Curso Inter-hospitalario
de Obstetricia y Ginecología

V SYMPOSIUM C.I.O.G. COMUNIDAD DE MADRID

ORGANIZA:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL UNIVERSITARO HM PUERTA DEL SUR

CEU
Universidad San Pablo

HOSPITAL UNIVERSITARIO
hm puerta del sur

NUEVO

SEIDIBION®

con **600 UI** de Vitamina D_3

la tranquilidad de tener

más + D_3 todo

SEID LAB

NUEVO

SEIDIBION®

con **600 UI** de Vitamina D_3

+ más fácil

porque tiene una ÚNICA presentación para embarazo y lactancia

SEIDIBION® contiene los micronutrientes necesarios en las proporciones adecuadas para las etapas del embarazo y la lactancia[1].

Nutrientes	Cantidad	VRN* %	Beneficios
DHA	200 mg		▪ Reduce los partos pretérmino[2] ▪ Contribuye a disminuir la tasa de **preeclamsia**[3] ▪ Esencial para el **desarrollo cerebral y visual** del feto[4,5] ▪ Mejora el peso al nacer[6]
Ácido Fólico (vitamina B_9)	400 µg	200%**	▪ Protege frente a la **preeclamsia** y el desprendimiento prematuro de placenta[7] ▪ Previene los **defectos del tubo neural**, cardiopatías y malformaciones orofaciales[8]
Hierro	27 mg	193%**	▪ Previene la **anemia** del embarazo[8] ▪ **Favorece el desarrollo físico y cognitivo del feto**[9]
Yodo	200 µg	133%**	▪ Interviene en las **síntesis de hormonas tiroideas**[10] ▪ **Previene problemas neuronales** y retraso del crecimiento en el feto[10]
Vitamina D_3	15 µg	300%	▪ Favorece la **absorción de calcio** y fósforo, reforzando la masa ósea[11] ▪ **Formación y crecimiento óseo**[11] ▪ **Promueve el desarrollo del cerebro del feto**[12] ▪ **Regula el sistema cardiovascular**[13] ▪ **Regula la inmunidad innata y adquirida**[13]
Y otras vitaminas (C, B_3, E, B_1, B_2, B_5, B_6, B_{12}) y minerales (Mg, Zn) VRN: valor de referencia de nutrientes			

+ más agradable de tomar,

porque tiene aroma a cacao

COMITÉ ORGANIZADOR

Miguel Ángel Rodríguez Zambrano
Director del Curso

Cristina Alonso
Olga Gómez Pardo
María Teresa Blanco Guillén
Manuel García Espantaleón
Raquel Romero
Alicia Guntiñas
María Cabrera
Izaskun Méndez
Alba Miranda
Janette Kirk
Carolina Cantos
Lisette González
Raquel Senosiain

HOSPITALES PARTICIPANTES Y PONENTES

HM Hospitales
Dr. Javier Valero. *Jefe de Equipo.*
Dr. Isidoro Bruna. *Director HM Fertility Center.*
Dr. Manuel Marcos. *Vicepresidente de la sección de atención privada de la SEGO;*
Dra. Ana Vegas. *Médico Residente.*

Hospital Universitario HM Puerta del Sur
Dr. Javier García Pedregosa.
Unidad medicina fetal.

HM Gabinete Velázquez
Dr. Luis Serrano. *Director.*

Hospital Universitario Puerta de Hierro
Dr. Manuel García-Espantaleón.
Médico Adjunto. Unidad Oncología

Hospital Universitario HM Puerta del Sur
Dra. Virginia Engels. *Médico Adjunto;*
Dra. Lucía Serrano. *Médico residente.*

Hospital Universitario Rey Juan Carlos
Dra. Rosario Noguero. *Jefe de servicio.*

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Dr. Álvaro Zapico. *Jefe de Servicio;*
Dra. Patricia Arribas. *Médico Residente.*

Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés
Dr. Juan José Escribano. *Jefe de Servicio;*
Dra. Elia Ramiro. *Médico Adjunto;*
Dra. María Trinidad López. *Médico Residente.*

Hospital Universitario Gregorio Marañón
Dra. Patricia Rincón. *Médico Adjunto;*
Dr. Alejandro García. *Médico Residente;*
Dra. Sara Larriba. *Médico Residente.*

Hospital Universitario de la Zarzuela
Dr. Ignacio Cristóbal. *Jefe de Servicio;*
Dr. Óscar Torres. *Jefe de Sección;*
Dra. María Sánchez. *Médico Residente.*

Hospital Universitario Fundación de Alcorcón
Dra. Begoña Adiego. *Jefe de Sección;*
Dra. Marta Valiente. *Médico Residente.*

Hospital Universitario 12 de Octubre
Dr. Alberto Galindo. *Jefe de Servicio;*
Dra. Laura Álvaro. *Médico Residente.*

Hospital Universitario de la Paz
Dr. José Luis Bartha. *Jefe de Servicio.*
Catedrático Universidad Autónoma;
Dra. Edurne Hueso. *Médico Residente.*

Hospital Universitario de Getafe
Dr. Miguel Ángel Huertas. *Jefe de Servicio;*
Dra. Esther Ballesteros. *Médico Residente.*

Hospital Universitario Quirón Salud
Dr. Antonio Gosálvez. *Jefe de Unidad.*

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
Dra. Cora Hernández. *Jefe de Unidad;*
Dra. Esperanza de la Torre. *Médico Residente.*

Hospital Universitario General de Móstoles
Dra. Beatriz Ochoa. *Tutora de residentes;*
Dra. Simona Chirollo. *Médico Residente.*

IVI Madrid
Dr. Juan Antonio García Velasco.
Director de IVI-Madrid.
Catedrático de la Facultad Rey Juan Carlos.

Hospital Universitario Ramón y Cajal
Dr. Jesús Lázaro-Carrasco. *Jefe de Sección.*

Hospital Universitario de Fuenlabrada
Dra. María Luque. *Médico Adjunto;*
Dra. Carmen Yelo. *Médico Residente.*

Hospital Clínico Universitario de San Carlos
Dr. Pluvio Coronado. *Jefe de Sección;*
Dra. Eider López. *Médico Residente.*

Hospital Universitario la Moraleja
Dra. Ana Román. *Jefe de Sección;*
Dra. Mairena Coronado. *Médico Residente.*

AGENDA

APERTURA DEL CURSO.
Dr. R. Zambrano / Dr. S. Ruiz de Aguiar.

1. MESA DE ONCOLOGíA
a. BSGC en Neoadyuvancia en cáncer de mama. ¿Necesario?
b. Cirugía de intervalo en cáncer de ovario.
c. Clasificación molecular del cáncer de endometrio. Implicación terapéutica.
d. Quimioterapia intraoperatoria hipertérmica en el cáncer de ovario y peritoneal.

2. DISCUSIÓN

3. MESA DE EXPERTOS DE ONCOLOGÍA

4. PRESENTACIÓN DEL CURSO

5. MESA DE OBSTETRICIA
a. Valor de la ecografía del primer trimestre en la era del ADN en sangre materna.
b. Herramientas diagnósticas para el cribado de preeclampsia. Aplicaciones clínicas.
c. Factores proinfecciosos en obstetricia. Prevención de corioamnionitis.
d. Despistaje precoz de cardiopatías fetales.

Apertura del curso realizada por el Dr. Santiago Ruiz de Aguiar, Director médico del Hospital Universitario HM Puerta del Sur y del Dr. Miguel Ángel Rodriguez Zambrano del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

6. MESA DE EXPERTOS

7. MESA DE FERTILIDAD
a. Histerosalpingosonografía 3D con contraste (3D- HyCoSy). ¿Nuevo estudio de la mujer estéril?
b. Vitirficación de ovocitos por motivos no médicos. Indicaciones.
c. Estudio y prevención de abortos de repetición.

8. MESA DE EXPERTOS

9. MESA DE GINECOLOGÍA
a. Síndrome Genitourinario en menopausia.
b. Validación y resultados de cirugía en Suelo Pélvico.
c. Robótica en cirugía no oncológica.
d. Estado actual en el tratamiento de la endometriosis.

10. MESA DE EXPERTOS

11. CLAUSURA CURSO

MESA DE ONCOLOGÍA

Los moderadores de la mesa de Oncología:
Dra. Rosario Noguero del Hospital Universitario Rey Juan Carlos
y Dr. García Espantaleón del Hospital HM Puerta del Sur

BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA
EN NEOADYVANCIA EN CÁNCER DE MAMA ¿NECESARIO?

Dra. María Sánchez Sánchez

Dra. María Sánchez Sánchez/ Dr. Óscar Torres Lantada.
Hospital Universitario Sanitas La Zarzuela.

Aproximadamente un 12% de mujeres desarrollaran cáncer a lo largo de su vida. El cáncer de mama es un motivo de preocupación entre nuestras pacientes, y la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres españolas.
Sin embargo, la supervivencia a los 5 años ronda el 78%, gracias a los programas de cribado precoz, y la mejora de los tratamientos empleados (terapias multimodales, tratamientos cada vez más personalizados).

El cáncer de mama es una entidad que engloba muy distintos tipos de cáncer, que necesitan de diferentes abordajes. Disponemos de herramientas tan diversas como la cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia. Distintas combinaciones de ellas nos darán el tratamiento personalizado más adecuado para cada paciente. El ganglio centinela supuso una revolución en el abordaje quirúrgico del cáncer de mama. Las secuelas de las linfadenectomías se redujeron drásticamente al poder seleccionar un ganglio cuya positividad o negatividad nos ayude a decidir si la paciente se beneficiará más de una linfadenectomía completa (con sus secuelas) o de un tratamiento quimioterápico (con sus efectos secundarios).

La pertinencia de la técnica de ganglio centinela está ampliamente aceptada entre los ginecólogos y cirujanos de la mama. Sin embargo, en el contexto de la neoadyuvancia, la técnica de ganglio centinela tiene mayor tasa de falsos negativos, y de falsos positivos. Y se plantea además la cuestión: en caso de infraestadificación axilar, ¿es una decisión correcta no hacer linfadenectomía axilar?

Las guías de práctica clínica de la SEGO y NCCN recogen en sus nuevas ediciones de 2017 y 2018, respectivamente, la posibilidad de realizar ganglio centinela en neoadyuvancia en cáncer de mama. Aunque como veremos, en la práctica clínica diaria aún no está muy ampliamente aceptada.

