SALUD FARMACIA ACTUALIDAD MUJER NUTRICIÓN ESTÉTICA ASISTENCIA MAYORES ENFERMEDADES

— DÍA MUNDIAL CONTRA EL CÁNCER DE MAMA —

El 15% de los cáncer de mama tienen origen hereditario

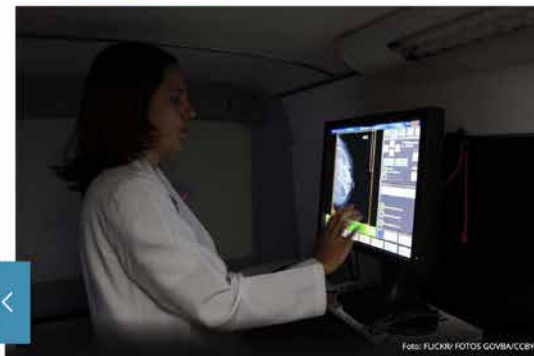


Foto: FLICKR/ FOTOS GOVBA/CCBY

MADRID, 19 Oct. (EUROPA PRESS) -

El 15 por ciento de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario, por eso cada vez más los expertos recomiendan el estudio genómico para establecer si es preciso un programa de detección precoz y prevención del cáncer en la paciente y en su familia o para personalizar un tratamiento oncológico.

DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

SALUD FARMACIA ACTUALIDAD MUJER NUTRICIÓN ESTÉTICA ASISTENCIA MAYORES ENFERMEDADES

los pacientes de sufrir cáncer de mama, en especial en el caso de aquellos que tienen antecedentes familiares, nos sirve no solamente para establecer un seguimiento y un control para detectar la posible enfermedad lo antes posible o tomar medidas de prevención más

Uso de cookies



ARTÍCULO RELACIONADO

Lo más leído en...

Portada

- 1 Ciudadanos pide que se transfieran a las CC.AA. los servicios sanitarios de las cárceles
- 2 La hipertensión puede aumentar el riesgo de demencia
- 3 La mayoría de los niños españoles come mientras ve la televisión
- 4 Las células de hígado fetal son aptas para crear injertos vasculares en neonatos y adultos
- 5 El ISCIII y la Asociación Española de Genética Humana reúnen a expertos en Medicina de...

Hoy Una semana Un mes



2 Meses Gratis hasta el 31/12

Vídeos

Más vídeos de salud: Importar...



Pacientes y profesionales de La Arrixaca junto al presidente y la consejera de Sanidad en un acto conmemorativo. COMU

La detección precoz salva al 86% de las pacientes de cáncer de mama

► Sanidad pide a las mujeres que acudan a la llamada para hacerse mamografías ► El año pasado 20.000 no acudieron a su cita ► El programa de prevención permitió descubrir 342 tumores entre 2013 y 2014

A. L. G.
 ■ El colorosa, símbolo de la lucha contra el cáncer de mama, fue protagonista ayer en el día internacional de esta enfermedad, una ocasión perfecta para recordar que la tasa de supervivencia de las pacientes diagnosticadas es ya del 86%, gracias esencialmente a la detección precoz. La cifra, que es algo superior a la media nacional (85%), la dio ayer el presidente de la Comunidad Autónoma, Pedro Antonio Sánchez, durante los actos conmemorativos de esta jornada que se celebraron ayer.

Alrededor del 80 por ciento de las mujeres con edades com-

prendidas entre los 50 y 69 años han participado al menos una vez en el programa de cribado, sin embargo, según indicó el presidente, «más de 20.000 mujeres al año a las que se les ofrece esta prueba de detección precoz no acuden a hacérsela», por tanto, «es prioritario seguir sensibilizando para que aprovechen los recursos que se les ofrecen en este sentido», recalcó Sánchez en el hospital Virgen de la Arrixaca.

Una de las prioridades del Ejecutivo autonómico es seguir incrementando la tasa de participación, que ha pasado de un 68 por ciento en el bienio 2009-2010

a casi un 71 por ciento en el último bienio.

La Comunidad invitó durante el bienio 2013-2014 a 142.577 mujeres a participar en el Programa de Cáncer de Mama. De ellas, 99.915, el 70,08 por ciento, accedió a realizarse una mamografía, y de las que se hicieron esta prueba 4.418 precisaron algún tipo de estudio complementario, mientras que 758 fueron derivadas a las Unidades de Mama. Asimismo, se detectaron 342 cánceres con una tasa de detección de 3,4 casos por cada 1.000 mujeres de las que

PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE ►



▶ VIENE DE LA PÁGINA 2

La tasa de cánceres detectados es de 3,4 por cada mil mujeres de las que acuden a controles preventivos

participan en los programas de prevención. El Programa de Cáncer de Mama, desarrollado en colaboración con la Asociación Española Contra el Cáncer, está operativo desde el año 1994 y da cobertura a las nueve áreas del Mapa Sanitario Regional. Para ello, cuenta con cinco unidades de cribado de las que tres son fijas y dos móviles. En la actualidad, en la Región

LO QUE HAY QUE SABER

Prevención del cáncer de mama

- ▶ Explorar las mamas regularmente después de cada menstruación.
- ▶ Si se descubre algún bulto, secreciones por el pezón o se notan cambios de la piel de la mama, acudir al ginecólogo.
- ▶ Debe llevarse una dieta equilibrada, sin excesos ni defectos.
- ▶ Practicar deporte de manera regular y de acuerdo con la edad de cada uno.
- ▶ No consumir tratamientos hormonales sin asesoramiento médico.
- ▶ Es recomendable acudir a una revisión ginecológica anual.
- ▶ Quienes hayan tenido alguna intervención quirúrgica en el pecho deben acudir a los controles.
- ▶ No faltar a las mamografías que recomiende el médico.
- ▶ Si se tiene algún antecedente familiar, hay que asesorarse sobre el riesgo que puede representar.
- ▶ Existen test de detección de predisposición genética al cáncer.

* Fuente. Salud de la Mujer Dexeus

Consejos para aplicar durante la enfermedad

- ▶ Buena alimentación. Es fundamental llevar una dieta rica y saludable, con frutas y verduras y mucho cereal. Tomar antioxidantes.
- ▶ Deporte y vida sana. Al menos dos días a la semana.
- ▶ Mucho amor. Rodearse de seres queridos.
- ▶ Ver programas de cocina para abrir el apetito ante la quimioterapia.
- ▶ Muchas visitas de amigos.
- ▶ Relajación y terapias para conciliar el sueño. El reiki, el yoga o la meditación que ayudan a conciliar el sueño y a vivir la enfermedad sin ansiedad.
- ▶ Mucho Rock&Roll para animarse por las mañanas.
- ▶ Paciencia. Escucha a los médicos, ellos son los que mandan.
- ▶ Autoestima: trabajarla y alimentarla cada día.
- ▶ Adiós al dulce, hola cúrcuma. Dentro de la alimentación sana la cúrcuma es uno de los mayores antiinflamatorios. Mejor stevia, miel o azúcar morena para el dulce.

* Fuente. HOLA, Cáncer (Lunweg, 2015).
Escrito por un joven paciente de cáncer.

la esperanza de vida a los cinco años del diagnóstico de cáncer de mama se ha incrementado notablemente hasta situarse en un 86 por ciento, frente al 50 por ciento de los años 70.

Mujeres con riesgo

Además de los programas de prevención, la Comunidad también tiene en marcha el 'Programa de Riesgo Incrementado' en el que se atiende a mujeres con riesgo moderado y alto de desarrollar un cáncer de mama, dos o más veces superior al que les corresponde por edad, debido a antecedentes de carácter familiar, por haber recibido radioterapia o por

haber tenido un cáncer durante la infancia.

Para posibilitar la continuidad asistencial y ofrecer procedimientos complementarios de diagnóstico, los profesionales de las unidades de Mama del Servicio Murciano de Salud (SMS) atendieron durante el pasado año un total de 18.397 primeras y sucesivas consultas. Asimismo, en las unidades de Consejo Genético del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y del Morales Meseguer se estudiaron, valoraron y asesoraron a más de 1.500 pacientes susceptibles de sufrir alguna mutación genética asociada con cualquier tipo de cáncer.

Decálogo de prevención del cáncer de mama para minimizar los factores de riesgo

En España, cada año se diagnostican 26.000 nuevos casos de **cáncer de mama**, una cifra que representa casi el 30% de todos los tumores en sexo femenino detectados en el país. Con motivo del Día Mundial contra el Cáncer de Mama, los expertos recuerdan que la prevención es importante para su detección temprana, así como para tratar de reducir el riesgo.



Uno de cada tres casos diagnosticados se da en edades por debajo de los 45 años. | Archivo

Teniendo en cuenta que al menos un 15% de los **cánceres de mama** tiene su origen en los genes, Salud de la Mujer Dexeus recuerda que la prevención es importante para una detección temprana, así como para tratar de reducir el riesgo.

Por ello, con motivo del Día Mundial contra el Cáncer de Mama, que se celebra este lunes, ha publicado un decálogo en el que nos recuerda que la prevención del cáncer de mama pasa por minimizar los factores de riesgo identificados y sobre los que se puede actuar a través de conductas saludables.

- 1º Explora tus mamas regularmente después de cada menstruación.
- 2º Si descubres algún bulto, secreciones por el pezón o notas cambios de la piel de la mama, acude a tu ginecólogo.
- 3º Asegúrate de llevar una dieta equilibrada, sin excesos ni defectos.
- 4º Practica deporte de manera regular y de acuerdo con tu edad.
- 5º No consumas tratamientos hormonales sin asesoramiento médico.
- 6º Recuerda que debes practicar una revisión ginecológica anual.
- 7º Si te han practicado alguna intervención quirúrgica en el pecho, acude a los controles.
- 8º No olvides hacerte las mamografías con la regularidad que te indique tu médico.
- 9º Si tienes algún familiar que sufre o ha sufrido cáncer, asesórate sobre el riesgo que representa.
- 10º Recuerda que tienes a tu disposición un test de detección de predisposición genética al cáncer.

El 75 % de les afectades per càncer de mama conserven els pits



Actualitzat el 19.10.2015 a les 16:28

Comenta

El càncer de mama és la principal causa de mortalitat per tumors malignes entre dones i cada any se'n diagnostiquen uns 4.500 casos nous a Catalunya. La bona notícia és que la mortalitat per aquesta malaltia cada vegada és més baixa i també que aproximadament el 75 % de les afectades conserven els pits.

Conscient amb el Dia Internacional contra el Càncer de Mama, la Unitat de Risc Oncològic de Salut de la Dona Dexeus ha presentat els últims avenços en la recerca d'aquesta malaltia. Un dels fronts que s'ha obert és el de la medicina genòmica, ja que s'estima que el 15 % dels casos tenen un origen hereditari. Segons els experts, aquest percentatge probablement augmentaria si es fessin els test de risc oncològic a tota la població a través d'estudis genètics.

A banda d'aquesta opció, la detecció precoç, com els controls d'autobiopeccació dels pits o les mamografies a partir dels 40 anys, són fonamentals per combatre la malaltia a temps. A Catalunya s'estima que aquest 2015 es diagnosticaran 4.500 nous casos. Cada vegada, però, la mortalitat és més baixa: el 80 % de les pacients diagnosticades aconsegueixen curar-se completament. Actualment, més del 75 % de les dones conserven els pits, quan fa una dècada només era possible en un 25 % dels casos.

Más Siguiendo blog Crear un blog Acceder

herenciageneticayenfermedad

Los avances de la medicina en el campo de la genética, por ende de la herencia, están modificando el paisaje del conocimiento médico de las enfermedades. Este BLOG intenta informar acerca de los avances proveyendo orientación al enfermo y su familia así como información científica al profesional del equipo de salud de habla hispana.