CIRUGÍA DE INTERVALO EN CÁNCER DE OVARIO

Dra. Patricia Arribas/ Dr. Pedro Valenzuela.
Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

El cáncer de ovario es la segunda causa de muerte de origen ginecológico excluyendo el cáncer de mama. Se diagnostica en estadios avanzados en casi el 70% de los casos. La respuesta a la quimioterapia es mayor cuanto menos tumor residual queda.
La cirugía de intervalo es una buena opción de tratamiento para pacientes con cáncer de ovario avanzado y comorbilidades. Se asocia con una supervivencia similar y disminución de la morbimortalidad.

En pacientes con estadio III-IV de cáncer de ovario hay que valorar en primer lugar si es posible citorreducción primaria óptima. Si es posible, realizarla como primera opción. Si se estima que no será posible citorreducción óptima se administrará quimioterapia neoadyuvante con paclitaxel, 3 ciclos. Posteriormente se realizará la cirugía de intervalo para citorreducción si es posible.
Los criterios radiológicos de irresecabilidad: carcinomatosis, múltiples metástasis hepáticas, infiltración del tronco celiaco, adenopatías mediastínicas, metástasis a distancia (cerebro, hueso pulmón) y afectación masiva retroperitoneal.
Los criterios quirúrgicos de irresecabilidad: infiltración difusa o profunda de estómago y duodeno, infiltración de raíz del mesenterio o carcinomatosis difusa del intestino delgado (ntestino corto).
En estas pacientes, después de 3 ciclos de quimioterapia neoadyuvante habrá que revalorar si es posible la citoreducción óptima.
Los estudios muestran que la cirugía de intervalo es posible realizarla en el 20% de las pacientes desestimadas para cirugía inicialmente.

CLASIFICACIÓN MOLECULAR DEL CA DE ENDOMETRIO Y SUS IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS

Dra. María Trinidad López Navarro/ Dra. Elia Ramiro.
Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés.

El carcinoma de endometrio es la neoplasia genital femenina más frecuente en países desarrollados. Tiene una edad media al diagnóstico de 63 años y presenta un riesgo acumulado de 1.71%. Su supervivencia va a depender del estadío al diagnóstico, siendo hasta en el 80% de los casos en estadíos precoces.

La incidencia de esta patología ha aumentado en los últimos años y su tendencia es a seguir haciéndolo, debido a la mayor esperanza de vida poblacional así como a una mayor prevalencia de determinados factores de riesgo como la obesidad, la hipertensión o la dislipemia. La manifestación clínica más frecuente en mujeres postmenopausicas es la metrorragia, y en las mujeres pre o perimenopausicas es la pérdida intercíclica o la hipermenorrea. El diagnóstico definitivo lo obtendremos mediante el análisis histológico del tejido.

Actualmente disponemos de 4 tipos de clasificaciones para el CA de endometrio:

- **Clasif. De Bokhman:** Basada en criterios clínico-epidemiológicos.
- **Clasif. Histopatológica:** Basada en el tipo celular.
- **Clasif. FIGO:** Basada en grado de invasión tumoral.
- **Clasif.molecular:** Basada en alteraciones genéticas.

Las clasificaciones clásicas del carcinoma endometrial presentan una serie de limitaciones, como son el overlap existente así como la heterogenicidad dentro de un mismo grupo. No todos los subtipos se encuentran bien definidos. Factores de riesgo clásicos del tipo I como la obesidad también están relacionados con el tipo II. Existen dificultades en la diferenciación de ciertos subtipos histológicos como el endometrioide grado 3 y el seroso.
Sin embargo, a pesar de las limitaciones, los esquemas clásicos han servido de base para el estudio de las alteraciones genéticas características de cada subgrupo, y gracias a una secuenciación masiva del genoma del carcinoma de endometrio se han obtenido **4 grupos moleculares, mucho más cercanos a la realidad de esta patología:**

- POLE
- Inestabilidad de microsatélites
- Bajo número de copias
- Alto número de copias

Dicha clasificación también tiene implicaciones pronósticas importantes y gracias a ella se están desarrollando terapias dirigidas contra numerosas dianas terapeúticas.
Es de vital importancia la aplicación de esta clasificación en nuestra práctica clínica diaria, pero las limitaciones económicas son importantes, ya que la secuenciación de genes es muy costosa y compleja. Por ello, han surgido grupos que proponen esquemas para su desarrollo en hospitales, destacando la propuesta del grupo ProMisE, la cual a su vez presenta también limitaciones, sobre todo en los casos de tumores con varias características moleculares (suponen hasta un 3%).
Entre las dianas terapeúticas destacan el papel de la inmunoterapia en los grupos POLE e inestabilidad de microsatélites, ya que son tumores con un gran infiltrado de células inmunes. El Pembrolizumab, es ya un fármaco aprobado por la FDA para su uso en cualquier tumor sólido que presente inestabilidad de microsatélites. Hay numerosos estudios en fase II con inmunoterápicos solos y en combinación.
Se ha visto a su vez que la quimioterapia clásica utilizada en el cáncer de endometrio mejora sus resultados en combinación con inmunoterapia así como con determinados fármacos antiangiogénicos (Bevacizumab). Por último, el papel de los inhibidores de la vía PI3K/PTEN/AKT/mTor (el ca endometrioide es el tumor en el ser humano que con más frecuencia la presenta alterada) ha dado unos resultados modestos (respuestas del 4 al 25%), probablemente por la existencia de otras vías que eluden ésta.
Esta nueva clasificación molecular es un paso fundamental en el entendimiento de esta patología, cuya caracterización se ha vuelto más compleja con el paso del tiempo así como mucho más cercana a la realidad. Nos acabará determinando tanto el tipo de cirugía, como las terapias adyuvantes necesarias y el seguimiento de cada paciente, y nos ha abierto las puertas a terapias mucho más dirigidas en el caso de enfermedad recurrente.

QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAPERATORIA
EN CÁNCER DE OVARIO AVANZADO

Dr. Alejandro García, Dra. Sara Larriba/ Dra. Patricia Rincón.
Hospital Universitario Gregorio Marañón.

El cáncer de ovario es la novena neoplasia más frecuente en la mujer, pero la primera causa de muerte femenina por cáncer ginecológico y la quinta causa de muerte por cáncer en mujeres. Esta elevada mortalidad se debe principalmente a que más de 2/3 de las pacientes se diagnostiquen en estadios avanzados (III y IV).
En la actualidad el tratamiento de referencia en el cáncer de ovario avanzado es la cirugía con finalidad diagnóstica, pronostica y terapéutica y, en la mayoría de los casos, quimioterapia adyuvante a base de sales de platino y taxanos.
En cuanto a la cirugía, ya desde los trabajos de Griffith et al publicados en 1975 quedó establecido que la existencia de residuo tumoral macroscópico al final de la intervención es uno de los principales factores pronósticos en el cáncer de ovario avanzado. Por lo tanto, el objetivo de cualquier cirugía debe ser lograr una citorreducción completa (ausencia de tumoral macroscópico) no siendo recomendable en la actualidad la citorreducción óptima (residuo tumoral <1cm) y mucho menos subóptima (residuo tumoral >1cm).
Sin embargo, a pesar de realizar un tratamiento adecuado, la recidiva tumoral se produce hasta en un 75% de las pacientes, ensombreciendo aún más el pronóstico y su supervivencia. Ante esto, cabe preguntarnos, ¿existen nuevos avances terapéuticos en cáncer de ovario avanzado? Parece ser que la esperanza terapéutica de estas pacientes podría residir en el desarrollo de terapias sistémicas dirigidas (fármacos antiangiogénicos e inhibidores de la PARP), pero también en el desarrollo e implementación de tratamientos locales, como la quimioterapia hipertérmica intraoperatoria. Ya en 2006, Deborah K.A et al demostraron que la adicción de quimioterapia intraperitoneal adyuvante a la cirugía de citorreducción y la quimioterapia sistémica conllevaba un retraso significativo en la recurrencia y un aumento de la supervivencia global. Sin embargo, este tipo de adyuvancia no se ha generalizado debido a la complejidad de su administración y la mala tolerancia por parte de la paciente, así como por el incremento de la toxicidad sistémica.

El uso de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica intraoperatoria (HIPEC por sus siglas en inglés) se fundamenta en estas ventajas demostradas de la quimioterapia intraperitoneal, asociadas a la toxicidad directa de la hipertermia para las células malignas y la potenciación del efecto citotóxico de algunos quimioterápicos por la propia hipertermia.

Hay que tener en cuenta que la quimioterapia hipertérmica intraperitoneal busca tratar la enfermedad tumoral residual microscópica, ya que no alcanza más de 3-5mm de profundidad en el tejido tumoral. Por ello, HIPEC debe vincularse siempre a una citorreducción completa de la carcinomatosis peritoneal (CC0 o CC1). En cuanto al agente quimioterápico usado, éste debe haber demostrado previamente ser citotóxico para la estirpe celular, con un peso molecular elevado para asegurar su permanencia en la cavidad peritoneal y tratarse de un fármaco seguro y sin toxicidad sistémica grave. En cáncer de ovario, los compuestos más usados son los basados en platino, principalmente el cisplatino administrado a una temperatura de entre 41°C y 43°C.

La administración de HIPEC puede realizarse mediante una técnica cerrada (tras el cierre temporal o definitivo de la pared abdominal), abierta (también llamada técnica del coliseo) o semi-abierta. La ventaja de la técnica cerrada reside en la mayor facilidad para alcanzar la temperatura óptima y la minimización de la exposición del personal a los fármacos usados. Su principal desventaja radica en la posible distribución no uniforme del citostático, pudiendo exponer a la paciente a una mayor toxicidad sistémica. Por su parte, las ventajas principales de la técnica abierta son la posibilidad de controlar la distribución uniforme del fármaco, así como poder observar posibles puntos de sangrado y fugas de contenido intestinal. Entre las desventajas existentes se encuentra la pérdida de calor y el riesgo potencial a la exposición del quimioterápico. Sin embargo, hasta el momento, los estudios disponibles indican que los niveles de contaminación son mínimos y no se han reportado casos de toxicidad en el personal sanitario.

La serie observacional de casos publicada en 2016 por el grupo español de Muñoz Casares puso en evidencia la elevada morbilidad de este procedimiento, reportando complicaciones graves en un 14% de los casos, aunque parece que estas complicaciones estarían más en relación a la complejidad y radicalidad de la cirugía que a la propia quimioterapia hipertérmica intraoperatoria.