G+ 7

martes, 20 de octubre de 2015

TELÓMEROS



la llave de las ciencias médicas en los próximos cien años

herencia genética y enfermedad

Buscar

AddThis

SHARE

Translate

Seleccionar idioma

Con la tecnología de Google Traductor de

Archivo del blog

- 2016 (10310)
- ▼ 2015 (11560)
 - diciembre (731)
 - noviembre (985)
 - ▼ octubre (1084)

El 15% de los casos de cáncer de mama tiene origen hereditario :: El Médico Interactivo :: El 15% de los casos de cáncer de mama tiene origen hereditario

[El Médico Interactivo :: El 15% de los casos de cáncer de mama tiene origen hereditario](#)

El 15% de los casos de cáncer de mama tiene origen hereditario

Barcelona (20/10/2015) - Redacción

Salud de la Mujer Dexeus ofrece a todas sus pacientes la posibilidad de estudiar su perfil genético para detectar el riesgo oncológico propio y de su familia y, además, un estudio integral de todos los aspectos relacionados con la salud de la mujer

La prevención del cáncer de mama evoluciona y, cada vez más, el foco se sitúa en la Medicina Genómica, puesto que hasta un 15 por ciento de los casos de cáncer de mama tiene un origen hereditario y probablemente este porcentaje aumentaría si se hicieran tests de riesgo oncológico en toda la población.

En vista de su importancia y utilidad para prevenir enfermedades graves, el estudio de los genes va encontrando su espacio en la práctica clínica diaria, y Salud de la Mujer Dexeus ofrece desde principios de este año a todas sus pacientes la posibilidad de estudiar su perfil genético para detectar el riesgo oncológico propio y de su familia y, además, un estudio integral de todos los aspectos relacionados con la salud de la mujer, en un tiempo récord.

"Conocer la predisposición genética de los pacientes de sufrir cáncer de mama, en especial en el caso de aquellos que tienen antecedentes familiares, nos sirve no solamente para establecer un seguimiento y un control para detectar la posible enfermedad lo antes posible o tomar medidas de prevención más drásticas, como la extirpación de mamas u ovarios, sino que también puede servir para adaptar los tratamientos en el caso de que se desarrolle la enfermedad", explica la Dra. Maite Cusidó, directora de I+D+i de Ginecología Clínica y Quirúrgica jefe de la Unidad de Riesgo Oncológico.

A lo largo de sus 10 años de historia la Unidad de Riesgo Oncológico de Salud de Salud de la Mujer Dexeus ha estudiado el perfil genético de más de 450 familias y, en este último año, el 29 por ciento de los casos estudiados ha salido positivo con predisposición elevada al cáncer de mama. "En estos casos hemos establecido nuevos protocolos de detección precoz y, en

Diario de Ibiza » Vida y Estilo » Salud

Día Mundial contra el cáncer de mama

Decálogo de prevención del cáncer de mama

Estar atentos a las señales de nuestro cuerpo, llevar una dieta equilibrada y acudir a los controles son claves para tratar de reducir el riesgo de esta enfermedad.

19.10.2015 | 10:55

EPIMADRID Teniendo en cuenta que al menos un 15% de los casos de cáncer de mama tiene su origen en los genes, Salud de la Mujer Dexeus recuerda que la **prevención es importante para una detección temprana**, así como para tratar de reducir el riesgo del cáncer de mama.



¿Cómo prevenir el cáncer de mama? Getty Images

Por ello, son motivo del **Día Mundial contra el Cáncer de Mama**, que se celebra este lunes, ha publicado un decálogo en el que nos recuerda que la prevención del **cáncer de mama** pasa por minimizar los factores de riesgo identificados y sobre los que se puede actuar a través de conductas saludables.

1. **Explora tus mamas regularmente después de cada menstruación.**
2. Si descubres algún **bulto**, **secreciones** por el pezón o notas cambios de la piel de la mama, acude a tu ginecólogo.
3. Asegúrate de llevar una **dieta equilibrada**, sin excesos ni defectos.
4. **Practica deporte** de manera regular y de acuerdo con tu edad.
5. No consumas tratamientos hormonales sin asesoramiento médico.
6. Recuerda que debes practicar una **revisión ginecológica anual**.
7. Si te han practicado alguna intervención **quirúrgica en el pecho**, acude a los controles.
8. No olvides **hacerte las mamografías con la regularidad** que te indique tu médico.
9. Si tienes algún familiar que **sufre o ha sufrido cáncer**, asesórate sobre el riesgo que representa.
10. Recuerda que tienes a tu disposición un **test de detección de predisposición genética al cáncer**.

El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario

El 15 por ciento de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario, por eso cada vez más los expertos recomiendan el **estudio genómico para establecer si es preciso un programa de detección precoz** y prevención del cáncer en la paciente y en su familia o para personalizar un tratamiento oncológico.

"Conocer la predisposición genética de los pacientes de sufrir cáncer de mama, en especial en el caso de aquellos que tienen antecedentes familiares, nos sirve no solamente para establecer un seguimiento y un control para detectar la posible enfermedad lo antes posible o tomar medidas de prevención más drásticas, como la extirpación de mamas u ovarios, sino que también **puede servir para adaptar los tratamientos en el caso de que se desarrolle la enfermedad**", explica la doctora Maite Cusiód, directora de I+D+i de Ginecología Clínica y quirúrgica jefe de la Unidad Riesgo Oncológico.

Así, recuerdan que las personas portadoras de una alteración genética en los genes **BRCA1 o BRCA2** tienen un **riesgo más elevado de desarrollar ciertos tipos de tumores**, entre ellos mama, ovarios y próstata, en comparación con aquellas personas que no son portadoras de mutaciones en estos genes. Sin embargo, recuerda Cusiód, "no todas las personas portadoras de una alteración genética desarrollarán un cáncer".

Decálogo de prevención del cáncer de mama



Si se detecta en su etapa inicial, el 90% de nuestras pacientes que sufre un cáncer de mama se cura. Reduce riesgos siguiendo estos sencillos consejos. La prevención está en tu mano.



1 Explora tus mamas regularmente después de cada menstruación.



2 Si descubres algún bulto, secreciones por el pezón o notas cambios de la piel de la mama, acude a tu ginecólogo/a.



3 Asegúrate de llevar una dieta equilibrada, sin excesos ni defectos.



4 Practica deporte de manera regular y de acuerdo con tu edad.



5 No consumas tratamientos hormonales sin asesoramiento médico.



6 Recuerda que debes practicar una revisión ginecológica anual.



7 Si te han practicado alguna intervención quirúrgica en el pecho, acude a los controles.



8 No olvides hacerte las mamografías con la regularidad que te indique tu médico/a.



9 Si tienes algún familiar que sufre o ha sufrido cáncer, asesórate sobre el riesgo que representa.



10 Recuerda que tienes a tu disposición un test de detección de predisposición genética al cáncer (Q CancerRisk).

Si quieres recibir información más detallada, póngase en contacto con nuestro Servicio de Atención al Paciente **Tel. 93 227 47 12**

Salud de la Mujer Dexeus. C/da Vía Celta 5, 75-76 15208 Bortolosa www.dexeus.com [Facebook](https://www.facebook.com/dexeus) [Instagram](https://www.instagram.com/dexeus) [LinkedIn](https://www.linkedin.com/company/dexeus) [YouTube](https://www.youtube.com/channel/UC...) [TikTok](https://www.tiktok.com/@dexeus)

Sociedad



(Foto: EP)

10 consejos para prevenir y protegerte contra el cáncer de mama

Por DAVID GARCÍA/EP

Lunes 19 de octubre de 2015

Compartir

Twitter

Teniendo en cuenta que al menos un 15% de los cánceres de mama tiene su origen en los genes, Salud de la Mujer Dexeus recuerda que la prevención es importante para una detección temprana, así como para tratar de reducir el riesgo.

* *Tatuajes para supervivientes: una forma de cerrar las heridas y mejorar la autoestima*

Por ello, con motivo del Día Mundial contra el Cáncer de Mama, que se celebra este lunes, ha publicado un **decálogo** en el que nos recuerda que la prevención del cáncer de mama pasa por minimizar los factores de riesgo identificados y sobre los que se puede actuar a través de conductas saludables.

10 Consejos:

- 1º **Explora tus mamas** regularmente después de cada menstruación.
- 2º Si descubres algún bulto, **secreciones por el pezón** o notas cambios de la piel de la mama, acude a tu ginecólogo.
- 3º Asegúrate de llevar una **dieta equilibrada**, sin excesos ni defectos.
- 4º **Practica deporte** de manera regular y de acuerdo con tu edad.
- 5º **No consumas tratamientos hormonales** sin asesoramiento médico.
- 6º Recuerda que debes practicar una **revisión ginecológica** anual.
- 7º Si te han practicado alguna intervención quirúrgica en el pecho, **acude a los controles**.
- 8º **No olvides hacerte las mamografías** con la regularidad que te indique tu médico.
- 9º Si tienes algún familiar que sufre o ha sufrido cáncer, **asesórate sobre el riesgo** que representa.
- 10º Recuerda que tienes a tu disposición un **test de detección de predisposición** genética al cáncer.

Cáncer de mama | Día Mundial contra el Cáncer de Mama

El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario

19/10/2015 08:04

Madrid, Europa Press El 15 por ciento de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario, por eso cada vez más los expertos recomiendan el estudio genómico para establecer si es preciso un programa de detección precoz y prevención del cáncer en la paciente y en su familia o para personalizar un tratamiento oncológico.

"Conocer la predisposición genética de los pacientes de sufrir cáncer de mama, en especial en el caso de aquellos que tienen antecedentes familiares, nos sirve no solamente para establecer un seguimiento y un control para detectar la posible enfermedad lo antes posible o tomar medidas de prevención más drásticas, como la extirpación de mamas u ovarios, sino que también puede servir para adaptar los tratamientos en el caso de que se desarrolle la enfermedad", explica la doctora Maite Cusidó, directora de I7 de Ginecología Clínica y quirúrgica jefe de la Unidad Riesgo Oncológico.

Así, recuerdan que las personas portadoras de una alteración genética en los genes BRCA1 o BRCA2 tienen un riesgo más elevado de desarrollar ciertos tipos de tumores, entre ellos mama, ovarios y próstata, en comparación con aquellas personas que no son portadoras de mutaciones en estos genes. Sin embargo, recuerda Cusidó, "no todas las personas portadoras de una alteración genética desarrollarán un cáncer".

Las mujeres con una mutación en el gen BRCA1 tienen entre un 50 y 80 por ciento de riesgo de desarrollar un tumor de mama a lo largo de su vida y entre un 20 y un 60 por ciento de desarrollar un cáncer de ovario. En comparación, las mujeres no portadoras tienen un riesgo del 8 al 10 por ciento de cáncer de mama y del 1 al 2 por ciento de cáncer de ovario. El riesgo de cáncer de mama en hombres en la población general se estima en 1 de cada 1.000.

Las mujeres portadoras de una alteración genética en el gen BRCA2 tienen un riesgo del 40 al 80 por ciento de desarrollar un cáncer de mama a lo largo de su vida, entre un 20 y un 40 por ciento de cáncer de ovario, y un aumento del riesgo de cáncer de páncreas. Los hombres portadores de una alteración en BRCA2 tienen un riesgo de cáncer de mama del 7 por ciento, un riesgo del 15 por ciento de desarrollar cáncer de próstata, y un riesgo del 7 por ciento de cáncer de páncreas.

Las mujeres portadoras de una alteración genética en los genes BARD1, BRIP1, MRE11A, NBN, RAD50 y RAD51C presentan un incremento del riesgo de cáncer de mama 4 veces superior al de las mujeres no portadoras. Las mutaciones en el gen RAD51D tienen un mayor riesgo de cáncer de mama y ovario.

Las mujeres con una mutación en los genes PALB2 y ATM tienen un mayor riesgo (entre 2-4 veces) de desarrollar cáncer de mama. Asimismo, las mutaciones en el gen CDH1 se asocian a un riesgo del 40-50% a sufrir cáncer de mama.

ANÁLISIS GENÉTICO

Salud de la Mujer Dexeus ofrece a todas sus pacientes la posibilidad de estudiar su perfil genético para detectar el riesgo oncológico propio y de su familia y, además, un estudio integral de todos los aspectos relacionados con la salud de la mujer, "en un tiempo récord".

Salud de la Mujer Dexeus ha sido la primera clínica en crear una Unidad de Medicina Genómica propia con el objetivo de incorporar el asesoramiento y análisis genético al control sistemático de la salud de la mujer y personalizar tanto el seguimiento como el posible tratamiento que se precise. A lo largo de sus 10 años de historia la Unidad de Riesgo Oncológico de Salud de la Mujer Dexeus ha estudiado el perfil genético de más de 450 familias.

"En los casos en los que hemos detectado riesgo de cáncer de mama, hemos establecido nuevos protocolos de detección precoz y, en función de los genes detectados y las circunstancias vitales de la paciente, se han desarrollado diferentes

El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario

El 15 por ciento de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario, por eso cada vez más los expertos recomiendan el estudio genómico para establecer si es preciso un programa de detección precoz y prevención del cáncer en la paciente y en su familia o para personalizar un tratamiento oncológico.

MADRID, 19 (EUROPA PRESS)

"Conocer la predisposición genética de los pacientes de sufrir cáncer de mama, en especial en el caso de aquellos que tienen antecedentes familiares, nos sirve no solamente para establecer un seguimiento y un control para detectar la posible enfermedad lo antes posible o tomar medidas de prevención más drásticas, como la extirpación de mamas u ovarios, sino que también puede servir para adaptar los tratamientos en el caso de que se desarrolle la enfermedad", explica la doctora Maite Cusidó, directora de I+D+i de Ginecología Clínica y quirúrgica jefe de la Unidad Riesgo Oncológico.

Así, recuerdan que las personas portadoras de una alteración genética en los genes BRCA1 o BRCA2 tienen un riesgo más elevado de desarrollar ciertos tipos de tumores, entre ellos mama, ovarios y próstata, en comparación con aquellas personas que no son portadoras de mutaciones en estos genes. Sin embargo, recuerda Cusidó, "no todas las personas portadoras de una alteración genética desarrollarán un cáncer".

PUBLICIDAD

inRead invented by Teads

OPINIÓN

Más conocimiento y más complejidad sobre el tumor

JAVIER CORTÉS
Jefe de sección de cáncer de mama
Hospital Ramón y Cajal de Madrid

Lo peor del cáncer en general, y del cáncer de mama en particular, es el propio nombre. "Cáncer" es una palabra que todavía conlleva un estigma personal y social y que muchas veces se asocia con sufrimiento y muerte. Aunque desgraciadamente hay muchas pacientes que no se pueden curar, la inmensa mayoría sí lo consiguen. La incidencia de este tumor va aumentando, pero el de fallecimientos va claramente disminuyendo, especialmente en los países de nuestro entorno. La razón más importante es el diagnóstico precoz, y aquí la mamografía juega un papel determinante. Pero a su vez, el conocimiento cada vez mejor del cáncer de mama y de sus mecanismos moleculares, hace que dispongamos de más mejores tratamientos que también han ayudado mucho. El debate que existe en EE.UU y Gran Bretaña donde se duda del beneficio de someter a la totalidad de las pacientes a tratamiento no va tan mal encaminado. Empezamos a conocer mejor algunos mecanismos, especialmente en modelos animales y cada vez podemos "afinar" más en predecir qué pacientes harán o no metástasis. Esto nos ha ayudado a disminuir el número de mujeres

Cada vez podemos "afinar" más en predecir qué pacientes harán o no metástasis

Las que les damos tratamiento de quimioterapia tras la cirugía. En este sentido, las plataformas génicas son una herramienta de gran ayuda y están disponibles en casi todos los hospitales de nuestra comunidad. No obstante, y a pesar del avance sobre el conocimiento del tumor, la realidad es que hasta la fecha aún no sabemos con exactitud por qué dos tumores iguales en tamaño y biología se comportan de manera distinta. Probablemente, las características del tumor sean importantes, pero el sistema inmunitario de cada paciente puede tener también un papel muy relevante. Cuanto más vamos sabiendo sobre la biología molecular del cáncer en general, y del cáncer de mama en particular, nos vamos dando cuenta de su complejidad inherente. Por ejemplo, hoy sabemos que conocer el genoma del cáncer de mama no es más que una pequeña pieza de la enfermedad. El conocimiento del microambiente tumoral, la heterogeneidad tumoral intrapaciente, la proteómica, y un largo etcétera de disciplinas juegan un papel tan importante o más que la genómica en esta enfermedad. El conocimiento integral de todas ellas es un aspecto fundamental para conseguir avances más importantes y conseguir más y mejores fármacos.

ONCOLOGÍA

En cáncer de mama, menos es más

Las sesiones de radioterapia se han reducido de siete a tres semanas en los últimos diez años

J.M.
Manel Algara, jefe de servicio de oncología radioterápica del Parc de Salut Mar, lo tiene claro: "El avance en el tratamiento de este tipo de tumor pasa por la reducción de la agresividad terapéutica y por la personalización". Estas declaraciones para *Salud y Medicina* llegan poco después de producirse un debate en EE.UU y en Gran Bretaña donde se ha cuestionado la necesidad de considerar la cirugía como la primera opción de tratamiento en pacientes con este tipo de cáncer. "Puede ser que haya tumores muy localizados a los que no haga falta ni tratar, el problema es que hoy por hoy no sabemos cuáles son estos", apunta el especialista Algara, también colaborador del Institut IMOR. El cáncer de mama ha sido protagonista estos días en casi todos los medios de comunicación del mundo y, mirando su incidencia, no es de extrañar. Se trata del cáncer más frecuente entre las mujeres. De hecho, una de cada ocho padecerá a lo largo de su vida. Datos muy crudos que contrastan, sin embargo, con otras cifras más positivas. Y es que la supervivencia de este

cómo se hacía hace diez años", afirma Manel Algara. En la actualidad, añade, "menos es más". En la cirugía, por ejemplo, se ha pasado de hacer mastectomía (extirpación de la totalidad del pecho) a realizar tumorectomía, en la que se conserva el seno. "En quimioterapia, además de haber reducido los ciclos, ya podemos seleccionar a aquellas pacientes a las que no les hace falta someterse a este tipo de tratamiento, sino que simplemente ofrecemos bloqueadores hormonales ya es suficiente", indica este oncólogo. Pero donde sin duda se ha visto un gran avance es en lo que a terapia se refiere es en la radioterapia. Se trata de una de las armas terapéuticas más utilizadas en pacientes con cáncer de mama, pues se realiza en un 80-90% de los casos. De ellos, se calcula que en más de la mitad el tiempo de terapia se ha conseguido reducir de siete a tres semanas. "Incluso se ha logrado ofrecer radioterapia intraoperatoria, es decir, en el momento de la operación, con lo que en algunos casos basta un único día para curar el tumor", afirma. Esta mejora va ligada fundamentalmente al avance tecnológico. "Ahora puede irradiarse mayor cantidad de dosis de una forma más segura y precisa", concluye el oncólogo Algara.

La supervivencia de este tumor, detectado de forma precoz, es de un 95% a los cinco años

tumor, detectado a través de cribados poblacionales, es de un 95% a los cinco años. ¿Qué pasa si el tumor no se trata y simplemente se controla de forma rigurosa? Esta es una de las dudas que surgen tras observar los resultados de un estudio difundido por el continente norteamericano donde se concluye que la mortalidad entre dos grupos de pacientes (unas operadas y otras sólo sometidas a controles periódicos) no varía considerablemente. Dada que por el momento queda despejada al saber que, sin embargo, no se dispone de un método diagnóstico que permita diferenciar entre aquellos tumores que no evolucionarán a metástasis y aquellos que sí lo harán. Este es el motivo por el que se decide finalmente tratar a la totalidad de los casos. "Pero lo hacemos con una agresividad muy inferior a



Institut Mèdic d'Onco-Radioteràpia i Braquiteràpia. C/ Escòies Pies, núm. 81, 08017 Barcelona.
Tél.: 932.531.670 Fax: 934.340.704 fundacion@imor.org http://www.imor.org

A prop teu
La Fundació IMOR ha aconseguit reunir un equip assistencial altament qualificat, les últimes tecnologies en equips de radioteràpia i una àrea especialitzada en atenció instal·lacions que ofereixen el màxim confort.

ESPECIALITZAT EN:

- Radiocirurgia,
- Radioteràpia d'Intensitat Modulada (IMRT)
- Braquiteràpia,
- Radioteràpia,
- Braquiteràpia de protona,
- Braquiteràpia de mama,
- Ginecològica,
- Oftalmològica,
- Radioteràpia guiada per la imatge (IGRT)

www.faroavigo.es
FARO DE VIGO
 Liral Galista Actualidad Deportes Economía Opinión Cultura Ocio **Vida y Estilo** Comunidad Multimedia Suscripción
 Moda y Belleza Decisión **Salud** Tecnología Ocio Más Mente Pasión
 DIRECTO | El Celta - Standard de Lieja, al minuto

Investigación + Vida y Estilo + Salud

0 0

Día Mundial contra el cáncer de mama

Decálogo de prevención del cáncer de mama

Estar atentas a los señales de nuestro cuerpo, llevar una dieta equilibrada y acudir a los controles son claves para tratar de reducir el riesgo de esta enfermedad.

10/10/2015 | 10:36

Teniendo en cuenta que al menos un 15% de los casos de cáncer de mama tiene su origen en los genes, Salud de la Mujer Dexeus recuerda que la prevención es importante para una detección temprana, así como para tratar de reducir el riesgo del cáncer de mama.

Por ello, con motivo del **Día Mundial contra el Cáncer de Mama**, que se celebra este lunes, ha publicado un decálogo en el que nos recuerda que la prevención del cáncer de mama pasa por minimizar los factores de riesgo identificados y otros los que se puede actuar a través de conductas saludables.

¿Cómo prevenir el cáncer de mama? Getty Images

1. Explora tus mamas regularmente después de cada menstruación.
2. Si descubres algún bulto, secreciones por el pezón o notas cambios de la piel de la mama, acude a tu ginecólogo.
3. Asegúrate de llevar una dieta equilibrada, sin excesos ni defectos.
4. Practica deporte de manera regular y de acuerdo con tu edad.
5. No consumas tratamientos hormonales sin asesoramiento médico.
6. Recuerda que debes practicar una revisión ginecológica anual.
7. Si te han practicado alguna intervención quirúrgica en el pecho, acude a los controles.
8. No olvides hacerte las mamografías con la regularidad que te indique tu médico.
9. Si tienes algún familiar que sufre o ha sufrido cáncer, asegúrate sobre el riesgo que representa.
10. Recuerda que tienes a tu disposición un test de detección de predisposición genética al cáncer.

El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario

El 15 por ciento de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario, por eso cada vez más los expertos recomiendan el estudio genómico para establecer si es preciso un programa de detección precoz y prevención del cáncer en la paciente y en su familia o para personalizar un tratamiento oncológico.

"Conocer la predisposición genética de los pacientes de sufrir cáncer de mama, en especial en el caso de aquellos que tienen antecedentes familiares, nos sirve no solamente para establecer un seguimiento y un control para detectar la posible enfermedad lo antes posible o tomar medidas de prevención más drásticas, como la extirpación de mamas u ovarios, sino que también puede servir para adaptar los tratamientos en el caso de que se desarrolle la enfermedad", explica la doctora Maite Cusidó, directora de I+D+i de Ginecología Clínica y quirúrgica jefe de la Unidad Riesgo Oncológico.

Así, recuerdan que las personas portadoras de una alteración genética en los genes BRCA1 o BRCA2 tienen un riesgo más elevado de desarrollar ciertos tipos de tumores, entre ellos mama, ovarios y próstata, en comparación con aquellas personas que no son portadoras de mutaciones en estos genes. Sin embargo, recuerda Cusidó, "no todas las personas portadoras de una alteración genética desarrollarán un cáncer".

Las mujeres con una mutación en el gen BRCA1 tienen entre un 50 y 60 por ciento de riesgo de desarrollar un tumor de mama a lo largo de su vida y entre un 20 y un 60 por ciento de desarrollar un cáncer de ovario.

Madridpress.com
 Diario digital independiente de Madrid

Portada Madrid España Economía Mundo Opinión Internet Salud y Ciencia Deportes Coches Viajes Cultura Gente

Homeovica | Fotos de los sectores | Cartas de los lectores

Lunes, 10 de octubre de 2015

LOS EXPERTOS RECOMIENDAN EL ESTUDIO GENÓMICO

El 15% de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario

Comparte en Mis Noticias

El 15 por ciento de los casos de cáncer de mama tienen origen hereditario, por eso cada vez más los expertos recomiendan el estudio genómico para establecer si es preciso un programa de detección precoz y prevención del cáncer en la paciente y en su familia o para personalizar un tratamiento oncológico.

¿Conocer la predisposición genética de los pacientes de sufrir cáncer de mama, en especial en el caso de aquellos que tienen antecedentes familiares, nos sirve no solamente para establecer un seguimiento y un control para detectar la posible enfermedad lo antes posible o tomar medidas de prevención más drásticas, como la extirpación de mamas u ovarios, sino que también puede servir para adaptar los tratamientos en el caso de que se desarrolle la enfermedad", explica la doctora Maite Cusidó, directora de I+D+i de Ginecología Clínica y quirúrgica jefe de la Unidad Riesgo Oncológico.