Por último, el reciente ensayo clínico publicado en enero de 2018 por el equipo holandés dirigido por van Driel en The New England Journal of Medicine viene a confirmar los datos que sugerían todos los estudios anteriores, en los cuales la adicción de HIPEC a la cirugía de intervalo en cáncer de ovario avanzado parece mejorar los resultados respecto a la realización de cirugía estándar.

Sin embargo, a pesar de estos resultados prometedores, la escasez de ensayos clínicos publicados y la gran heterogenicidad de los resultados respectivos no permiten recomendar actualmente el uso estandarizado del HIPEC en el tratamiento del cáncer de ovario en estadios III-IV.

MESA EXPERTOS ONCOLOGÍA

La mesa de expertos estuvo formada por el Dr. Ignacio Cristóbal del Hospital Universitario La Zarzuela, Dr. Álvaro Zapico del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Dra. Elia Ramiro del Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés y la Dra. Patricia Rincón del Hospital Universitario Gregorio Marañón.

PRESENTACIÓN DEL CURSO

Presentación del curso por parte del Dr. Juan Abarca Cidón, presidente de HM Hospitales y el Dr. Tomás Chivato, Decano de Medicina de la Universidad CEU San Pablo acompañados por el Dr. Santiago Ruiz Aguilar, Director médico del Hospital Universitario HM Puerta del Sur y del Dr. Miguel Ángel Rodríguez Zambrano, jefe del servicio de Ginecología de HM Puerta del Sur.

MESA DE OBSTETRICIA

VALOR DE LA ECOGRAFÍA DEL PRIMER TRIMESTRE
EN LA ERA DEL ADN EN SANGRE MATERNA

Dra. Marta Valiente / Dra. Begoña Adiego. Hospital Universitario
Fundación Alcorcón.

Hasta el advenimiento de la tecnología del ADNlc en sangre materna, el cribado de aneuploidías mediante algoritmos que combinan edad materna con marcadores ecográficos y bioquímicos -que alcanzan niveles de detección del 90% a expensas de una tasa de FPs del 5%- representaba el método de cribado más extendido.

La incorporación del estudio del DNA fetal en sangre materna, cuya tasa de detección estimada para T21, 18 y 13 es del 99, 96 y 91% respectivamente, ofrece una tasa de falsos positivos combinada del 0,1 %, valor muy inferior a la del cribado convencional. Este hecho ha llevado a cuestionar el valor y la necesidad de la ecografía del primer trimestre.

La principal limitación del ADNlc es su elevado coste, por lo que la opción más eficiente radica en la incorporación de estudio de ADNlc de manera contingente sobre un cribado combinado como test de primera línea. El ADNlc solo se ofrecería a los grupos de riesgo alto o intermedio como alternativa a la prueba invasiva, seguido de amniocentesis /BC para los resultados positivos. Aunque el cribado de aneuploidías con ADNlc es mucho más preciso,

la ecografía del primer trimestre proyecta un abanico de posibilidades diagnósticas mucho más amplio que va más allá del cribado de T21. Una TN aumentada (TNA) no sólo se asocia a aneuploidías, sino también a anomalías genéticas submicroscópicas, no identificables mediante cariotipo convencional pero responsables de anomalías estructurales, síndromes genéticos o alteraciones del neurodesarrollo. El uso del análisis de microarrays en fetos con TNA y cariotipo normal, obtiene un rendimiento adicional del 5% a expensas de una mínima carga de VOUS del 0,8%.
La TNA se asocia además a un amplio espectro de malformaciones en fetos euploides, que se incrementa proporcionalmente al grado de engrosamiento de la TN (2,5% para una TN p95-99 y 45% para una TN superior a 6,5mm)
Al margen del diagnóstico de aneuploidías los objetivos del estudio ecográfico del primer trimestre se recogen en la guía de la ISUOG del 2013, adoptadas por la SEGO en el 2015.
Además de identificar el número de fetos y la corionicidad en gestaciones múltiples, la vitalidad fetal, la confirmación de la edad gestacional y las características de la placenta, el estudio de la anatomía fetal mediante un protocolo sistemático permite tasas de detección de anomalías estructurales mayores del 50% en el primer trimestre.
La precisión potencial del estudio anatómico precoz está limitada por el desarrollo normal de algunas estructuras y la historia natural de ciertas anomalías. Son detectables alteraciones como anencefalia, HPE alobar, onfalocele, gastrosquisis o megavejiga . Otras de desarrollo o manifestación tardía no serán detectables en este momento, aunque algunos defectos como DTN, ciertas cardiopatías, anomalías reduccionales y displasias esqueléticas podrían ser diagnosticados en función de otros factores como calidad del equipo o experiencia del explorador.
A partir del cribado combinado de aneuploidías, este modelo se ha extendido a la predicción de otras patologías. Es ahora evidente que una primera visita integrada en el primer trimestre que combine características y antecedentes maternos con parámetros biofísicos o bioquímicos puede definir el riesgo específico para un amplio espectro de complicaciones del embarazo incluyendo, preeclampsia (PE), restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) o muerte fetal anteparto (MFIU). La estimación precoz de estos riesgos específicos para cada paciente y para cada una de estas complicaciones podría contribuir a mejorar los resultados trasladando el cuidado antenatal estándar a un esquema de visitas individualizado para una pequeña proporción de mujeres identificadas como de riesgo.
El cribado de disfunción placentaria se fundamenta en el hecho de que la patología subyacente ya está presente en el 1 trimestre, y además existen marcadores potencialmente útiles capaces de identificarla, de manera que se puedan instaurar medidas de intervención que, en este momento y no más adelante, podrían ser eficaces para prevenir el desarrollo de la enfermedad
Distintos modelos predictivos, proponen combinar el riesgo a priori (en base a variables constitucionales e historia médica y obstétrica materna) que se modificaría con la utilización de marcadores biofísicos (TAM y IPAU) y bioquímicos (PLGF, PAPP-A) para configurar un riesgo individual a posteriori. Estos nuevos modelos serían capaces de detectar el 85-90% de las PE que requerirán finalización precoz de la gestación. Sin embargo, la capacidad predictiva de PE a término es considerablemente inferior y no supera el 50%
De manera similar, para la predicción de RCIU, la combinación de riesgo a priori con parámetros biofísicos y bioquímicos alcanza una sensibilidad del 56-60% para el RCIU precoz, que puede llegar a un 86% cuando se incorporan marcadores angiogénicos como la relación PLGF7s-FLT.
En el caso de la muerte fetal anteparto secundaria a disfunción placentaria, un 70% de los casos que acontecen antes de la 32 semana o un 66% de los que ocurren antes de la 37 semana pueden predecirse mediante un algoritmo que combine historia materna con biomarcadores como el IPAU, IPDV y PLGF.
Varias líneas de investigación han ampliado el rango de predicción de otras complicaciones gestacionales. Existe interés por trasladar al primer trimestre el cribado de PPT mediante la valoración de la LC. A pesar de ello aun no hay evidencia concluyente para pensar que el PPT pueda predecirse o prevenirse en el primer trimestre.
En el caso de la DG, algoritmos que combinan características maternas con niveles de adiponectina o SHBG, podrían potencialmente identificar en el primer trimestre un 75% de las mujeres que subsecuentemente desarrollarán una DG. Investigaciones futuras están por determinar si la aplicación de medidas preventivas como dieta, ejercicio o metformina pueden mejorar el pronóstico en estas gestaciones.

CONCLUSIONES

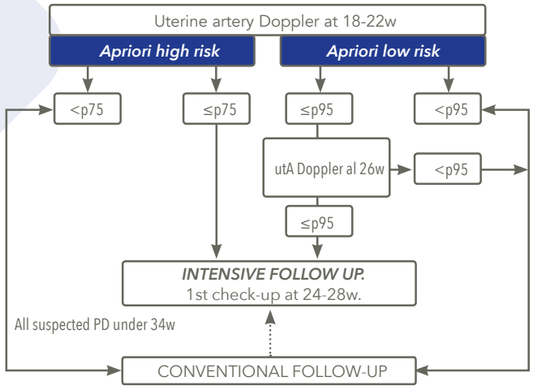
1.- La mayoría de las anomalías cromosómicas y un gran espectro de anomalías estructurales fetales mayores pueden diagnosticarse durante el primer trimestre mediante ecografía.
2.- Aunque el cribado de anomalías cromosómicas mediante estudio ADNlc es indiscutiblemente superior al cribado combinado, su implementación eficiente sigue precisando del estudio ecográfico (Cribado contingente)
3.- El riesgo de algunas complicaciones gestacionales que solo se hacen evidentes en el tercer trimestre (DP: PE, RCIU, MFAP) puede predecirse con fiabilidad en el primer trimestre, lo que permite instaurar medidas preventivas eficientes.
4.- Es posible que en el futuro otras complicaciones como DG, macrosomía o PPT, puedan predecirse también en el primer trimestre.

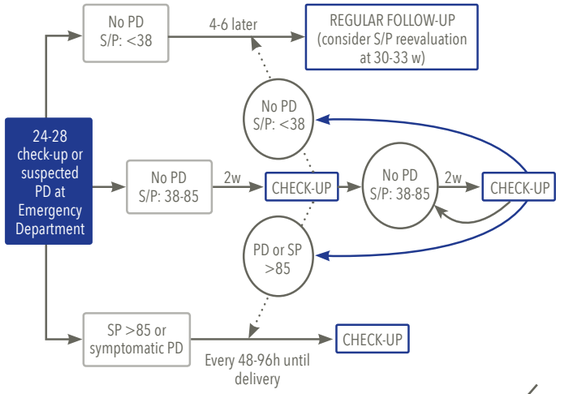
HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS PARA EL CRIBADO DE LA PRECLAMPSIA
PRUEBAS CLÍNICAS

Dra. Laura Alvaro / Dr. Alberto Galindo.
Hospital Universitario 12 de octubre.

En la actualidad, disponemos de varios métodos de screnning para preeclampsia que son motivo de debate. El principal método, recomendado por la mayor parte de las guías clínicas, se fundamenta en la valoración del riesgo "a priori" basado en los antecedentes médico-obstétricos de la gestante.
Una de las alternativas en desarrollo actualmente está basado en un cribado universal al principio de la gestación que, mediante la aplicación de un algoritmo matemático a estas características maternas, permite establecer -de forma análoga al cribado de aneuploidías del primer trimestre- una clasificación de aquellas mujeres con mayor riesgo de desarrollar preeclampsia. Otro método consiste en el cribado secuencial en el que, en base a factores maternos, se clasifica a priori a las pacientes en bajo o alto riesgo de desarrollar preeclampsia. Esta clasificación permite un estricto seguimiento y personalizado de las gestantes de alto riesgo con el apoyo de marcadores biofísicos (Exploración doppler de arterias uterinas) y bioquímicos maternos (factores angiogénicos: Ratio sFlt-1/ PlGF).

Cribado secuencial y seguimiento intensivo:





PONENCIA GANADORA

Recientemente se ha publicado el estudio ASPRE con los resultados sobre la administración de aspirina para la prevención del desarrollo de preeclampsia, una de las aplicaciones clínicas de este cribado del I trimestre.

CONCLUSIONES

1.- El cribado combinado del I trimestre tiene una elevada tasa de detección para preeclampsia precoz (< 34 semanas)
2.- El cribado mediante características maternas (" riesgo a priori") es el recomendado por el momento por las guías internacionales.
3.- El cribado secuencial permite seleccionar a las pacientes en las que realizar los biomarcadores placentarios y personalizar el seguimiento de la gestación. Un Ratio sFlt-1/ PlGF inferior a 38 tiene un VPN del 99 % y permite un seguimiento convencional de la gestación.
4.- El estudio ASPRE demuestra el efecto beneficioso de los antiagregantes en pacientes de alto riesgo según el cribado del I trimestre para disminuir la preeclampsia pretérmino (< semana 37) pero no ha demostrado disminuir la preeclampsia precoz (< semana 34) ni el crecimiento intrauterino restringido.

FACTORES PRO-INFECCIOSOS EN OBSTETRICIA.
PREVENCIÓN DE CORIOAMNIOCENTESIS

Dra. Edurne Hueso / Dr. José Luis Bartha.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

La corioamnionitis es un proceso clínico muy heterogéneo, y puede presentarse con manifestaciones clínicas, subclínicas y/o histológicas. El término infección intraamniótica (IAI) extiende la localización de la infección a líquido amniótico, vellosidades coriales, cordón umbilical y feto, y se trata por tanto de un concepto más amplio. LA ACOG y NCHD proponen el término "Triple I": Inflamación, infección intrauterina o ambos. La "Microbian invasión amniotic cavity" hace referencia a la presencia de microorganismos en la cavidad amniótica, sin que necesariamente exista inflamación subyacente.

De cualquier manera, se trata de un fenómeno variable con diferentes grados de intensidad de infección latente, con un espectro de consecuencias que van desde leves, hasta la presencia de un síndrome de respuesta fetal. Este puede desarrollarse incluso en el transcurso de una infección subclínica sin que aparezca una infección intraamniótica manifiesta. De aquí se deduce que la detección precoz es fundamental para reducir la comorbilidad asociada.

Los criterios establecidos por la Child Health and Human Development Workshop y la ACOG contemplan como criterios diagnósticos de sospecha la presencia de fiebre asociada a taquicardia fetal y/o leucocitosis (>15000) y/o leucorrea purulenta, pero desaparecen como criterios la taquicardia materna y sensibilidad uterina. Son criterios diagnósticos de confirmación una tinción Gram positiva, glucosa <14 mg/dl, leucocitosis o cultivo positivo en líquido amniótico, además de un estudio anatomopatológico compatible con infección / inflamación en los componentes intrauterinos.

La corioamnionitis subclínica supone un reto diagnóstico, aunque no exenta de morbi-mortalidad con frecuencia asociada a parto prematuro y rotura prematura de membranas. Existe un proceso inflamatorio de fondo que puede desencadenar un síndrome de respuesta fetal, aunque la mayoría de las complicaciones neonatales serán secundarias a la prematuridad. La herramienta más útil para su diagnóstico es el cultivo de líquido amniótico, con el inconveniente de que difiere el diagnóstico y presenta una alta tasa de resultados falsos negativos.

El mecanismo por el que se produce daño fetal en el contexto de una infección intraamniótica se explica a través del llamado "síndrome de respuesta inflamatoria fetal" (SRIF) que se caracteriza por una elevación de citoquinas pro-inflamatorias en la circulación fetal, y se define por una concentración de interlukina 6>11pg/ml en la sangre del feto. Esta condición se presenta en un subgrupo de pacientes con amenaza de parto prematuro o rotura prematura de membranas, y se asocia a una respuesta multiorgánica intraútero que puede conducir a un shock séptico y muerte fetal.

El acceso a la cavidad amniótica en la etiopatogenia de la infección, se produce por migración de los microorganismos habituales de la flora vaginal. Son posibles, aunque mucho menos frecuentes, la diseminación hematógena o inoculación directa en procedimientos invasivos. Estos microorganismos se localizan inicialmente en la decidua de la región supracervical, desde donde pasan a la cavidad y al resto de estructuras. Tradicionalmente se ha atribuido la infección a bacterias de libre flotación en el LA, pero la evidencia reciente sugiere que pueden formar biofilms, definidos como comunidades de bacterias unidas entre sí por una matriz extracelular, lo que explicaría la dificultad de respuesta al tratamiento antibiótico. El sludge podría ser la traducción ecográfica de este fenómeno.

Factores locales pueden facilitar o prevenir la infección: el moco cervical como barrera mecánica, la flora vaginal normal con predominio de lactobacillus que disminuyen la virulencia de bacterias invasoras, o el amnios que presenta una demostrada activación del sistema inmune innnato ("Toll like receptors").

Los Mycoplasmas vaginalis (Ureaplasma urealyticum) son los gérmenes con más frecuencia aislados en cultivos, y anaerobios y flora polimicrobiana en gestaciones pretérmino. No obstante, un cultivo vaginal positivo para Ureaplasma no predice resultados adversos, y su cribado y tratamiento profiláctico no ha demostrado utilidad, e incluso existe evidencia de que las infecciones intrauterinas por este germen no siempre se asocian a inflamación o funisistis.

Puesto que existe un elevado número de falsos negativos en los cultivos de líquido amniótico, y ante la presencia de microorganismos en la corioamnionitis se produce una cascada inflamatoria con liberación de factores pro-inflamatorios, el análisis de biomarcadores supone a día de hoy la herramienta diagnóstica con mayor potencial para discernir qué gestaciones pueden presentar complicaciones: El IL 6 es una glucoproteína de fase aguda y el mejor predictor de tiempo de latencia al parto y morbi-mortalidad perinatal. La citoquina MMP8 tiene poder predictor de efectos adversos perinatales, con un punto de corte >20ng/ ml establecido en la literatura. El análisis de citoquinas anti y pro-inflamatorias ha abierto una nueva línea de investigación con resultados prometedores para discriminar corioamnionitis y funisistis en pacientes de alto riesgo.

En cuanto al tratamiento, en el caso de la corioamnionitis clínica la tendencia es iniciar tratamiento antibiótico y finalizar la gestación, limitando la cesárea a indicaciones obstétricas. En corioamnionitis subclínica el manejo es más complejo, y el antibiótico debe cubrir ureaplasma. Aunque clásicamente se ha utilizado eritromicina, la azitromicina endovenosa ofrece mejor paso transplacentario.

La prevención se basa en la profilaxis antibiótica en las gestantes con rotura prematura de membranas pretérmino, y en la modificación de los factores de riesgo.

DESPISTAJE PRECOZ
DE CARDIOPATÍAS FETALES

Dra. Esther Ballesteros / Dr. Miguel Angel Huertas.
Hospital Universitario de Getafe.

La importancia del diagnóstico prenatal de las cardiopatías congénitas (CC) radica en varios aspectos como la severidad, evolución, recursos terapéuticos y posibilidad de asistencia al parto en el centro adecuado. El diagnóstico precoz de cardiopatías severas con pronóstico desfavorable, permite tomar decisiones tempranas respecto a la continuidad del embarazo.

Por otra parte, la detección precoz de cardiopatías evolutivas permite en algunos casos aplicar terapia fetal antes de que se establezca una fase irreversible.
Existen tres cuestiones para el despistaje precoz de cardiopatías congénitas: ¿Cuándo? ¿Cómo? y ¿A quién?

1. ¿Cuándo?

¿Cuándo es el momento adecuado para realizar la evaluación cardiaca precoz en un feto? Es posible evaluar ecográficamente el corazón fetal a partir de las 10 semanas de gestación. El corte de 4 cámaras y tractos de salida se visualizan a partir de las 12 semanas de gestación, aunque la mejor edad gestacional para la valoración cardiaca son las 13 semanas.
Hay que matizar que algunas afecciones cardíacas fetales pueden presentarse de forma tardía, y otras son evolutivas por lo que su aspecto ecográfico va a modificarse a lo largo del tiempo.

	10 semanas	11 semanas	12 semanas	13 semanas	13+6 semanas
Four-chamber view	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Outlow tracts	-	-	Yes	Yes	Yes
Aortic and ductal arches	-	-	Yes	Yes	Yes
Both cava veins	-	-	Yes	Yes	Yes
Pulmonary veins	-	-	-	Yes	Yes

- Defectos cardiacos detectables en el 1 trimestre: transposición de grandes vasos; doble tracto de salida del VD; corazón izquierdo hipoplásico

2. ¿Cómo?

La ecografía abdominal permite la exploración cardiaca en la mayoría de los casos a partir de la semana 12, pero se puede complementar con la vía transvaginal para completar el estudio.
Existen varios marcadores ecográficos en el primer trimestre que se asocian a cardiopatías:
- La TN aumentada es el marcador más precoz y sugestivo de CC. Se correlaciona de forma directa con su grosor, sin asociación a ningún tipo de CC concreta. La mayoría de autores recomiendan realizar ecocardiografía fetal precoz a partir del percentil 99 (3.5mm)
- La relación entre el corazón y el tórax: Una proporción anormal de área de corazón a tórax> 0.28 en primer trimestre pueden sugerir cardiopatía.
- Una desviación anormal del eje cardiaco: es un óptimo marcador de CC especialmente conotruncal
- EL ductus venoso patológico durante la contracción atrial, y la presencia de regurgitación tricuspídea además de ser marcadores de aneuploidía son marcadores de cardiopatía congénita.

3. ¿A quién?