Así, recuerdan que las personas portadoras de una alteración genética en los genes BRCA1 o BRCA2 tienen un riesgo más elevado de desarrollar ciertos tipos de tumores, entre ellos mama, ovarios y próstata, en comparación con aquellas personas que no son portadoras de mutaciones en estos genes. Sin embargo, recuerda Cusidó, "no todas las personas portadoras de una alteración genética desarrollarán un cáncer".

Las mujeres con una mutación en el gen BRCA1 tienen entre un 50 y 60 por ciento de riesgo de desarrollar un tumor de mama a lo largo de su vida y entre un 20 y un 60 por ciento de desarrollar un cáncer de ovario. En comparación, las mujeres no portadoras tienen un riesgo del 8 al 10 por ciento de cáncer de mama y del 1 al 2 por ciento de cáncer de ovario. El riesgo de cáncer de mama en hombres en la población general se estima en 1 de cada 1.000.

Las mujeres portadoras de una alteración genética en el gen BRCA2 tienen un riesgo del 40 al 80 por ciento de desarrollar un cáncer de mama a lo largo de su vida, entre un 20 y un 40 por ciento de cáncer de ovario, y un aumento del riesgo de cáncer de páncreas. Los hombres portadores de una alteración en BRCA2 tienen un riesgo de cáncer de mama del 7 por ciento, un riesgo del 15 por ciento de desarrollar cáncer de próstata, y un riesgo del 7 por ciento de cáncer de páncreas.

Las mujeres portadoras de una alteración genética en los genes BARD1, BRIP1, MRE11A, NBN, RAD50 y RAD51C presentan un incremento del riesgo de cáncer de

SALUD FEMENINA

La píldora rosa, la nueva "viagra femenina"

En EE. UU. ya se ha aprobado el uso de la píldora rosa, un fármaco que promete ser la "viagra femenina". Y aunque en Europa todavía se está analizando su seguridad, podría llegar en breve como nueva alternativa farmacológica a la inapetencia sexual



DRA. STEFANIE REDÓN
Ginecóloga de
Salud de la Mujer
Dexeus

La popularmente conocida como "viagra femenina" o "píldora rosa", es un nuevo fármaco para el tratamiento de la disminución del deseo sexual en mujeres premenopáusicas. Este nuevo y único fármaco, conocido como Addyi® y cuyo principio activo es la flibanserina, todavía no ha llegado a Europa y solamente puede obtenerse (con receta médica) en EE. UU., donde se ha aprobado su uso este verano.

¿LLEGARÁ A ESPAÑA?

Originalmente diseñada como un antidepresivo a principios de los años 90,

la flibanserina no llegó a ser aprobada para este uso hasta ahora, al mostrar cierta efectividad para el tratamiento del deseo sexual hipoactivo (el que no tiene origen orgánico).
 * Antes de que llegue a nuestro país tiene que superar aún pruebas a nivel europeo, pero su aprobación para el consumo en EE. UU. puede allanar el camino para que un día se pueda contar aquí con esta alternativa para mejorar la vida sexual de las mujeres.

"ENCIENDE" EL DESEO EN EL CEREBRO

Aunque se ha dado a conocer como la "viagra femenina", este fármaco tiene un funcionamiento muy distinto al de la conocida Viagra® (sildenafil):

* Así funciona. La alternativa masculina actúa directamente sobre el órgano sexual favoreciendo la vasodilatación, mientras que el fármaco para las mujeres actúa a nivel del sistema nervioso central. Esto significa que la pastilla logra "encender" el deseo sexual en el cerebro. Consigue re-

TODO LO QUE INFLUYE

Qué puede "robarte" el deseo sexual

- **Pueden haber causas anímicas.** Entre las causas más comunes de la falta de libido se cuentan el estrés, el cansancio, los problemas laborales, el estado de ánimo y sobre todo los problemas de pareja.
- **Hay enfermedades que influyen.** En algunos casos la inapetencia puede ser por influencia de una enfermedad crónica o psiquiátrica, o por el uso de ciertos medicamentos que afectan a la libido.
- **Otros aspectos de la vida en pareja.** Cuando no es posible identificar una causa clara de la falta de apetito sexual, debemos tener presente el enemigo número uno del deseo: la rutina.

Es fundamental la detección precoz de la ansiedad y la depresión en las embarazadas para evitar consecuencias en el niño

24/11/2015 - 14:13

El 25 por ciento de las embarazadas padecerá ansiedad y depresión durante el embarazo, con la correspondiente importancia de establecer protocolos que ayuden a realizar un diagnóstico precoz de estas patologías que conlleva la cifra, para evitar consecuencias en el niño, según ha destacado la jefa del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Universitario Quirón Dexeus, la doctora Gracias Lasheras, en el marco del 42º Symposium Internacional de la Mujer.

MADRID, 24 (EUROPA PRESS)

Las consecuencias de estas patologías si no se diagnostican a tiempo van más allá de la salud de la madre, puesto que existen estudios que demuestran mayores tasas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), comportamientos impulsivos y trastornos en el desarrollo de los niños.

"Tanto ginecólogos como psiquiatras debemos estar correctamente formados y actualizados en esta patología para poder detectar las señales de alarma y realizar a las pacientes las pruebas necesarias para lograr un diagnóstico precoz que permita disminuir consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto", ha explicado la especialista en medicina materno fetal en Salud de la Mujer Dexeus y moderadora de la sesión sobre Patología Médica durante este Symposium, la doctora Ariana Serrano.

En el symposium, que ha reunido a 200 profesionales internacionales, se han presentado y debatido las últimas novedades en Medicina Maternofetal 2.0. Las sesiones, repartidas en dos jornadas, han ayudado a los profesionales a analizar las nuevas líneas de diagnóstico y tratamiento en diferentes ámbitos de interés como la prematuridad, el embarazo múltiple, el diagnóstico prenatal, y el tratamiento de la preeclampsia, entre otros.



Infused provided by Teade

Una de las sesiones más importantes ha sido la destinada a la importancia del bienestar de la embarazada, que se ha centrado en el ejercicio y la nutrición. Los beneficios del deporte durante el embarazo van más allá de la forma física, ya que ayuda a evitar o reducir diferentes enfermedades.

Está demostrado que patologías como la diabetes gestacional ven reducido su impacto gracias a la práctica de deporte, que revierte en una menor necesidad de insulina en aquellas pacientes que realizan actividad física continuada.

"Existen muchos mitos sobre el ejercicio y las embarazadas. Durante muchos años se ha dicho que las embarazadas no pueden hacer deporte, pero esto no es así. El ejercicio es muy importante, si bien hay que eliminar deportes de impacto. Existen otros como caminar o la natación que permiten a las embarazadas mantener su forma física, algo que les ayudará no solo durante el embarazo sino también a la hora de enfrentarse al parto", ha afirmado la obstetra en Salud de la Mujer Dexeus, la doctora Sofia Fournier.

Otra parte destacada de la sesión ha sido la dedicada a la digitalización en los profesionales, titulada 'Redes Sociales e Identidad Digital', en la que se ha contado con expertos destacados en este ámbito como el coordinador del área digital y de proyectos de formación 'on line' en Salud de la Mujer Dexeus, Xavier López; el Digital Business Strategy Manager en Sanofi, Xavier Olba; el director general de ISDI, Rodrigo Miranda; el fundador de Doctoralia, Frederic Llordach; y la periodista y madre 2.0 que ha ofrecido su punto de vista como paciente, Patricia Benítez.

Es fundamental la detección precoz de la ansiedad y la depresión en las embarazadas para evitar consecuencias en el niño

24.11.15 | 14:13h. EUROPA PRESS | MADRID

El 25 por ciento de las embarazadas padecerá ansiedad y depresión durante el embarazo, con la correspondiente importancia de establecer protocolos que ayuden a realizar un diagnóstico precoz de estas patologías que conlleva la cifra, para evitar consecuencias en el niño, según ha destacado la jefa del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Universitario Quirón Dexeus, la doctora Gracias Lasheras, en el marco del 42º Symposium Internacional de la Mujer.

Las consecuencias de estas patologías si no se diagnostican a tiempo van más allá de la salud de la madre, puesto que existen estudios que demuestran mayores tasas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), comportamientos impulsivos y trastornos en el desarrollo de los niños.

"Tanto ginecólogos como psiquiatras debemos estar correctamente formados y actualizados en esta patología para poder detectar las señales de alarma y realizar a las pacientes las pruebas necesarias para lograr un diagnóstico precoz que permita disminuir consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto", ha explicado la especialista en medicina materno fetal en Salu de la Mujer Dexeus y moderadora de la sesión sobre Patología Médica durante este Symposium, la doctora Ariana Serrano.

En el symposium, que ha reunido a 200 profesionales internacionales, se han presentado y debatido las últimas novedades en Medicina Materno-fetal 2.0. Las sesiones, repartidas en dos jornadas, han ayudado a los profesionales a analizar las nuevas líneas de diagnóstico y tratamiento en diferentes ámbitos de interés como la prematuridad, el embarazo múltiple, el diagnóstico prenatal, y el tratamiento de la preclamsia, entre otros.

Una de las sesiones más importantes ha sido la destinada a la importancia del bienestar de la embarazada, que se ha centrado en el ejercicio y la nutrición. Los beneficios del deporte durante el embarazo van más allá de la forma física, ya que ayuda a evitar o reducir diferentes enfermedades.

Está demostrado que patologías como la diabetes gestacional ven reducido su impacto gracias a la práctica de deporte, que revierte en una menor necesidad de insulina en aquellas pacientes que realizan actividad física continuada.

"Existen muchos mitos sobre el ejercicio y las embarazadas. Durante muchos años se ha dicho que las embarazadas no pueden hacer deporte, pero esto no es así. El ejercicio es muy importante, si bien hay que eliminar deportes de impacto. Existen otros como caminar o la natación que permiten a las embarazadas mantener su forma física, algo que les ayudará no solo durante el embarazo sino también a la hora de enfrentarse al parto", ha afirmado la obstetra en Salud de la Mujer Dexeus, la doctora Sofía Fournier.

Otra parte destacada de la sesión ha sido la dedicada a la digitalización en los profesionales, titulada 'Redes Sociales e Identidad Digital', en la que se ha contado con expertos destacados en este ámbito como el coordinador del área digital y de proyectos de formación 'on line' en Salud de la Mujer Dexeus, Xavier López; el Digital Business Strategy Manager en Sanofi, Xavier Olba; el director general de ISDI, Rodrigo Miranda; el fundador de Doctoralia, Frederic Llordach; y la periodista y madre 2.0 que ha ofrecido su punto de vista como paciente, Patricia Benítez.



No volverán a dejarle solo

En China, unos padres salieron de casa dejando a su pequeño dentro y sin vigilancia. El niño quedó colgado de una de las ventanas sujetado, únicamente, por unos barrotes que impidieron que cayera al vacío. Finalmente, los bomberos tuvieron que cortar la reja, porque era imposible sacarlo de otra forma.

- Tres mujeres acusan a Trump de tocamientos
- Nueve provincias en alerta por precipitaciones

42 SYMPOSIUM INTERNACIONAL DE LA MUJER DEXEUS

La detección precoz de ansiedad y depresión en embarazadas, fundamental para evitar consecuencias en el bebé



Publicado 24/11/2015 14:13:33 ces

MADRID, 24 Nov. (EUROPA PRESS) -

El 25 por ciento de las embarazadas padecerá ansiedad y depresión durante el embarazo, con la correspondiente importancia de establecer protocolos que ayuden a realizar un diagnóstico precoz de estas patologías que conlleva la cifra, para evitar consecuencias en el niño, según ha destacado la jefa del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Universitario Quirón Dexeus, la doctora Gracias Lasheras, en el marco del 42º Symposium Internacional de la Mujer.

Las consecuencias de estas patologías si no se diagnostican a tiempo van más allá de la salud de la madre, puesto que existen estudios que demuestran mayores tasas de estorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), comportamientos impulsivos y stornos en el desarrollo de los niños.