En la práctica clínica se realiza ecocardiografía precoz a las gestantes con factores de riesgo, aunque el 90% de las CC se presentan en gestantes sin riesgo. Esto condiciona dos elementos de debate. En primer lugar, implica la necesidad de mejorar la estrategia de cribado poblacional incorporando la evaluación de los tractos de salida al corte convencional de 4 cámaras, (permite mejorar la tasa de detección prenatal de CC hasta un 60-70%).
Por otro lado, condiciona la necesidad de investigar en la búsqueda de marcadores que se acompañen de un mayor riesgo de CC.
No obstante, aunque que la realización de una ecocardiografía precoz de forma universal es inviable en términos de eficiencia, la exploración del corte de cuatro cámaras y tractos de salida en la ecografía del 1° trimestre, junto a los marcadores ecográficos de aneuploidías, pueden mejorar las tasas de detección permitiendo derivar las ecografías patológicas a los especialistas en cardiología fetal.
Es importante reseñar que esta evaluación del corazón fetal en primer trimestre no pretende sustituir la ecografía morfológica de las 20 semanas, pero sí detectar precozmente cardiopatías severas con el fin de permitir la toma de decisiones.

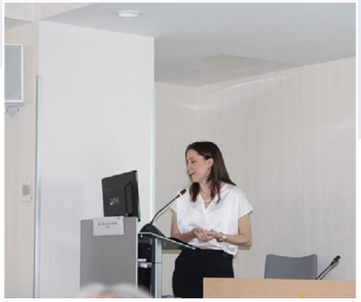
MESA EXPERTOS OBSTETRICIA

La mesa de expertos estuvo formada por la Dra. Begoña Adiego del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, el Dr. Alberto Galindo del Hospital Universitario 12 de Octubre, el Dr. José Luis Bartha, Hospital Universitario la Paz y el Dr. Miguel Ángel Huertas del Hospital Universitario de Getafe Moderadores: Dr. Javier Valero de HM Hospitales y Dr. Javier Pedregosa de HM Puerta del Sur.

MESA DE FERTILIDAD

La mesa de Fertilidad estuvo moderada por el Dr. Isidoro Bruna, Director médico de HM Fertility Center y por el Dr. Antonio Gosálvez, Jefe de la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital Universitario Quironsalud Madrid.

HISTEROSALPINGOSONOGRAFÍA 3D CON CONTRASTE (HYCOSY-3D).
¿NUEVO ESTUDIO EN LA MUJER ESTÉRIL?



Dra. Lucía Serrano / Dra. Virginia Engels.
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda.

El *gold standard* para la valoración tubárica es la cromoperturbación, pero es una técnica invasiva y poco eficiente. Por ello, la técnica de primera elección hasta el momento ha sido la histerosalpingografía (HSG), efectiva, poco invasiva y eficiente, pero dolorosa y con necesidad de emplear radiación ionizante y contraste yodado.
Así pues, se está implementando cada vez más una nueva técnica que evita estos inconvenientes: la histerosalpingosonografía 3D con contraste (HyCoSy-3D). Esta técnica de valoración tubárica emplea ultrasonidos y contraste no yodado. Además, permite valorar el útero (pared y cavidad) y los ovarios (recuento folicular, patología…) en la misma exploración y es realizada por ginecólogos, evitando la necesidad de derivación a otro servicio. Algunos estudios defienden también que es menos dolorosa y más eficiente. Por todo ello, la HyCoSy está llamada a sustituir a la HSG en la valoración de la permeabilidad tubárica, como ya se refleja en las últimas guías de nuestras sociedades
científicas de referencia (SEGO, SEF, ESHRE/ESGE). solo se ofrecería a los grupos de riesgo alto o intermedio como alternativa a la prueba invasiva, seguido de amniocentesis /BC para los resultados positivos. Aunque el cribado de aneuploidías con ADNlc es mucho más preciso, En la ponencia se describe la técnica, se muestra la experiencia y los resultados en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, uno de los pocos centros públicos que realizan HyCoSy-3D en España.
Para la realización de la técnica, en primer lugar, canalizamos el cérvix. A continuación, realizamos unaecografía 2D de valoración uterina y anexial. Tras esta ecografía, instilamos el contraste específico (Sonovue®, Exem Foam®) y realizamos una captura 3D de un corte sagital uterino para posterior reconstrucción coronal y evaluación de la cavidad. Por último, tras 1-2 minutos desde la instilación del contraste, valoramos el paso de contraste a través de las trompas de Falopio (permeables/ no permeables).
En un estudio prospectivo de 127 HyCoSy-3D realizadas en nuestro centro entre marzo de 2017 y febrero de 2018, vimos que es una prueba bien tolerada: mediana de dolor 2.35 (0-10) en escala EVA, relacionándose con la dificultad en la canalización cervical (mediana de dolor con canalización fácil 2, con canalización más dificultosa 3.82, siendo estadística mente significativo con $p = 0.0003$) y con el volumen de contraste instilado. Asimismo, es útil para la valoración de la permeabilidad tubárica:
bilateral en 84 (68,85%), unilateral en 31 (25,41%) y en 7 pacientes no se vio ninguna trompa permeable, 5 de las cuales accedieron a realización de histerosalpingografía, confirmándose la obstrucción bilateral en 1 paciente. También encontramos buena concordancia con la histeroscopia en la valoración de la cavidad endometrial (sensibilidad 92,59%, especificidad 100%): de las 42 pacientes en las que se realizó histeroscopia, se confirmó normalidad de la cavidad en 15 (88.24%) y en el caso de las sospechas de malformación, ésta se confirmó en el 100%. Además, la tasa de gestación espontánea en el primer mes tras la técnica, 5 (3,94%), sugiere que puede producirse un efecto terapéutico.

LA MATERNIDAD EN EL SIGLO XXL.
PRESENTACIÓN DE LA FERTILIDAD COMO OPCIÓN

Dra. Esperanza/ De La Torre. Dra. Cora Hernández.
Hospital Universitario Fundación Jimenez Diaz. Madrid.

Desde finales del siglo XVIII se ha producido un movimiento de reivindicación de los derechos y la autonomía de la mujer, cuyo papel se asumía tradicionalmente limitado al hogar y la familia. El paso definitivo para su emancipación se dio con la progresiva incorporación al trabajo, y pese a los grandes logros a este respecto en el último siglo, la lucha por la igualdad en el ámbito laboral y doméstico continúa activa, siendo en la actualidad el mayor reto la conciliación de ambos.

Este y otros cambios han asociado un progresivo retraso de la maternidad, así como una caída en la tasa de fecundidad en España de más de un 50% en los últimos 50 años.
Actualmente la maternidad se concibe como opción, y el momento de llevarla a cabo una elección libre de la mujer. Desde el punto de vista biológico, sin embargo, nos encontramos con un descenso progresivo de la fertilidad femenina a lo largo de la vida, que se acelera exponencialmente a partir de los 35 años. Para garantizar la posibilidad de diferir la maternidad se plantea la preservación de la fertilidad de forma electiva, siendo la vitrificación ovocitaria la técnica más extendida con una eficacia de en torno a un 90% si se efectúa en el momento óptimo (entre los 25 y los 30 años). Sin embargo, se trata de un recurso todavía infrautilizado, mientras continúa aumentando el número de tratamientos de reproducción asistida en mujeres de edad reproductiva avanzada cuyas posibilidades de éxito se ven mermadas por este motivo.
Promover la toma de conciencia sobre este problema en la población debe plantearse como parte del asesoramiento en la planificación familiar por parte de los profesionales sanitarios.

ESTUDIO Y PREVENCIÓN DE ABORTOS DE REPETICIÓN

Dra. Simona Chirollo/ Dra. Beatriz Ochoa.
Hospital Universitario General de Móstoles.

FACTORES ETIOLÓGICOS

Existen una serie de razones que hacen aconsejable iniciar el estudio diagnóstico ya a partir de 2 abortos. Se suelen investigar múltiples factores etiológicos para el AR: factores genéticos, anatómicos, endocrinos, infecciosos, inmunológicos, factores masculinos, causas psicógenas, trombofilias, y en hasta un 50% de casos, tenemos AR de causa inexplicada.

Respecto a los factores genéticos, en un 3%-5% de parejas con AR se detecta una anomalía cromosómica estructural equilibrada, como translocaciones recíprocas y Robertsonianas. Por otro lado, el 30-75% de los embriones de AR portan alteraciones cromosomicas (como trisomías o monosomías).
Los factores anatomicos suponen el 10-20% de los AR. El útero septo/subsepto es la malformación congénita que con más frecuencia se asocia al AR, junto con cualquier otra anomalía adquirida (pólipos, adherencias, miomas submucosos o intramurales) que deforme la cavidad. Los factores endocrinos contribuyen en un 15-20%. La DM mal controlada, la disfunción tioridea, el SOP, las alteraciones hiperandrogénicas se han asociado también. Sin embargo, adecuadamente controladas, no suponen un aumento del riesgo.
Los factores inmunológicos desempeñan un papel fundamental en la etiología de los AR. El Sindrome Antifosfolípidos es una trombofilia adquirida que representa la principal causa tratable de AR. Existe actualmente evidencia suficiente para apoyar la determinación rutinaria de los Ac antifosfolípidos en pacientes con AR. También existe una hipotesis aloinmunitaria según la cual la inmunoestimulación materna inapropriada pueda conducir a la produción excesiva de citocinas que podrían causar efectos nocivos en el embrión.
Por último, las trombofilias congénitas causan AR en hasta un 5% de pacientes determinando una trombosis de la circulación uteroplacentaria. La asociación más fuerte documentada en la actualidad es con el Factor V Leyden, seguido de la mutación del gen de la protrombina. Respecto a la asociación de AR con proteina C y Antitrombina III no hay datos suficientes y para el deficit de Proteina S solo hay asociación con los abortos de II trimestre. Según la SEGO y la SEF (2017), si bien se ha demonstrado que existe una sólida relación entre la mutación del factor V Leiden y la mutación G20210A del gen de la protrombina con las pérdidas fetales tardías, no se ha demostrado en el caso de AR. Por ello no estaría indicado su estudio en el caso de pacientes con AR.

ESTUDIO DE LA PACIENTE CON AR.