"Tanto ginecólogos como psiquiatras debemos estar correctamente formados y actualizados en esta patología para poder detectar las señales de alarma y realizar a las pacientes las pruebas necesarias para lograr un diagnóstico precoz que permita disminuir consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto", ha explicado la especialista en medicina materno fetal en Salud de la Mujer Dexeus y moderadora de la sesión sobre Patología Médica durante este Symposium, la doctora Ariana Serrano.

En el symposium, que ha reunido a 200 profesionales internacionales, se han

de diagnóstico y tratamiento en diferentes ámbitos de interés como la prematuridad, el embarazo múltiple, el diagnóstico prenatal, y el tratamiento de la preclamsia, entre otros.



Vídeos

Más vídeos de salud: Importan ...



Uso de cookies

ENFERMEDADES
CANALES
VIDEOS
PODCASTS

NOTICIAS
NUTRICIÓN
PEDIATRÍA
MUJER
SEXOLOGÍA
CHEQUEA TU SALUD

MedicinaTV > Noticias > Es fundamental la detección precoz de la ansiedad y la depresión en las embarazadas para evitar consecuencias en el niño

24
NOV.15

A las 14:23

Es fundamental la detección precoz de la ansiedad y la depresión en las embarazadas para evitar consecuencias en el niño

Compartir
0

Tweet
0

Share
0

G+
0

Compartir
1

MADRID, 24 (EUROPA PRESS)

El 25 por ciento de las embarazadas padecerá ansiedad y depresión durante el embarazo, con la correspondiente importancia de establecer protocolos que ayuden a realizar un diagnóstico precoz de estas patologías que conlleva la cifra, para evitar consecuencias en el niño, según ha destacado la jefa del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Universitario Quirón Dexeus, la doctora Gracias Lasheras, en el marco del 42º Symposium Internacional de la Mujer.

Las consecuencias de estas patologías si no se diagnostican a tiempo van más allá de la salud de la madre, puesto que existen estudios que demuestran mayores tasas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), comportamientos impulsivos y trastornos en el desarrollo de los niños.

"Tanto ginecólogos como psiquiatras debemos estar correctamente formados y actualizados en esta patología para poder detectar las señales de alarma y realizar a las pacientes las pruebas necesarias para lograr un diagnóstico precoz que permita disminuir consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto", ha explicado la especialista en medicina materno fetal en Salu de la Mujer Dexeus y moderadora de la sesión sobre Patología Médica durante este Symposium, la doctora Ariana Serrano.

En el symposium, que ha reunido a 200 profesionales internacionales, se han presentado y debatido las últimas novedades en Medicina Maternofetal 2.0. Las sesiones, repartidas en dos jornadas, han ayudado a los profesionales a analizar las nuevas líneas de diagnóstico y tratamiento en diferentes ámbitos de interés como la prematuridad, el embarazo múltiple, el diagnóstico prenatal, y el tratamiento de la preclamsia, entre otros.

Una de las sesiones más importantes ha sido la destinada a la importancia del bienestar de la embarazada, que se ha centrado en el ejercicio y la nutrición. Los beneficios del deporte durante el embarazo van más allá de la forma física, ya que ayuda a evitar o reducir diferentes enfermedades.

Está demostrado que patologías como la diabetes gestacional ven reducido su impacto gracias a la práctica de deporte, que revierte en una menor necesidad de insulina en aquellas pacientes que realizan actividad física continuada.

"Existen muchos mitos sobre el ejercicio y las embarazadas. Durante muchos años se ha dicho que las embarazadas no pueden hacer deporte, pero esto no es así. El ejercicio es muy importante, si bien hay que eliminar deportes de impacto. Existen otros como caminar o la natación que permiten a las embarazadas mantener su forma física, algo que les ayudará no solo durante el embarazo sino también a la hora de enfrentarse al parto", ha afirmado la obstetra en Salud de la Mujer Dexeus, la doctora Sofia Fournier.

Otra parte destacada de la sesión ha sido la dedicada a la digitalización en los profesionales, titulada "Redes Sociales e Identidad Digital", en la que se ha contado con expertos destacados en este ámbito como el coordinador del área digital y de proyectos de formación 'on line' en Salud de la Mujer Dexeus, Xavier López; el Digital Business Strategy Manager en Sanofi, Xavier Olba; el director general de ISDI, Rodrigo Miranda; el fundador de Doctoralia, Frederic Llordach; y la periodista y madre 2.0 que ha ofrecido su punto de vista como paciente, Patricia Benítez.

Compartir
0

Tweet
0

Share
0

G+
0

Compartir
1

✉

Recibe nuestro boletín semanal

Introduce aquí tu email

Enviar

*Al suscribirte estás aceptando las condiciones de uso y política de privacidad

Archivo de noticias

4

Noviembre 2015

6

Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
-2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

Hoy

Últimas noticias

El Corte Inglés se suma al Día Mundial contra el Cáncer de Mama con varias acciones especiales Hace 3 horas

Cabeza (PSOE) pide un marco europeo para garantizar el acceso a los medicamentos genéricos 12 oct 18:31

El 64% de los donantes de trasplante renal de vivo son mujeres, mientras que el 62% de los receptores son hombres 11 oct 23:09

Novo Nordisk nombra a Olga Insua nueva directora general en España 11 oct 18:52

Una infección fúngica de las plantas podría servir para entender la aparición de algunas alergias 11 oct 18:27

Ver más >

Últimos artículos

¿Qué es el asma? | #Asmainfantil

MUEVE UN DEDO CONTRA EL MATRIMONIO INFANTIL

DESCUBRE MÁS >>>



Desayuna bien informado: Kit Buenos Días

Me gusta 48 070

Seguir a @T_Interest

Entrar

Registrarse

teinteresa.es Noticias

noticias, artículos ...

Buscar

Portada Inversión Crisis en el PSOE Caso Gürtel Tarjetas 'black' A fondo El Popurri El Tiempo Videos

Es fundamental la detección precoz de la ansiedad y la depresión en las embarazadas para evitar consecuencias en el niño

24/11/2015 - EUROPA PRESS, MADRID

El 25 por ciento de las embarazadas padecerá ansiedad y depresión durante el embarazo, con la correspondiente importancia de establecer protocolos que ayuden a realizar un diagnóstico precoz de estas patologías que conlleva la cifra, para evitar consecuencias en el niño, según ha destacado la jefa del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Universitario Quirón Dexeus, la doctora Gracias Lasheras, en el marco del 42º Symposium Internacional de la Mujer.



Las consecuencias de estas patologías si no se diagnostican a tiempo van más allá de la salud de la madre, puesto que existen estudios que demuestran mayores tasas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), comportamientos impulsivos y trastornos en el desarrollo de los niños.

COMPARTIR



"Tanto ginecólogos como psiquiatras debemos estar correctamente formados y actualizados en esta patología para poder detectar las señales de alarma y realizar a las pacientes las pruebas necesarias para lograr un diagnóstico precoz que permita disminuir consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto", ha explicado la especialista en medicina materno fetal en Salu de la Mujer Dexeus y moderadora de la sesión sobre Patología Médica durante este Symposium, la doctora Ariana Serrano.

En el symposium, que ha reunido a 200 profesionales internacionales, se han presentado y debatido las últimas novedades en Medicina Maternofetal 2.0. Las sesiones, repartidas en dos jornadas, han ayudado a los profesionales a analizar las nuevas líneas de diagnóstico y tratamiento en diferentes ámbitos de interés como la prematuridad, el embarazo múltiple, el diagnóstico prenatal, y el tratamiento de la preeclampsia, entre otros.

Una de las sesiones más importantes ha sido la destinada a la importancia del bienestar de la embarazada, que se ha centrado en el ejercicio y la nutrición. Los beneficios del deporte durante el embarazo van más allá de la forma física, ya que ayuda a evitar o reducir diferentes enfermedades.

Está demostrado que patologías como la diabetes gestacional ven reducido su impacto gracias a la práctica de deporte, que revierte en una menor necesidad de insulina en aquellas pacientes que realizan actividad física continuada.

"Existen muchos mitos sobre el ejercicio y las embarazadas. Durante muchos años se ha dicho que las embarazadas no pueden hacer deporte, pero esto no es así. El ejercicio es muy importante, si bien hay que eliminar deportes de impacto. Existen otros como caminar o la natación que permiten a las embarazadas mantener su forma física, algo que les ayudará no solo durante el embarazo sino también a la hora de enfrentarse al parto", ha afirmado la obstetra en Salud de la Mujer Dexeus, la doctora Sofía Fournier.



AL MINUTO

- 12:38 GMV desarrollará el Servicio de Búsqueda y Rescate del programa Galileo por cuatro millones
- 12:38 OHL inicia en Chile y de la mano de Eversis la expansión internacional de la división de servicios
- 12:35 (AMPLIACION) CASI DOS DE CADA CINCO JÓVENES EN ESPAÑA ESTÁN EN RIESGO DE POBREZA Y

CONTRIBUIMOS PARA RECIBIR



SALUD - ENFERMEDADES

Es fundamental la detección precoz de la ansiedad y la depresión en las embarazadas para evitar consecuencias en el niño

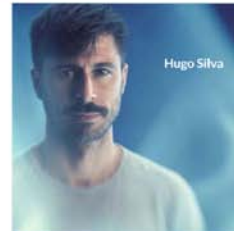
24/11/2015 - 14:13

f | | | G+ | | in

f | | | G+ | | in | Etiquetas ▶ Sanofi-Aventis, Chabelo, Enfermedades, Psicología, Investigación Médica, Pediatría.



MADRID, 24 (EUROPA PRESS) El 25 por ciento de las embarazadas padecerá ansiedad y depresión durante el embarazo, con la correspondiente importancia de establecer protocolos que ayuden a realizar un diagnóstico precoz de estas patologías que conlleva la cifra, para evitar consecuencias en el niño, según ha destacado la jefa del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Universitario Quirón Dexeus, la doctora Gracias Lasheras, en el marco del 42º Simposium Internacional de la Mujer. Las consecuencias de estas patologías si no se diagnostican a tiempo van más allá de la salud de la madre, puesto que existen estudios que demuestran mayores tasas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), comportamientos impulsivos y trastornos en el desarrollo de los niños. "Tanto ginecólogos como psiquiatras debemos estar correctamente formados y actualizados en esta patología para poder detectar las señales de alarma y realizar a las pacientes las pruebas necesarias para lograr un diagnóstico precoz que permita disminuir consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto", ha explicado la especialista en medicina materno fetal en Salu de la Mujer Dexus y moderadora de la sesión sobre Patología Médica durante este Symposium, la doctora Ariana Serrano. En el symposium, que ha reunido a 200 profesionales internacionales, se han presentado y debatido las últimas novedades en Medicina Maternofetal 2.0. Las sesiones, repartidas en dos jornadas, han ayudado a los profesionales a analizar las nuevas líneas de diagnóstico y tratamiento en diferentes ámbitos de interés como la prematuridad, el embarazo múltiple, el diagnóstico prenatal, y el tratamiento de la preeclampsia, entre otros. Una de las sesiones más importantes ha sido la destinada a la importancia del bienestar de la embarazada, que se ha centrado en el ejercicio y la nutrición. Los beneficios del deporte durante el embarazo van más allá de la forma física, ya que ayuda a evitar o reducir diferentes enfermedades. Está demostrado que patologías como la diabetes gestacional ven reducido su impacto gracias a la práctica de deporte, que revierte en una menor necesidad de insulina en aquellas pacientes que realizan actividad física continuada. "Existen muchos mitos sobre el ejercicio y las embarazadas. Durante muchos años se ha dicho que las embarazadas no pueden hacer deporte, pero esto no es así. El ejercicio es muy importante, si bien hay que eliminar deportes de impacto. Existen otros como caminar o la natación que permiten a las embarazadas mantener su forma física, algo que les ayudará no solo durante el embarazo sino también a la hora de enfrentarse al parto", ha afirmado la obstetra en Salud de la Mujer Dexeus, la doctora Sofia Fournier. Otra parte destacada de la sesión ha sido la dedicada a la digitalización en los profesionales, titulada 'Redes Sociales e Identidad Digital', en la que se ha contado con expertos destacados



Hugo Silva



Michelle Jenner



Moody's avisa de que el precio del crédito al consumo español duplica al de Europa

La agencia de calificación Moody's ha advertido de que el precio medio de los préstamos al consumo en España casi duplica al fijado en la eurozona, a pesar de que se ha abaratado desde 2014.

LO MÁS VISTO

- 1 Primeras páginas de los diarios llegados esta noche a nuestra redacción

Más » Siguiente blog»

Noticias de Salud

Un blog con noticias de actualidad relacionadas con el mundo de la salud. Novedades, encuestas, estudio
Con un sencillo lenguaje dirigido a todo el mundo. Y algunos consejos turísticos para pasarlo bien

martes, 24 de noviembre de 2015

1 de cada 4 embarazadas sufrirá ansiedad y depresión en el embarazo

La 42ª Edición del Symposium Internacional que anualmente organiza la Fundación Dexeus Salud de la Mujer ha reunido a más de 200 profesionales internacionales que han presentado y debatido las últimas novedades en Medicina Maternofetal 2.0. Las sesiones, repartidas en dos jornadas, han ayudado a los profesionales a analizar las nuevas líneas de diagnóstico y tratamiento en diferentes ámbitos de interés como la prematuridad, el embarazo múltiple, el diagnóstico prenatal, y el tratamiento de la preclamsia, entre otros.

Durante la sesión "Patología Médica", la Dra. Gracia Lasheras, jefa del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Universitario Quirón Dexeus, ha destacado la importancia de establecer protocolos que ayuden a realizar un diagnóstico precoz en patologías como la ansiedad y la depresión que sufren 1 de cada 4 embarazadas, y que con un diagnóstico temprano presentan tasas elevadas de curación. Las consecuencias de estas patologías van más allá de la salud de la madre: existen estudios que demuestran mayores tasas de tdah, comportamientos impulsivos y trastornos en el desarrollo. "Tanto ginecólogos como psiquiatras debemos estar correctamente formados y actualizados en esta patología para poder detectar las señales de alarma y realizar a las pacientes las pruebas necesarias para lograr un diagnóstico precoz que permita disminuir consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto", explica la Dra. Arlana Serrano Olmedo, especialista en medicina materno fetal en Salud de la Mujer Dexeus, y moderadora de la sesión sobre Patología Médica durante este Symposium.

Publicado por Francisco Acedo en 10:04  Recomiendar esta en Google

Etiquetas: [ansiedad](#), [depresión](#), [embarazo](#), [Fundación Dexeus Salud de la Mujer](#), [salud](#)

No hay comentarios:

[Publicar un comentario en la entrada](#)

[Entrada más reciente](#) [Página principal](#) [Entrada antigua](#)

Suscribirse a: [Enviar comentarios \(Atom\)](#)

1 de cada 4 embarazadas sufrirá ansiedad y depresión en el embarazo

24/11/2015 19:04 Lectura: 1 min (246 palabras)

La 42ª Edición del Symposium Internacional que anualmente organiza la Fundación Dexeus Salud de la Mujer ha reunido a más de 200 profesionales internacionales que han presentado y debatido las últimas novedades en Medicina Maternofetal 2.0. Las sesiones, repartidas en dos jornadas, han ayudado a los profesionales a analizar las nuevas líneas de diagnóstico y tratamiento en diferentes ámbitos de interés como la prematuridad, el embarazo múltiple, el diagnóstico prenatal, y el tratamiento de la preeclampsia, entre otros.

Durante la sesión "Patología Médica", la Dra. Gracia Lasheras, jefa del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Universitario Quirón Dexeus, ha destacado la importancia de establecer protocolos que ayuden a realizar **un diagnóstico precoz en patologías como la ansiedad y la depresión que sufren 1 de cada 4 embarazadas**, y que con un diagnóstico temprano presentan tasas elevadas de curación. Las consecuencias de estas patologías van más allá de la salud de la madre: existen estudios que demuestran **mayores tasas de tdah, comportamientos impulsivos y trastornos en el desarrollo**. " *Tanto ginecólogos como psiquiatras debemos estar correctamente formados y actualizados en esta patología para poder detectar las señales de alarma y realizar a las pacientes las pruebas necesarias para lograr un diagnóstico precoz que permita disminuir consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto* ", explica la Dra. Ariana Serrano Olmedo, especialista en medicina materno fetal en Salud de la Mujer Dexeus, y moderadora de la sesión sobre Patología Médica durante este Symposium.



Kia Rio
Desde 9.775 €
» [Pincha aquí](#)



Trading Online
Aprenda de bolsa con el nº1 en España en CFDs.
¡Fórmese con IG!
» [Pincha aquí](#)



Un baño perfecto
Con un lugar para cada cosa, el baño puede ser tan relajante como un spa
» [Pincha aquí](#)



Hoteles en Granada
¿Estas buscando un Hotel barato en Granada?
¡Encuentra aquí las mejores ofertas!
» [Pincha aquí](#)

Publicidad LIGATUS

lineadirecta.com

Que contratar online tu seguro

URGENTE El juez sienta en el banquillo a Mas, Rigau y Ortega por desobediencia y prevaricación

DIRECTO Sigue aquí en directo el anuncio del ganador del premio Nobel de Literatura 2016
(<http://www.lavanguardia.com/cultura/20161013/41969153122/premio-nobel-literatura-streaming.html>)

CAT-SALUDEMBARAZO

Una de cada cuatro embarazadas sufre ansiedad y depresión en el embarazo



24/11/2015 13:37

Barcelona, 24 nov (EFE).- Una de cada cuatro embarazadas sufre ansiedad y depresión en el embarazo, lo que puede conducir a mayores tasas de TDAH y problemas de desarrollo del niño como consecuencia, según los expertos que han participado en Barcelona en la 42 edición del Symposium Internacional de Salud de la Mujer Dexeus.

Organizado por la Fundación Dexeus Salud de la Mujer, el simposio ha reunido a más de 200 profesionales internacionales que han presentado y debatido las últimas novedades en Medicina Maternofetal 2.0.

Durante dos días, los participantes han analizado las nuevas líneas de diagnóstico y tratamiento sobre prematuros, el embarazo múltiple, el diagnóstico prenatal, o el tratamiento de la preclamsia, entre otros.

La jefa del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Universitario Quirón Dexeus, Gracia Lasheras, ha destacado la importancia de establecer protocolos que ayuden a realizar un diagnóstico precoz en patologías como la ansiedad y la depresión que sufren 1 de cada 4 embarazadas, y que con un diagnóstico temprano presentan tasas elevadas de curación.

Las consecuencias de estas patologías van más allá de la salud de la madre: existen estudios que demuestran mayores tasas de TDAH, comportamientos impulsivos y trastornos en el desarrollo.

"Tanto ginecólogos como psiquiatras debemos estar correctamente formados y actualizados en esta patología para poder detectar las señales de alarma y realizar a las pacientes las pruebas necesarias para lograr un diagnóstico precoz que permita disminuir consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto", ha destacado la doctora Ariana Serrano, especialista en medicina materno fetal en Salud de la Mujer Dexeus.

Una de las sesiones destacadas, novedad de esta edición, ha sido la destinada al abordaje de la importancia del bienestar en la embarazada, que se ha centrado en dos ámbitos, el ejercicio y la nutrición.

Existen estudios científicos que demuestran que los beneficios de practicar deporte durante el embarazo van más allá de la forma física; está demostrado que patologías como la diabetes gestacional ven reducido su impacto gracias a la práctica de deporte que revierte en una menor necesidad de insulina en aquellas pacientes que realizan actividad física continuada.

La obstetra Sofia Fournier, ha subrayado que "existen muchos mitos sobre el ejercicio y las embarazadas. Durante muchos años se ha dicho que las embarazadas no pueden hacer deporte, pero esto no es así".

Seguir leyendo: 17

farmanatur
(<http://revistafarmanatur.com>)

<https://www.facebook.com/revistafarmanatur/> <https://twitter.com/farmanatur> <https://www.instagram.com/revistafarmanatur/> <https://www.linkedin.com/company/revistafarmanatur/>

Jueves, 13 de Octubre de 2016

Ansiedad y depresión en el embarazo

Publicado por <https://www.facebook.com/revistafarmanatur/> el 27 noviembre 2015



<http://revistafarmanatur.com/wp-content/uploads/2015/11/imagen02043.jpg> Una de cada cuatro embarazadas sufre ansiedad y depresión en el embarazo. Los expertos alertan sobre la importancia del diagnóstico precoz de esta patología para favorecer un buen parto.

La 42ª Edición del Symposium Internacional que anualmente organiza la Fundación Dexeus Salud de la Mujer ha reunido a más de 200 profesionales internacionales que han presentado y debatido las últimas novedades en Medicina Maternal 2.0. Las sesiones, repartidas en dos jornadas, han ayudado a los profesionales a analizar las nuevas líneas de diagnóstico y tratamiento en diferentes ámbitos de interés como la prenatalidad, el embarazo múltiple, el diagnóstico prenatal, y el tratamiento de la preeclampsia, entre otros.

Durante la sesión "Patología Materna", la Dra. Gracia Lasheras, jefa del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Universitario Quirón Dexeus, ha destacado la importancia de establecer protocolos que ayuden a realizar un diagnóstico precoz en patologías como la ansiedad y la depresión que sufren 1 de cada 4 embarazadas, y que con un diagnóstico temprano presentan tasas elevadas de curación. Las consecuencias de estas patologías van más allá de la salud de la madre, existen estudios que demuestran mayores tasas de feto, comportamientos emocionales y trastornos en el desarrollo. "Tanto ginecólogos como pediatras debemos estar constantemente formados y actualizados en esta patología para poder detectar las señales de alarma y realizar a los pacientes las pruebas necesarias para lograr un diagnóstico precoz que permita disminuir consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto", explica la Dra. Ana María Gilmore, especialista en medicina materno fetal en Salud de la Mujer Dexeus, y moderadora de la sesión sobre Patología Materna durante esta Symposium.

El papel del ejercicio físico en el embarazo

Una de las sesiones destacadas, novedad de esta edición, ha sido la destinada al abordaje de la importancia del bienestar en la embarazada, que se ha centrado en dos ámbitos, el ejercicio y la nutrición.

Existen estudios científicos que demuestran que los beneficios de practicar deporte durante el embarazo van más allá de la forma física; está demostrado que patologías como la diabetes gestacional ven reducido su impacto gracias a la práctica de deporte que revierte en una menor necesidad de insulina en aquellas pacientes que realizan actividad física continuada.

La Dra. Sofía Foumier, jefa de Salud de la Mujer Dexeus, y moderadora de esta sesión ha querido destacar que "Existen muchas mitos sobre el ejercicio y las embarazadas. Durante muchos años se ha dicho que las embarazadas no pueden hacer deporte, pero esto no es así. El ejercicio es muy importante, al igual hay que evitar deportes de impacto. Existen otros como caminar o la natación que permiten a las embarazadas mantener su forma física, algo que les ayudará no solo durante el embarazo sino también a la hora de enfrentarse al parto".

Antes de comenzar a realizar cualquier actividad física, es importante que las embarazadas tengan claras una serie de pautas que les permitan adecuar este tipo de actividad a su estado actual. En palabras de María Magdalena López, presidenta de la Asociación Española de la Actividad Física y el Deporte y fundadora de FÁBIDE, "la actividad física debe estar siempre adaptada a la forma física de cada mujer y se deben combinar ejercicios de fuerza con trabajo cardiovascular siempre que se trate de deportes sin impacto como caminar o la práctica de natación dos o tres veces en semana".

42ª Edición del Symposium Internacional de Fundación Dexeus Salud de la Mujer

Salud de la Mujer Dexeus ha celebrado este año la edición número 42 de su Symposium Internacional anual en el que se han reunido los mayores expertos de ginecología del mundo. En esta ocasión, el Symposium titulado "Medicina Maternal 2.0", ha abordado las últimas novedades en el campo ginecológico y obstétrico, y ha incluido como novedad una sesión dedicada a debatir la importancia de la digitalización en los profesionales de la salud en una sesión llamada "Redes Sociales e Identidad Digital" en la que se ha contado con expertos de reconocido prestigio en este ámbito como: Xavier López, coordinador del área digital y de proyectos de formación online en Salud de la Mujer Dexeus; Xavier Cilla, Digital Business Strategy Manager en Sanofi; Rodrigo Miranda, director general de ESO; Frederic Llobet, fundador de Doctoralia; y Patricia Benítez, periodista y madre 2.0 que ha abordado su mundo de vida como padre.