El estudio de la paciente con AR debe ser global. La anamnesis debe ser exaustiva y la exploración clínica tanto general como genital. La ecografía ginecologica es imprescindible para el estudio uterino. El estudio básico especifico incluye el cariotipo de ambos progenitores; el estudio de la cavidad uterina mediante histeroscopia, histerosalpingografía, ecografía 3D; la determinación de los Ac antifosfolípidos y una analítica general completa. En función de los resultados del estudio básico ante la sospecha de patología concreta se solicitan pruebas adicionales como seminograma, biopsia testicular, FISH del material abortivo, RMN pélvica, cultivos endometriales.
Respecto al estudio de las trombofilias, existe controversia sobre si lo indicado es realizarlo a todas las pacientes con AR o sólo en caso de sospecha de patología. El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) no recomienda el screening de trombofilias congénitas en pacientes con AR. El Royal College of Obstetricians and

Gynecologists (RCOG) recomienda la realización del screening a pacientes con abortos de II trimestre, incluyendo el Factor V Leyden, la mutación del gen de la protrombina y el deficit de Proteina S. Según la SEGO y la SEF, el estudio estaría indicado sólo en los casos de abortos de II trimestre.

TRATAMIENTO DE LA PACIENTE CON AR.

El primer escalón de tratamiento será una modificación del estilo de vida. En caso de factores genéticos, hay que orientar a la pareja hacia el consejo reproductivo y el diagnóstico prenatal. En caso de factores anatómicos, se realizarán las pruebas pertinentes. Respecto a los factores endocrinos, se intentará conseguir un nivel de Hb glicosilada <6 en las mujeres diabéticas, la TSH normal y, en caso de insuficiencia de la fase lutea, se puede valorar tratamiento con progesterona vaginal o, en casos más graves, con gonadotropinas.

Las pacientes con diagnóstico de sindrome Antifosfolípido, con anticuerpos positivos, sin episodios de trombosis previas, deberán realizar tratamiento con Acido acetil salicílico (AAS) 100 mg/día + heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis profilactica (Dalteparina 5000 UI o Enoxaparina 40 mg/24h).

Las pacientes con trombofilias congénitas requieren valoración hematológica. Existe controversia con respecto a si precisan o no tratamiento. Según la ACOG y la RCOG no hay suficiente evidencia que la heparina prevenga los AR de I trimestre en pacientes asintomáticas sin antecedentes de trombosis. La RCOG indica el uso del tratamiento profilactico con HBPM en gestantes con antecedentes de abortos de II trimestre y diagnóstico de trombofilia congénita.

En los AR de causa desconocida, ma modificación del estilo de vida, evitando tabaco, alcohol y stress deben aconsejarse para mejorar pronóstico reproductivo. Según la SEGO, ni los corticoides ni el AAS han demostrado beneficio, sin embargo 50-100 mg/día de AAS pueden ser útiles en el tratamiento de mujeres con pérdidas gestacionales tras la 13 semana de gestación. Según la RCOG 2011, el uso de tratamiento empírico en pacientes con AR es innecesario y deberiamos resistirnos a iniciarlo.

La progesterona podría ser eficaz en pacientes con 3 o más abortos de repetición sin causa conocida. El tratamiento con inmunoterapia activa o pasiva no mejora la tasa de recién nacidos vivos.

En caso de otra gestación no evolutiva, es aconsejable realizar una biopsia corial, para conseguir muestra de tejido para cultivo y estudio (viable y no contaminada): nos proporciona información sobre la causa del aborto y nos permite orientar adecuadamente a la pareja.

MESA EXPERTOS FERTILIDAD

La mesa de expertos en Fertilidad estuvo formada por el Dr. Juan Antonio García Velasco del IVI Madrid, la Dra. Virginia Engels del Hospital Universitario Puerta de Hierro, la Dra. Cora Hernández del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz y la Dra. Beatriz Ochoa del Hospital Universitario de Móstoles.

MESA DE GINECOLOGÍA

SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA

Dra. Ana Vegas / Dr. Manuel Marcos.
HM Hospitales.

Clásicamente y hasta 2014 se empleaban los términos de atrofia vulvovaginal o vulvovaginitis atrófica para denominar al conjunto de manifestaciones que se producen en el aparato genital femenino secundarias al descenso de los estrógenos en las mujeres menopáusicas.
Esta terminología fue revisada en 2013, ya que no se consideraba adecuada ni exacta. El término vulvovaginitis hacía referencia a un estado de inflamación que no se produce en estas pacientes, las palabras vulva y vagina resultaban incómodas a la población general, el término atrofia presentaba una connotación negativa y además en esta terminología quedaba excluida la afectación urinaria. Por lo tanto, teniendo en cuenta todos estos matices, se propuso el término síndrome genitourinario de la menopausia (SGUM) para referirse al conjunto de síntomas y signos que ocurren en el tracto genitourinario femenino secundarios al descenso de los estrógenos tras la menopausia.

FISIOPATOLOGÍA

Los cambios anatómicos y fisiológicos que se producen en el aparato genitourinario femenino con la menopausia, están directamente relacionados con el descenso de los niveles de estrógenos circulantes. La vagina, la vulva y el trígono vesical tienen gran cantidad de receptores de estrógenos que modulan la proliferación y la maduración celular y determinadas funciones de las mismas.
La disminución de los niveles de estrógenos durante la menopausia da lugar a la reducción de colágeno y elastina, el adelgazamiento del epitelio, la disminución de los vasos sanguíneos y el aumento del tejido conectivo. Esto se traduce en una serie de signos clínicos, como el adelgazamiento de los labios menores, pérdida de elasticidad y retracción del introito y la vagina, disminución de la lubricación y alteraciones en el pH. Esto a su vez, da lugar a una serie de síntomas como sequedad, dispareunia, prurito y predisposición a ciertas infecciones.
En cuanto al tracto urinario inferior, el meato uretral se hace más prominente con respecto al introito, quedando más expuesto y haciendo que sea más vulnerable a la irritación física y facilitando la aparición de ITUs. También se produce una afectación a nivel vesical, con disminución de la contractilidad del detrusor, lo que da lugar a un aumento del residuo miccional, que también predispone a la aparición de ITUs.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

El síndrome genitourinario afecta a más del 50% de las mujeres menopáusicas. Es un proceso crónico y progresivo, que, a diferencia de los síntomas vasomotores, va agravándose con el tiempo, especialmente en mujeres que no reciben tratamiento.
Varias encuestas realizadas en los últimos años a mujeres menopáusicas reflejan la gran afectación que produce la clínica del SGUM sobre su calidad de vida. Es importante tener en cuenta la elevada prevalencia y la cronicidad del proceso e interrogar a las pacientes sobre la presencia de síntomas de atrofia vaginal como parte de la historia clínica habitual. La disminución de los niveles de estrógenos durante la menopausia da lugar a la reducción de colágeno y elastina, el adelgazamiento del epitelio, la disminución de los vasos sanguíneos y el aumento del tejido conectivo. Esto se traduce en una serie de signos clínicos, como el adelgazamiento de los labios menores, pérdida de elasticidad y retracción del introito y la vagina, disminución de la lubricación y alteraciones en el pH. Esto a su vez, da lugar a una serie de síntomas como sequedad, dispareunia, prurito y predisposición a ciertas infecciones.
En cuanto al tracto urinario inferior, el meato uretral se hace más prominente con respecto al introito, quedando más expuesto y haciendo que sea más vulnerable a la irritación física y facilitando la aparición de ITUs. También se produce una afectación a nivel vesical, con disminución de la contractilidad del detrusor, lo que da lugar a un aumento del residuo miccional, que también predispone a la aparición de ITUs.

TRATAMIENTO

El tratamiento de primera elección para la sintomatología del SGUM lo constituyen los lubricantes e hidratantes.i Los lubricantes proporcionan un alivio a corto plazo, inmediato, y se emplean para facilitar las relaciones sexuales evitando molestias. Los hidratantes vaginales aportan un alivio de la sintomatología, especialmente de la sequedad, a largo plazo, pero para que sean efectivos requieren una regularidad en su aplicación, deben aplicarse diariamente o cada 2 días. En cuanto a la composición, en los últimos estudios parece que preparados con ácido hialurónico tienen una mayor eficacia.

El siguiente escalón terapéutico estaría constituido por los estrógenos locales. Existen diferentes presentaciones en el mercado, todas ellas con eficacia similar.

Los estrógenos locales administrados a bajas dosis, presentan una absorción sistémica mínima, que es mayor al inicio del tratamiento, coincidiendo con una mayor atrofia vaginal y un epitelio más adelgazado. A medida que este epitelio se va regenerando la absorción disminuye.

Los estrógenos locales también tienen un papel importante en el tratamiento de las ITUs de repetición en pacientes postmenopausicas. Actúan mejorando la atrofia vaginal, acidificando el pH y ayudan al restablecimiento de la flora vaginal, así como mejoran la contractilidad vesical y permiten el restablecimiento del epitelio vesical, disminuyendo el residuo postmiccional, ayudando así, a prevenir el desarrollo de ITUs.¡Error! Marcador no definido.

Otra opción terapéutica son los moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (SERM). El ospemifeno es el único SERM aprobado específicamente para el tratamiento del SGUM, actúa como agonista estrogénico en vagina y hueso, antagonista en mama y no ejerce efecto sobre el endometrio. Se adminstra por vía oral.

Como terapia más novedosa para el SGUM se encuentra el láser. Existen ya numerosos estudios que avalan su eficacia tanto a nivel de mejoría histológica como de eficacia clínica.ii En estudios a largo plazo realizados con un seguimiento de dos años, parece que a partir de los 18 meses de su aplicación la clínica tiende a reaparecer,sin embargo, las mujeres se encuentran bastante satisfechas con los resultados y la mayoría desearían repetir.

Otros tratamientos novedosos que presentan resultados prometedores son la aplicación de ácido hialurónico inyectado intramucosa vaginal, la radiofrecuencia, la testosterona vaginal, la DHEA vaginal. Pero todavía se requieren más estudios.

CONCLUSIONES

1.- El síndrome genitourinario es una patología crónica y progresiva muy prevalente entre las mujeres menopáusicas.

2.- Es importante que los médicos preguntemos por la clínica y afectación de la calidad de vida de las mujeres.

3.- El diagnóstico y tratamiento precoz de este problema mejora sustancialmente la calidad de vida de nuestras pacientes.

CIRUGÍA DE SUELO PELVICO:
VALIDACIÓN Y RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO

Dra. Carmen Yelo Docio / Dra. María Luque Martín.
Hospital Universitario de Fuenlabrada.

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es un problema frecuente que afecta hasta a un 50% de las mujeres. En cuanto a la localización, el compartimento anterior es el más frecuentemente afectado, 2 veces más que el compartimento posterior y 3 veces más que el apical. Es más frecuente en pacientes hispanas y menos en la raza negra.

Los prolapsos avanzados anteriores o del compartimento apical desplazan posteriormente el cuello vesical acodando la uretra, resultando

en una obstrucción de la misma. Es esta obstrucción lo que hace que estas mujeres sean continentes. Al reducir el prolapso semejando la anatomía normal, se desobstruye la uretra y se puede demostrar incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) con el test de esfuerzo. Este tipo de incontinencia de esfuerzo que sólo se demuestra al reducir el prolapso es la llamada incontinencia urinaria de esfuerzo oculta. Por tanto, los posibles escenarios que encontraremos en la consulta en base a manifestaciones clínicas de las pacientes serían estos 3: POP e IUE ambos sintomáticos, POP sintomático sin síntomas de IUE y POP asintomático con síntomas de IUE.
En la evaluación clínica se debe evaluar a la paciente con y sin prolapso. EL objetivo es simular como quedaría la paciente tras reparar quirúrgicamente el prolapso y revelar si existe IUE enmascarada.
El test de esfuerzo en mujeres con POP avanzados evidencia un mayor número de pacientes con test positivo si se realiza reduciendo el prolapso con la valva y luego con el pesario y llevándose a cabo en litotomía y en bipedestación. Es importante el nivel de llenado vesical, que debe ser a partir de 200 ml.
Se establecen tres líneas claramente diferenciadas en función de la valoración de estos parámetros.
Podemos optar por una estrategia de **tratamiento universal,** es decir, asociando siempre una técnica anti incontinencia de manera simultánea a las cirugías correctoras de prolapso.
Otra estrategia de tratamiento es la llamada **secuencial;** inicialmente únicamente corregiremos el prolapso, y valoraremos en un segundo tiempo si la paciente precisa una técnica anti incontinencia.
Por último, el **abordaje selectivo** aboga por realizar ambos procedimientos en el mismo acto quirúrgico únicamente si la paciente presenta IUE sintomática o IUE oculta.
Según la revision de Uptodate actualizada en febrero de este año se recomienda optar por cirugía conjunta con un nivel de evidencia IB.
En el incontinence, en su versión de 2013 especifican con un nivel de evidencia I/II que si estas mujeres se someten a colposacropexia la técnica de Burch puede que no añada beneficio frente a no realizar más procedimiento. Sin embargo, aboga por la cirugía conjunta en el caso que se empleen bandas suburetrales retropubicas y transobturadoras de manera concomitante a la cirugía correctora de prolapso.
Si comparásemos el tratamiento secuencial con el abordaje universal, con la estrategia secuencial se ahorrarían hasta un 95% de los procedimientos.
Tanto la revisión publicada por Uptodate como el Incontinence en su versión de 2013 abogan por un abordaje selectivo si en estas pacientes sin síntomas de IUE se demuestra IUE oculta con maniobras de reposición.
Para presentar los resultados de la cirugía de Suelo Pélvico en nuestro centro y su seguimiento a largo plazo hemos elegido una cohorte de 217 pacientes intervenidas de prolapso con o sin técnicas antiincontinencia según un abordaje selectivo entre enero 2010 y diciembre 2012. Hemos elegido esta cohorte para poder presentar los datos del

seguimiento a largo plazo. Realizamos técnica antiincontinencia con banda suburetral transobturadoradora KIM, inserción IN-OUT y en el caso que se demuestre necesario hemos usado mallas Seratom para corregir el prolapso.
En nuestra unidad de Suelo Pélvico se procedió a una evaluación clínica detallada, con exploración clínica completa, test de esfuerzo con al menos 200 cc de repleción vesical, con y sin reposición de prolapso con valva y pesario y realizado en decúbito y en bipedestación. En todos los casos realizamos urodinamia previa a la cirugía antiincontinencia.
Optamos por cirugía clásica para corrección del prolapso, asociando malla en caso de demostrarse defecto lateral en cistocele, presencia de enterocele o recidiva de cirugía previa.
Como he dicho antes utilizamos un abordaje selectivo la hora de realizar técnicas anti incontinencia en estas pacientes.
Los prolapsos que afectaban al compartimento anterior fueron los más frecuentes. El test de esfuerzo fue positivo en 50 pacientes, y en 74 al realizar la reposición del prolapso.
Es decir, tuvimos un 12% de tasa de IUE oculta, más frecuentemente cuando el prolapso afectaba a los compartimentos anterior o central.

En la urodinamia se demostró IUE por hipermovilidad uretral en la mayoría de las pacientes Un 23% de las pacientes fueron subsidiarias de colocación de malla para corregir el prolapso.

/ En cuanto a las técnicas anti incontinencia la mayoría fueron bandas suburetrales transobturadoras libres de tensión.
/ En la mayoría de casos no tuvimos complicaciones ni intraoperatorias ni en las 24 h pos cirugía ni más adelante. La complicación más frecuente fue la ITU, que apareció en un 36% de las pacientes que se sometieron a cirugía de incontinencia y en un 13% de las que se colocó malla para corregir el prolapso.
/ Tuvimos una tasa de IUE postoperatoria del 4,2%, sólo diagnosticándose en 3 casos y sólo 1 de las pacientes se sometió a una segunda cirugía anti incontinencia, colocándose un Remeex.
/ En cuanto a la recidiva de IUE se produjo en 4 pacientes, con una media de aparición de 21 meses, y sólo en 1 caso precisó 2ª cirugía.
/ En cuanto a la IUE de nuevo apareció en 8 casos, y sólo requirieron cirugía 4 de ellos.

CIRUGÍA ROBÓTICA EN PATOLOGÍA GINECOLOGÍA NO ONCOLÓGICA

Dra. Eider López Arrúe/ Dr. Pluvio J. Cornado Martín.
Instituto de Salud de la Mujer José Botella Llusiá. Hospital Clínico San Carlos.

El sistema quirúrgico robótico Da Vinci se trata de un sistema controlado por un cirujano que opera desde una consola y se diseñó para facilitar la cirugía compleja empleando un enfoque mínimamente invasivo.
El tiempo medio de preparación hasta la incisión en piel es de media 40 minutos; el tiempo de Docking o acoplamiento es de 13 minutos.
Cuando se compara la laparoscopia asistida por robot con la laparoscopia convencional, al poder superar ciertas dificultades como el temblor, la visión bidimensional y la precisión de movimientos, es de esperar que las cirugías sean más seguras. Este y otros cambios han asociado un progresivo retraso de la maternidad, así como una caída en la tasa de fecundidad en España de más de un 50% en los últimos 50 años.
Actualmente la maternidad se concibe como opción, y el momento de llevarla a cabo una elección libre de la mujer. Desde el punto de vista biológico, sin embargo, nos encontramos con un descenso progresivo de la fertilidad femenina a lo largo de la vida, que se acelera exponencialmente a partir de los 35 años. Para garantizar la posibilidad de diferir la maternidad se plantea la preservación de la fertilidad de forma electiva, siendo la vitrificación ovocitaria la técnica más extendida con una eficacia de en torno a un 90% si se efectúa en el momento óptimo (entre los 25 y los 30 años). Sin embargo, se trata de un recurso todavía infrautilizado, mientras continúa aumentando el número de tratamientos de reproducción asistida en mujeres de edad reproductiva avanzada cuyas posibilidades de éxito se ven mermadas por este motivo.
Promover la toma de conciencia sobre este problema en la población debe plantearse como parte del asesoramiento en la planificación familiar por parte de los profesionales sanitarios. En el ámbito ginecológico ésta técnica

resulta útil en patología benigna como miomectomías, histerectomías, tratamiento de la endometriosis, colposacropexias y cirugías oncológicas como cáncer de cérvix, endometrio y ovario (incluidas las linfadenectomías pélvicas y paraaórticas).

MIOMECTOMÍA ROBÓTICA

La introducción de la cirugía robótica ha ampliado las indicaciones de la miomectomía mínimamente invasiva a los casos más complejos que antes se realizaban mediante laparotomía.
La cirugía robótica presenta una disminución del tiempo intraoperatorio, una menor pérdida sanguínea y una menor tasa de complicaciones intraoperatorias.
La cirugía robótica se utiliza cada vez más en casos complicados.

HISTERECTOMÍA ROBÓTICA

Es la operación ginecológica más frecuente. Las histerectomías con asistencia robótica fueron significativamente más cortas y también tuvieron una reducción significativamente menor en la hemoglobina. En un metaanálisis de Cochrane publicado en 2014, se concluye que la cirugía laparoscópica aporta ventajas en cuanto al tiempo operatorio y las complicaciones intraoperatorias; sin embargo, la cirugía robótica obtiene mejores resultados en cuanto a la tasa de sangrado,
infecciones, complicaciones postoperatorias, dolor y conversiones. Tanto la tasa de reintervenciones como la estancia hospitalaria resulta estadísticamente significativa a favor de la cirugía robótica. Nuestra propia experiencia en histerectomías por causa benigna (44 intervenciones asistidas por robot vs. 17 por laparoscopia convencional) muestra que la cirugía robótica requiere de menor tiempo quirúrgico (128 vs. 141 minutos) y disminuye el sangrado (99 vs. 165 ml); también resulta inferior la tasa de complicaciones (17 vs. 28) y la estancia hospitalaria (69 vs. 89 horas).

COLPOSACROPEXIA ROBÓTICA

En el metaanálisis de Cochrane de 2014 en el que se compara la colporsacropexia laparoscopia y la asistida por robot, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tiempo quirúrgico ni a las complicaciones intraoperatorias; tampoco se encuentran diferencias en la tasa de infecciones, escala de dolor, días de estancia hospitalaria ni sangrado. Sin embargo, existe una mayor tasa de complicaciones postoperatorias en la cirugía asistida por robot y una mayor tasa de reintervención en la laparoscopia convencional.

ENDOMETRIOSIS PROFUNDA
En la actualidad, disponemos de pocas evidencias para el tratamiento de la endometriosis profunda mediante la cirugía robótica ya que no hay estudios aleatorizados ni comparativas y tan solo disponemos de series de casos.

PERCEPCIÓN DEL CIRUJANO: Basándonos en los resultados obtenidos en nuestras intervenciones, en comparación con la cirugía laparoscópica, el cirujano percibe la cirugía como menos dificultosa. Además, aumenta en confort y disminuye estadísticamente la fatiga, el dolor de piernas y el de espalda. También disminuye la fatiga en el ayudante.