Durante la segunda jornada los asistentes tuvieron la oportunidad de compartir una sesión con la Dra. Begoñi Azpilicueta, miembro de la Academia Internacional de Medicina Perinatal, que ha presentado las últimas novedades en parto gemelar, y que además ha sido premiada con la Medalla de Oro del Departamento 2015, que reconoce su brillante trayectoria profesional en el ámbito de la Obstetricia y la Ginecología.

<https://www.facebook.com/revistafarmanatur/> <https://twitter.com/farmanatur> <https://www.instagram.com/revistafarmanatur/> <https://www.linkedin.com/company/revistafarmanatur/>

Comparte <https://www.facebook.com/revistafarmanatur/> <https://twitter.com/farmanatur> <https://www.instagram.com/revistafarmanatur/> <https://www.linkedin.com/company/revistafarmanatur/>

Publicado por <https://www.facebook.com/revistafarmanatur/> el 27 noviembre 2015

... Avanza de colaboración entre farmanatur y Serpene <http://revistafarmanatur.com/colaboracion-entre-farmanatur-y-serpene/>

No al Boreas en las farmacias salicadas... <http://revistafarmanatur.com/noticia-no-al-boreas-en-las-farmacias-salicadas/>

Te recomendamos



SOLUCIONES
CON GARANTÍA
DE ÉXITO

<http://www.farmaceutica.com>

¿Quieres recibir
nuestro newsletter?

Destacamos · Deberes escolares · Educación en familia · Otoño · Técnicas de estudio

Videos | Tienda

hacer familia

Introduce el texto

Recibe nuestro boletín



EMBARAZO · BEBÉS · NIÑOS · ADOLESCENTES · JÓVENES · PAREJA · FAMILIA · MUJER · OPINIÓN
ACTUALIDAD · PSICOLOGÍA · EDUCACIÓN · SALUD · NUTRICIÓN · MOTOR · OCIO · LIBROS · MUY ÚTIL

Tomás Malmierca **La mirada de papá** Días claros para poder de los

Suscríbete este mes a **hacer familia**

Depresión en el embarazo: combátela con ejercicio



Foto: THINKSTOCK Ampliar foto

La depresión es una de las patologías que más inquietudes despierta en nuestra sociedad, de ahí que los expertos alerten sobre la importancia de un diagnóstico precoz. Más de 200 profesionales internacionales se han dado cita en la 42ª Edición del Symposium Internacional de Salud de la Mujer de la fundación Dexeus para tratar el tema de la depresión en el embarazo.

La fundación Dexeus, que se encarga fundamentalmente de la difusión de distintos estudios relacionados con la obstetricia, la ginecología y la medicina de reproducción, en relación al encuentro sobre Medicina Maternofoetal 2.0 ha estudiado la relación de la depresión antes, durante o después del embarazo con la salud del niño. En el simposio, la doctora Gracia Lasheras, jefa del servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Universitario Quirón Dexeus, ha explicado que una depresión "puede traer consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto" independientemente de cuando se produzca. Una de esas dificultades derivadas puede ser el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, más conocido como TDAH, que es un trastorno crónico de carácter neurobiológico que exige tratamiento.

Cómo prevenir la depresión en el embarazo

y llévate un completo pack escolar de



Lo más leído en

Embarazo

- 1 ¿De verdad pueden ser buenas las náuseas en el embarazo?
- 2 Medusas: cómo pican y cómo tratar la picadura
- 3 Madrid en verano: 10 planes para no aburrirse
- 4 5 trucos para enseñar a tus hijos a ser ordenados

Ansiedad y depresión: tan comunes en el embarazo que las sufre una de cada cuatro mujeres



Compartir

105 | [Twitter](#) | [E+](#)

GUARDAR | 1 COMENTARIOS

27 Noviembre 2015 [EVA PARIS](#)

Es probable que no todo vaya como esperabas y que te sientas demasiado triste en el embarazo. Tal vez los nervios hagan mella en tu estado de salud y sientas ansiedad. No son demasiado visibles, pero están ahí. **La ansiedad y depresión son tan comunes en el embarazo, que las sufrirá una de cada cuatro mujeres.**

[El embarazo no siempre es tan bonito como imaginábamos](#), y estos estados [pueden afectar a la salud del bebé](#). Por ello es importante que consultes al ginecólogo y compartas tus sentimientos por si fuera necesario recibir ayuda.

Recientemente se ha celebrado la 42 edición del Symposium Internacional de Salud de la Mujer Dexeus, donde se han tratado, entre otros temas, el de la depresión en el embarazo, las nuevas líneas de diagnóstico y tratamiento sobre prematuros, el embarazo múltiple, el diagnóstico prenatal, el tratamiento de la preclamsia...

Respecto a **las patologías de ansiedad y depresión durante el embarazo**, se puso de relieve su gran incidencia y la importancia de establecer protocolos que ayuden a realizar un diagnóstico precoz, ya que que con un diagnóstico temprano presentan tasas elevadas de curación.

La ansiedad y depresión no solo afectan a la salud de la madre. Existen estudios que demuestran en los bebés de madres que las han sufrido mayores tasas de TDAH, comportamientos impulsivos y trastornos en el desarrollo.

SUSCRIBETE A BEBÉS Y MÁS

Recibe un email al día con nuestros artículos:

Tu correo electrónico: [Suscríbete](#)

Síguenos

[Twit](#) [Face](#) [Insta](#) [RSS](#) [+](#)

PUBLICIDAD

Ofrecido por Momentos Chico



Mi peque empieza a andar, ¿cómo escojo los primeros zapatos?

Ofrecido por Hogar Henkel

LA PLAYA SOLO PARA TI HASTA 25% OTRO HASTA 20% ROMO/ESA  **MELIA.COM**
RESERVA

LA PLAYA SOLO PARA TI HASTA 25% OTRO HASTA 20% ROMO/ESA  **MELIA.COM**
RESERVA

ESPECIAL INTERACTIVO Por idioma, por edad, por género. Así es el retrato robot de los ganadores del Nobel de Literatura

Familia

Una de cada cuatro mujeres sufre ansiedad y estrés en el embarazo

» Expertos en Psiquiatría advierten que estas patologías puede favorecer que el bebé sufra tdah, comportamientos impulsivos y trastornos en el desarrollo

 Compartir     Compartido 155 veces



crazyegg... visualiza your visitors

The Astonishing Power of Eye Tracking Technology... Without the High Costs

[SHOW ME MY HEATMAP](#)

S.F. | 27/11/2015 14:28h - Actualizado: 10/08/2016 18:51h.

Guardado en [Padres e hijos](#)

Durante la sesión «Patología Médica», celebrada en la 42ª edición del Symposium Internacional que anualmente organiza la Fundación **Dexeus** Salud de la Mujer, la **doctora Gracia Lasheras**, jefa del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Universitario Quirón **Dexeus**, destacó la importancia de establecer protocolos que ayuden a realizar un diagnóstico precoz en patologías como la ansiedad y la depresión que sufren una de cada cuatro embarazadas, y que con un diagnóstico temprano presentan tasas elevadas de curación.

Publicado

BLOGS DE FAMILIA

TAREAS PENDIENTES

La buena empresa



POR MARÍA C. ORRELLANA

Las consecuencias de estas patologías van más allá de la salud de la madre: existen estudios que demuestran mayores tasas de tdah, comportamientos

[GUÍA ABC DE RESTAURANTES](#)

La forma de retirarse efectivo ha cambiado para siempre! twgpcash

en COPE | COPE

Buena noche | Inicio sesión | Regístrate

VOZ DE CÁDIZ en **Familia** - Padres hijos

SÍGUENOS EN   

CÁDIZ PROVINCIA ANDALUCÍA ESPAÑA INTERNACIONAL ECONOMÍA DEPORTES OPINIÓN CONOCER CULTURABOOCIO GENTEESTILO MULTIMEDIA

EL MUNDO FAMILIAS EDUCACIÓN MAYORES VIDA SANA CONSUMO OJO-LUCIFERA A TODO TREN SUPERGRANOS

En esta Hora **Boko Haram libera a 21 de las niñas secuestradas en Chibok, según la BBC**

POP!

Una de cada cuatro mujeres sufre ansiedad y estrés en embarazo

Expertos en Psiquiatría advierten que estas patologías puede favorecer que el bebé sufra tdah, comportamientos impulsivos y trastornos en el desarrollo





Publicidad

SEGURO DE COCHE



linea directa

CALCULA TU PRECIO

Tu valor y nombre de identificación de la compañía.

DESCUENTOS ABC.ES



Bebitus

5€ DESCUENTO

VER MÁS

B.F.J.
27/11/2015 14:28h - Actualizado: **10/06/2016 16:01h.**
Categoría en: **Familia** | Padres hijos

Durante la sesión «Patología Médica», celebrada en la 42ª edición del Symposium Internacional que anualmente organiza la Fundación Dexeus Salud de la Mujer, la **doctora Gracia Lasheras**, jefa del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Universitario Quirón Dexeus, destacó la importancia de establecer protocolos que ayuden a realizar un diagnóstico precoz en patologías como la ansiedad y la depresión que sufren una de cada cuatro embarazadas, y que con un diagnóstico temprano presentan tasas elevadas de curación.

Las consecuencias de estas patologías van más allá de la salud de la madre: existen estudios que demuestran mayores tasas de tdah, comportamientos impulsivos y trastornos en el desarrollo. «Tanto ginecólogos como psiquiatras debemos estar correctamente formados y actualizados en esta patología para detectar las señales de alarma y **realizar a las pacientes las pruebas necesarias** para lograr un diagnóstico precoz que permita disminuir las consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto», explicó la doctora Ariana Semero Olmedo, especialista en medicina materno fetal en Salud de la Mujer Dexeus, y moderadora de la sesión sobre Patología Médica durante este Symposium.

El papel del ejercicio físico en el embarazo

Durante el symposium internaciona también se señaló que existen estudios científicos que demuestran que **los beneficios de practicar deporte durante el embarazo** van más allá de la forma física. Está demostrado que patologías

SALUD FEMENINA

Los 5 errores que causan infecciones íntimas

¿Sabías que algunas costumbres o hábitos que parecen ayudar a evitar infecciones vaginales en realidad las favorecen? Y es que pueden romper el equilibrio de la microbiota vaginal, las bacterias buenas que evitan la entrada de patógenos



DRA. OLGA SALAS
Unidad de Tracto Genital
Interior del Departamento
de Obstetricia, Ginecología
y Reproducción del Institut
Universitari Dexeus

Lactobacillus de diferentes especies, bacilos y cocos, otras bacterias del tracto intestinal como la E. coli e incluso cándidas... conviven en la vagina. Pero si se altera el equilibrio de todos estos microorganismos, los patógenos pueden tomar el control y aparecen los problemas. Las causas de este desequilibrio son varias y muchas veces tienen que ver con hábitos o costumbres que parecen "inofensivos".

1 NO CUIDAR LA VAGINA DURANTE LA MENOPAUSIA

El pH vaginal es ácido, lo que dificulta la colonización por microorganismos patógenos. Pero con el descenso del nivel de estrógenos durante la menopausia (o bien por el uso de anticonceptivos) se altera

LO MÁS NUEVO

Tampón con probióticos para tratarlo

- **El uso de probióticos** (bacterias buenas) contra las infecciones vaginales no es nuevo, pero sí son relativamente recientes los taponetes que los incluyen.
- **Se utilizan junto a los tratamientos** específicos de las vaginitis y pueden ser el único tratamiento de la vaginosis bacteriana (Gardnerella vaginalis).
- **La ventaja de estos taponetes** es que se usan durante el periodo menstrual, cuando se deben suspender el resto de tratamientos específicos por vía vaginal.

LAS PIONERAS DE LA TÉCNICA CRISPR/CAS9

Jennifer Doudna
Nacida en EE.UU. en 1964, es profesora de la Universidad de California en Berkeley.

Realizó la investigación pionera sobre CRISPR/Cas9 junto a Charpentier en el 2012.



Emmanuelle Charpentier
Nacida en Francia en 1968, hizo la investigación cuando trabajaba en la Universidad de Umea (Suecia). Ahora dirige el Instituto Max Planck de Biología de Infecciones en Berlín.



reunión ha estado coorganizada por las Academias Nacionales de Ciencias y de Medicina de EE.UU., la Academia Nacional de Ciencias de China y la Sociedad Real del Reino Unido, lo que indica la voluntad de alcanzar un acuerdo entre los tres países más activos en el uso de CRISPR.