CONCLUSIONES
La aparición de la cirugía laparoscópica y robótica ha hecho que la cirugía abierta tienda a decrecer. En comparación con la laparoscopia, con la cirugía robótica el cirujano percibe la cirugía más sencilla, aumentando su confianza; además, el confort es mayor y la curva de aprendizaje menor.
En resumen, podemos decir que la cirugía robótica ofrece algunas ventajas en procesos benignos, como una menor estancia hospitalaria y sangrado, asociado a un mayor coste.

ESTADO ACTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ENDOMETRIOSIS

Dra. Mairena Coronado Ruiz/ Dra. Ana Román Guindo.
Hospital Universitario La Moraleja.

La endometriosis es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta al 10% de las mujeres en edad fértil. Las pacientes cada vez están más informadas sobre esta patología por lo que el especialista debe conocer las últimas novedades sobre su manejo, sin olvidar la evolución crónica de esta enfermedad.
La endometriosis es una enfermedad en la cual existe tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. El origen de esta enfermedad es desconocido, aunque cada vez hay más estudios que plantean un origen multifactorial (genético, inmunológico, etc). Esta patología se encuentra presente en el 10% de las mujeres en edad fértil, aunque en poblaciones especiales (dolor pélvico, infertilidad, dispareunia, etc), la prevalencia aumenta. Es importante, ante pacientes con clínica, iniciar cuanto antes un diagnóstico y tratamiento eficaz. En nuestro medio el diagnóstico de endometriosis puede llegar a demorarse hasta 8 años.
El diagnóstico se basa en una anamnesis y exploración física adecuada junto al uso de pruebas de imagen (esencialmente la ecografía transvaginal y la Resonancia Magnética Nuclear). El diagnóstico definitivo se realiza mediante la visualización y la toma de biopsias de las lesiones por laparoscopia. Aunque la laparoscopia sea el gold standard en el diagnóstico de endometriosis, cada vez se realiza menos con intención diagnóstica, por la morbilidad que conlleva. Por lo tanto, ante un diagnóstico de sospecha, se debe iniciar un tratamiento empírico eficaz.
El objetivo del tratamiento de la endometriosis se basa en la supresión de síntomas. Actualmente no existe ningún

tratamiento eficaz en la reversión de la enfermedad. Los principales síntomas a tratar son el dolor y la infertilidad. Es importante recordar que la endometriosis es una enfermedad crónica, por lo que debemos disminuir al máximo el número de intervenciones quirúrgicas innecesarias para la paciente.
El tratamiento del dolor se basa en el uso de analgésico y antiinflamatorios en combinación con terapia hormonal. Actualmente el tratamiento con anticonceptivos ha demostrado una eficacia similar al uso de Agonistas de GnRH, o de antiguos tratamiento como el Danazol, con una tasa de efectos secundarios mucho menor. En pacientes refractarias a estos tratamientos, existen nuevos medicamentos, entre ellos los inhibidores de la aromatasa, que han demostrado eficacia en la resolución de sus síntomas. Otros fármacos se encuentran en distintas fases de estudio.
Cuando el tratamiento médico es ineficaz se realizará una laparoscopia en busca de lesiones. Es importante siempre tratar todas las lesiones que se visualicen. Entre la escisión o la ablación de lesiones no existen diferencias significativas en la disminución del dolor a largo plazo. En el caso de la cirugía por endometriosis profunda es importante valorar el deseo genésico de la paciente. Si la paciente tiene sus deseos genésicos cumplidos se realizará una cirugía lo más radical posible. En estos casos, es importante la planificación multidisciplinar junto a Cirugía General y Urología para el tratamiento de las lesiones extragenitales.
Tras la cirugía se recomienda el uso de anticonceptivos orales como prevención secundaria para el alivio de los síntomas y la aparición de nuevas lesiones.
El tratamiento de la infertilidad en relación con la endometriosis es más controvertido. El tratamiento médico se limita al uso de analgésicos en el caso que la paciente también presente dolor, por lo que se debe aconsejar la búsqueda de gestación de forma inmediata. El tratamiento con agonistas de GnRH previo al tratamiento con técnicas de reproducción asistida mejora las tasas de gestación. Respecto al tratamiento quirúrgico, el tratamiento de las lesiones, sobre todo los endometriomas, mejora las tasas de gestación clínica. Aun así, las tasas son mayores con el uso de las técnicas de reproducción asistida, y la cirugía produce una disminución en la reserva folicular por lo que ésta debe dirigirse a pacientes con grandes lesiones o sintomatología asociada.
Es importante informar de forma detallada a la paciente de la naturaleza y evolución crónica de la enfermedad y explicar de forma detallada todas las opciones de tratamiento posible, para alcanzar un manejo eficaz de la endometriosis.

MESA EXPERTOS GINECOLOGÍA

La mesa de expertos de Ginecología estuvo formada por el Dr. Manuel Marcos de HM Hospitales, laDra. María Luque del Hospital Universitario de Fuenlabrada, el Dr. Pluvio Coronado del Hospital Universitario Clínico de San Carlos y la Dra. Ana Román del Hospital Universitario de la Moraleja. Moderadores: Dr. Jesús Lázaro-Carrasco del Hospital Universitario Ramón y Cajal y Dr. Luis Serrano del Hospital de HM Gabinete Médico Velázquez

CLAUSURA DEL CURSO

Clausura del acto por partee del Dr. Miguel Ángel Rodríguez Zambrano, jefe del servicio de Ginecología del Hospital Universitario HM Puerta del Sur.

+ más vitamina D_3

porque tiene 600 UI de vitamina D_3

Un déficit de vitamina D_3 en mujeres embarazadas significa más riesgo de:[14]

- preeclamsia,
- parto prematuro,
- vaginosis bacterianas gestacionales y
- diabetes gestacional

Niveles altos de vitamina D_3 no se correlacionan con problemas materno-infantiles.[13]

¿Cuánta vitamina D_3 necesitan sus pacientes?

Según IOM (Institute Of Medicine, of The National Academies) la evidencia sugiere que la necesidad de ingesta diaria recomendada de vitamina D_3 es de **600 UI** para edades comprendidas entre 1 y 70 años, incluído el **EMBARAZO** y la **LACTANCIA.**[15]

Importancia metabólica de la vitamina D_3

Hay receptores de vitamina D_3 en todos los tejidos del cuerpo.

El 3% del genoma humano está regulado por la vitamina D_3.

Funciones de la vitamina D_3

Favorece la absorción del calcio y fósforo, reforzando la masa ósea en la madre y la formación y crecimiento óseo en el feto.[11,12]

Promueve el desarrollo normal del cerebro del feto.[12]

Regula la inmunidad innata y adquirida y un déficit de ella se asocia a infecciones y enfermedades autoimnunes.[13]

Regula el sistema cardiovascular.[13]

NUEVO

SEIDIBION®

con **600 UI** de Vitamina D_3

HOSPITAL UNIVERSITARIO
hm puerta del sur

+más ahorro • +más fácil • +más agradable • +más vitamina D_3

Posología: **1 cápsula al día**

Presentación 30 cápsulas

Presentación 60 cápsulas

+ más ahorro

porque la presentación de 60 cápsulas supone un ahorro del 17% sobre el coste de tratamiento al mes*

1. Koletzko B, et al. Dietary fat intakes for pregnant and lactating women. Consensus Statement. British J. of Nutrition (2007); 98: 873-877. **2.** Smuts CM *et al.* A randomized trial of docosahexaenoic acid supplementation during the third trimester of pregnancy. *Obstet Gynecol* **2003**; 101(3): 469-79.**3.** González de Agüero R *et al.* Alimentación y nutrición materna durante el embarazo. En: Manual de asistencia al embarazo normal, 2ª de. Fabre González E (de). *Editorial Ino Reproducciones* **2001** pp 265-313. **4.** Campoy C *et al.* Actualización, recomendaciones y consenso sobre el papel de los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga en la gestación, lactancia y primer año de vida. *Med Clin* **2010**; 135(2): 75-82. **5.** EFSA claims: http://ec.europea.eu/nuhclaims/. **6.** Makrides M *et al.* Marine oil, and other prostaglandin precursor, supplementation for pregnancy uncomplicated by pre-eclampsia or intrauterine growth restriction. *Cochrane Database Syst Rev* **2006** 19;(3):CD003402. **7.** Wang J *et al.* Elevate circulating homocysteine levels in placental vascular disease is associated pre-eclampsia. *Br J Obstet Gynecol* **2000**; 107: 935-8. **8.** Gardiner PM *et al.* The clinical content of preconception care: nutrition and dietary supplements. *Am J Obstet Gynecol* **2008**; 199: S357-61. **9.** Beard J. Iron deficiency alters brain development and functioning *J Nutr* **2003**; 133: 1468S-72S. **10.** López Rodríguez MJ *et al.* Suplementos en embarazadas: controversias, evidencias y recomendaciones. *Inf Ter Sist Nac Salud* **2010**; 34 (4): 117-128. **11.** Javaid MK *et al.* Maternal vitamin D status during pregnancy and childhood bone mass at age 9 years: a longitudinal study. *Lancet* **2006**; 367: 36-43. **3.** Morse NL Benefits of Docosahexaenoic Acid, Folic Acid, Vitamin D and Iodine on Foetal and Infant Brain Development and Function Following Maternal Supplementation during Pregnancy and Lactation. *Nutrients* **2012**, 4, 799-840, **12.** Morse NL Benefits of Docosahexaenoic Acid, Folic Acid, Vitamin D and Iodine on Foetal and Infant Brain Development and Function Following Maternal Supplementation during Pregnancy and Lactation. *Nutrients* **2012**, 4, 799-840, **13.** De-Regil LM, et al. Sao Paulo Med J 2016; 134 (3): 274-5. Evaluation, Treatment, and Prevention of Vitamin D Deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. **14.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, issue 1, art. no. CD008873. DOI: 10.1002/14651858.CD008873.pub3. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. Luz Maria De-Regil, Cristina Palacios, Lia K Lombardo, Juan Pablo Peña-Rosas. **15.** IOM ; Report Nov 2010. Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D

* IMS TAM Abril 2017.

SEIDLAB

7031 Septembre 2017

Empresas colaboradores

Bayer

SHIONOGI

CASEN RECORDATI
GROUP
www.casenrecordati.es

ITALFARMACO

MSD

DONNA plus

FERRING
PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

SEID LAB

Theramex
For Women, For Health