"Estamos cerca de poder modificar la herencia humana. Esto es algo a lo que la gente debe prestar atención", afirmó el martes en la jornada inaugural David Baltimore, premio Nobel del Instituto de Tecnología de California y principal organizador de la reunión, en declaraciones recogidas por Associated Press.

La fiebre por CRISPR empezó en el 2012 cuando la investigadora estadounidense Jennifer Doudna y la francesa Emmanuelle Charpentier demostraron, en una investigación conjunta, que la técnica

GRAN POTENCIAL
La edición del ADN permitirá curar enfermedades y mejorar cultivos

ca puede emplearse para editar el ADN humano. En origen, CRISPR es un mecanismo de defensa de las bacterias frente a los virus. Dado que algunos virus insertan sus genes en el ADN de las bacterias, y de este modo se aprovechan de ellas para fabricar nuevos virus, algunas bacterias han aprendido a identificar y eliminar los genes invasores que les han entrado en el genoma.

Lo hacen mediante unas herramientas genéticas que identifican al enemigo acoplándose al ADN procedente del virus. Se las llama CRISPR porque son las iniciales, en inglés, de "repeticiones palindrómicas cortas agrupadas regularmente intercaladas". Pero el nombre no es importante. Lo que importa es que las CRISPR actúan como guías que encuentran los genes indeseables. Y que, una vez los han encontrado, las bacterias utilizan unas proteínas llamadas Cas9, que actúan como tijeras, para cortar el ADN y eliminarlos.

Doudna y Charpentier tuvieron la gran idea de diseñar guías genéticas, similares a las CRISPR de las bacterias, pero adaptadas al ADN humano. Y de equiparlas con la proteína Cas9 para cortar el ADN en el lugar adecuado.

En realidad, estas nuevas guías desarrolladas por Doudna y Charpentier ya no son secuencias como las de las bacterias. Son, simplemente, guías genéticas diseñadas en laboratorio. Pero se las sigue llamando CRISPR por el mecanismo biológico en el que se inspiran.

La técnica aún debe perfeccionarse, según reconocen los investigadores que trabajan con ella y las compañías que ya se han creado para explotarla comercialmente. Aunque tiene una alta precisión, no es infalible, y puede crear mutaciones en lugares equivocados del genoma —las llamadas mutaciones off target, porque no dan en la diana—. Esta es una de las razones principales por las que algunos científicos

son contrarios a la edición genética de óvulos, espermatozoides y embriones humanos por ahora. Entre ellos se encuentra Emmanuelle Charpentier: "Mientras [las licencias] no estén a punto, pienso que es bueno tener una prohibición de editar la línea germinal humana", declaró el miércoles en Washington a la agencia Reuters.

Otros investigadores, como Jennifer Doudna, defienden una posición más moderada: "Una prohibición total no es práctica teniendo en cuenta la accesibilidad y la facilidad de uso de CRISPR/Cas9", afirma en un artículo publicado ayer en Nature. También ayer, el

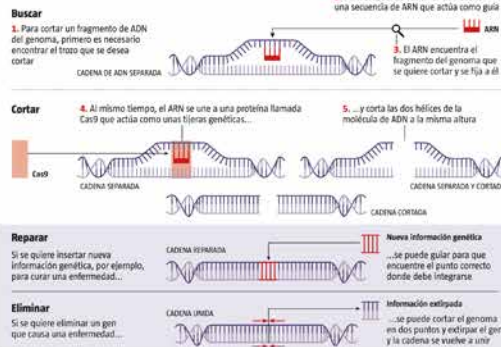
Comité de Bioética del Consejo de Europa hizo pública una declaración en la que defiende la técnica para mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, pero se pronuncia en contra de "cualquier modificación genética de embriones que se vaya a transmitir a próximas generaciones".

Esta opinión es compartida por el Gobierno de EE.UU. La modificación genética en reproducción asistida "es una línea que no debería cruzarse en este momento", ha declarado John Holdren, representante de la Casa Blanca, en la reunión de Washington. Pero cualquier acuerdo que se adopte debería ser internacional porque, según Holdren, la técnica se está extendiendo tan rápido que lo que se haga en un país "tendrá consecuencias en otros".

El Comité de Bioética del Consejo de Europa hizo pública una declaración en la que defiende la técnica para mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, pero se pronuncia en contra de "cualquier modificación genética de embriones que se vaya a transmitir a próximas generaciones".

Esta opinión es compartida por el Gobierno de EE.UU. La modificación genética en reproducción asistida "es una línea que no debería cruzarse en este momento", ha declarado John Holdren, representante de la Casa Blanca, en la reunión de Washington. Pero cualquier acuerdo que se adopte debería ser internacional porque, según Holdren, la técnica se está extendiendo tan rápido que lo que se haga en un país "tendrá consecuencias en otros".

Cortar y pegar: así funciona la técnica



FUENTE: Elaboración propia

Raúl Cernadas / LA VANGUARDIA

DEBATE BIOÉTICO
Científicos de más de veinte países se han reunido para acordar los usos de la técnica

humana", declaró el miércoles en Washington a la agencia Reuters. Otros investigadores, como Jennifer Doudna, defienden una posición más moderada: "Una prohibición total no es práctica teniendo en cuenta la accesibilidad y la facilidad de uso de CRISPR/Cas9", afirma en un artículo publicado ayer en Nature. También ayer, el

LA CONSULTA

¿Debe autorizarse la manipulación genética de embriones?

La posible utilización de la tecnología de CRISPR/Cas9 en la línea germinal, y por lo tanto la transmisión de la modificación genética a las generaciones futuras, constituye un tema de discusión tanto desde el punto de vista técnico como ético. El grupo de expertos en células madre de la Sociedad Europea de Reproducción y Embriología Humana (Eshre) ha revisado las indicaciones de esta técnica y sus implicaciones éticas en medicina reproductiva.

La indicación principal para usos reproductivos sería la corrección de mutaciones responsables de enfermedades monogénicas como la fibrosis quística. La finali-

dad sería conseguir la producción de óvulos o espermatozoides libres de la mutación. Actualmente, las parejas afectas de patologías de este tipo acuden a la técnica de diagnóstico genético preimplantacional, que permite la selección de los embriones libres de la enfermedad.

La utilización de CRISPR/Cas9 para modificar genéticamente condiciones no médicas conllevaría una dificultad metodológica añadida. Resgor como la inteligencia o las habilidades para el deporte están ligadas a un número indeterminado de genes y dependen en gran manera de la interacción del genoma con el entorno. No se conocen las bases moleculares de la

herencia de estas características y, por lo tanto, la edición genética no se debería plantear y sería probablemente peligrosa para estas indicaciones, y se discuten los límites aceptables para considerarla en indicaciones no médicas debe llevarse a cabo a nivel global, implicando a los expertos científicos, los expertos bioéticos y la sociedad que debe ser informada.

Se visualizan tres categorías de posibles beneficios del uso del CRISPR/Cas9 en el área de la reproducción: conocimiento de los procesos del desarrollo y función genética, corrección de defectos que causan infertilidad y corrección de defectos en la futura prole. Esta técnica aumentaría, por tan-

to, la autonomía reproductiva de las parejas tratadas. Hay que tener en cuenta que en numerosos países la modificación de la línea germinal está prohibida, aunque no existe un consenso internacional.

Otro aspecto por considerar es la seguridad de la propia técnica y sus posibles consecuencias en la salud de la descendencia. Existe unanimidad en la comunidad científica en que la utilización de CRISPR/Cas9 para finalidades reproductivas es prematura e inaceptable en este momento y hasta que no se resuelvan las dificultades técnicas actuales. La investigación en embriones humanos tanto los sobrantes de los procesos de fecundación in vitro como los

creados específicamente para ello, debe permitir alcanzar niveles de seguridad y eficacia adecuados para plantear una futura aplicación clínica. El grupo de expertos de la Eshre aboga por promover una investigación transparente y de amplio alcance que permita resolver los problemas técnicos existentes. La aplicación clínica para la prevención del nacimiento de descendencia afectada de enfermedades deberá considerarse cuando se trate de una técnica segura y cuando las técnicas actualmente disponibles no aporten los resultados esperables.

ANNA VEIGA
Centre de Medicina Regenerativa de Barcelona / Hospital QuirónDexeus

Las embarazadas, grupo de riesgo ante la gripe

Durante la gestación, el sistema inmunitario de la mujer es especialmente susceptible a injerencias externas



El periodo de mayor peligro para contraer la gripe durante el embarazo comprende el segundo y tercer trimestre de gestación.

SILVIA FIDALGO

La gripe es una enfermedad vírica causada por el virus *influenza* que se contagia fácilmente de una persona a otra y a menudo es confundida con un simple resfriado, ya que los síntomas son parecidos. La diferencia estriba en que el resfriado es una infección leve de las vías respiratorias altas, mientras que la gripe es una enfermedad respiratoria aguda más duradera y puede desembocar en patologías más serias, hasta provocar incluso la muerte. Existen grupos de riesgo dentro de la sociedad que deben prestar más atención a los síntomas de la gripe y a su tratamiento, pero sobre todo a su prevención. Las embarazadas, junto con niños y ancianos, forman parte de este colectivo, ya que si bien la gripe no tiene un impacto directo sobre el feto, sus efectos sobre la madre son más virulentos, lo que puede llevar a complicaciones graves, tal como indica Bernat Serra, jefe del servicio de obstetricia de Salud de la Mujer Dexeus. El periodo de mayor peligro para contraer la gripe durante el embarazo comprende el se-

El método de prevención más seguro para la madre y el bebé es la vacuna antigripal

gundo y tercer trimestre de gestación. Si la madre, además, padece otras enfermedades como asma, obesidad o diabetes, las posibilidades de sufrir afecciones pulmonares tipo bronquitis o neumonía se multiplican. De cara al feto, las consecuencias de una gripe podrían derivar en un parto prematuro o en el nacimiento de un bebé con bajo peso. Ante la llegada de la época invernal, periodo de mayor circulación del virus, todas las medidas de prevención ante la infección son pocas. El método más seguro, tanto para la madre como para el bebé, es la administración de la vacuna antigripal, que además ha evidenciado altos índices de efectividad. No tiene ningún efecto adverso demostrado para el bebé, por el contrario, le ofrece protección desde que nace

hasta el sexto mes de vida. La vacuna se recomienda a todas las mujeres embarazadas y está disponible en la mayoría de centros de salud. Para prevenir su contagio, los especialistas recomiendan lavarse las manos frecuentemente y evitar tocarse la cara, permanecer en espacios con buena ventilación y no entrar en contacto con personas infectadas por gripe. Como señala el experto Bernat Serra, "se trata de un momento en que el sistema inmunitario de la mujer está sufriendo cambios y es más susceptible a injerencias externas, por eso son más vulnerables". Una vez contraída, la gripe provoca en la mayoría de los casos tos, dolor de garganta, congestión nasal y fiebre, además de fatiga y pérdida del apetito. "El porcentaje de complicaciones es bajo, siempre y cuando se trate", indica el ginecólogo, "Aunque siempre es mejor evitar la medicación durante el embarazo, se les puede administrar antivirales específicos y tratamiento sintomático", añade. Como consejo, los profesionales médicos recomiendan no alarmarse, pero vigilar la evolución que sigue la enfermedad es algo que no debe descuidarse.

Buscar...

Las mejores webs, apps y redes sociales para ayudar a madres inexpertas

11-12-2015 / 10:29 Escrito por **redacción prnoticias** Publicado en **Opinión prsalud**

0 comentarios

Blogs, webs, apps y redes sociales: ¿Cuáles ofrecen consejos seguros para madres inexpertas? #LaOpinion de @xaviolba [Twitter](#)

[Twitter](#) [Facebook](#) [Google+](#) [WhatsApp](#) [Email](#) [RSS](#)



Buscar...



onda saludable

Madre, ginecóloga y bloguera: ¿Quién dijo miedo?

14-12-2015 / 11:51 Escrito por **redacción prnoticias** Publicado en **ondasaludable**

0 comentarios

Madre, ginecóloga y bloguera: ¿Quién dijo miedo? Conocemos el #blog de @SofiaFournier @mamiquesemima  [Twitter](#)





Gran Vía de Carlos III, 71-75
08028 Barcelona
Tel. 93 227 47 15 - Fax 93 417 02 98
fundacion@dexeus.com
www.fundaciondexeus.org
www.dexeus.com

Síguenos en Dexeus Mujer:



Síguenos en Dexeus Campus:

