REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

Junio 2024

Año MMXXIV

2º Congreso Nacional de Asistencia Privada de la SEGO

MADRID

6 y 7 de junio de 2024

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

Revista de Formación Continuada. Fundada en 1936 por el Sr. F. García Sicilia y el Dr. F. Luque Beltrán. Es propiedad de los profesores Bajo Arenas y Cruz y Hermida.

DIRIGIDA A:
Especialistas en Ginecología y Obstetricia

INDEXADA EN:
IME, EMBASE/Excerpta Medica, Bibliomed, Embase Alerts, Sedbase

CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA:
Calle Jérez, 21
28231 Las Rozas
Madrid

Correl electrónico:
mpazle@tokoginecologiapractica.com

Periodicidad:
6 números al año

Disponible en Internet:
www.tokoginepractica.com

EDICIÓN PUBLICIDAD
91 639 59 65

SUSCRIPCIONES
91 639 59 65

TARIFAS DE SUSCRIPCIÓN ANUAL

Profesionales	52,75€
Instituciones	81,49€
MIR y estudiantes	41,55€

IVA incluido. Precios validos para España

Extranjero (sin IVA)	91,39€

PUBLICACIÓN AUTORIZADA
como soporte válido:
Ref. SVR núm 117-R-CM

ISSNO: 0040-8867

DEPÓSITO LEGAL: M. 3.873-1958

editorial SELENE

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRECTOR HONORÍFICO
Cruz y Hermida, J

DIRECTOR
Bajo Arenas, J.M

DIRECTOR CIENTÍFICO
Huertas Fernández, M.A

EDITORES
Palacios Gil-Antuñano, S
Mendoza Ladrón de Guevara, N

SECRETARIOS DE REDACCIÓN
Escribano Tórtola, J.J
Marcos Fernández, M

COMITE CIENTÍFICO

Acién Álvarez, P.
Álvarez de los Heros, J.I.
Álvaro Navidad, P
Barri Ragué, P. N.
Barrio Fernández, P. del
Bonilla Musoles, F.
Bruna Catalan, I.
Calleja Abu-Amshah, J.
Castelo-Branco, C.
Carrasco Rico, S.
Cortés Bordoy, J.
Criado Enciso, F.
Cristóbal García, I.
Díaz Recasens, J.
Espuña Pons, M.
Ferrer Barriendos, J.
Fuente Pérez, P. de la
Fuente Ciruela, P. de la
Fuente Valero, J. de la
Galindo Izquierdo, A
García Benasach, F
González González, A.
Hernández Aguado, J.J.
Lailla Vicens, J. M.
López García,G.
Martínez Pérez, O.
Martínez-Astorquiza, T.
Miguel Sesmero, J. R. de
Pérez-Medina, T.
Pingarron Santofimia, MC
Plaza Arranz, J
Ramírez Medina, E
Sánchez Borrego, R.
San Frutos Llorente, L.
Troyanno Luque, J.
Usandizaga Calpasoro, M.
Usandizaga Elio, R.
Vidart Aragón, J. A.
Zapardiel Gutiérrez, I

¡Descubre wegovy®!

Beneficios más allá del peso*

16,9%
PÉRDIDA DE PESO

La pérdida de peso media sostenida a 68 semanas en el grupo tratado con semaglutida fue de -16,9% vs. -2,4% con placebo[1#†]

Wegovy® tiene **5 presentaciones** (1 para cada concentración)

Cada pluma precargada contiene suficiente medicamento para administrar **4 dosis únicas con frecuencia semanal**[1]

Semaglutida 2,4 mg produjo una mejora de la composición corporal[‡], disminuyendo la masa grasa y masa grasa visceral vs. placebo[&2,3]

*Semaglutida tiene un efecto beneficioso en lípidos plasmáticos, disminuye la presión arterial sistólica y reduce la inflamación. El tratamiento con semaglutida también mostró mejoras estadísticamente significativas en el perímetro de la cintura, la presión arterial sistólica y la función física en comparación con placebo y una mayor proporción de los pacientes tuvieron un estado normoglucémico al final del tratamiento con semaglutida en comparación con placebo.[1]

#Tasas de respuesta recogidas a partir del conjunto de datos del estimando de eficacia. Los valores observados son los valores registrados para los pacientes que completaron cada visita programada. Los valores estimados pueden incluir múltiples imputaciones para abordar los datos faltantes de los pacientes que abandonaron el estudio. Según el estimando de la política de tratamiento, en el grupo tratado con semaglutida 2,4 mg, el cambio promedio en el peso corporal desde el inicio hasta la semana 68 fue de -14,9%, en comparación con -2,4% del grupo de placebo. Suponiendo que todos los pacientes aleatorizados permanecieron en tratamiento y no recibieron otros tratamientos contra la obesidad, los cambios estimados desde la aleatorización hasta la semana 68 para el peso corporal basados en un modelo mixto para medidas repetidas incluidas todas las observaciones hasta la primera interrupción fueron del -16,9% y el -2,4% para semaglutida 2,4 mg y placebo, respectivamente.[1] †Diferencia de tratamiento estimada, -14,4 puntos porcentuales; IC del 95%, -15,3 a -13,5; (p <0,001). ‡ Cambio en la composición corporal desde el inicio del estudio clínico STEP 1 hasta la semana 68 (subgrupo DEXA, n=140).[3] & Datos del estimando de la política de tratamiento. Cambio de masa grasa total en kg en mujeres -7,8 kg [95 % IC: -11,0; -4,5]. Cambio en el porcentaje de masa grasa total en relación con la masa corporal total fue de -3,7 %-puntos [95 % IC:-5,6;-1,8]. La masa de grasa visceral regional se calculó en la región L4 (hombres o mujeres) o en la región ginoide (solo mujeres), según la metodología del escáner disponible en los sitios de estudio participantes. El cambio en la masa grasa visceral regional en kg fue de -0,3 kg [95 % IC: -0,5; -0,2]. Cambio en el porcentaje de masa grasa visceral regional en relación con la región evaluada fue de -2,8 %-puntos [95 % IC: -4,8; -0,9].[3] **Referencias: 1.** Ficha técnica Wegovy®. **2.** Batterham RL, et al. presented at the American College of Obstetricians and Gynecologists Annual Clinical and Scientific Meeting, April 30 – May 2, 2021, virtual meeting. **3.** Wilding JPH, et al. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. N Engl Med. 2021;384(11):989-1002. Supplementary appendix.

VER FICHA TÉCNICA DE WEGOVY

▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, lo que agilizará la detección de nueva información sobre su seguridad. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas.

Este material tiene carácter promocional y está dirigido exclusivamente a profesionales sanitarios con capacidad de prescribir o dispensar medicamentos y está desarrollado conforme a la normativa aplicable en materia de publicidad de medicamentos de uso humano, apoyándose en referencias bibliográficas válidas y relevantes. NN ha revisado el cumplimiento de lo anterior, así como la adecuación de la información presentada a las correspondientes Fichas Técnicas aprobadas. Si desea informarnos sobre un acontecimiento adverso o reclamación técnica, por favor, diríjase a la dirección 012_SpainFarmacov@novonordisk.com. Antes de prescribir, consulte la Ficha técnica del producto. Novo Nordisk no recomienda el uso de sus productos en indicaciones diferentes a las incluidas en la ficha técnica. Este material está destinado exclusivamente a profesionales sanitarios, por lo que no se permite su difusión directa o indirecta a través de redes sociales u otros medios a público general. Si quiere dejar de recibir comunicaciones comerciales de Novo Nordisk Pharma S.A. por favor haga clic en el siguiente enlace. Asimismo, puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, según sean aplicables por escrito a la siguiente dirección: dataprotectionspain@novonordisk.com acreditando su identidad.

2024 ©Novo Nordisk A/S. ES24SEMO00086

novo nordisk®

SEMANAL ▼wegovy® semaglutida inyectable 2,4 mg

VALIDEZ DEL REGISTRO CARDIOTOCOGRÁFICO FETAL EN LA PRÁCTICA OBSTÉIRICA ACTUA

Aguarón de la Cruz A

Es imprescindible hablar de los RCTG, primero bajo el punto de vista desde el punto de vista médico, es decir del conocimiento de la fisiología o comportamiento fetal durante el parto pero también hablar de sus implicaciones médico legales

Todos los especialistas en Obstetricia y Ginecología sabemos que el RCTG fetal, ha estado sujeto a críticas y limitaciones, por muchas razones. Entre ellas en mi opinión las principales han sido:

1- El RCTG, es un método diagnóstico de los años 50-60 del siglo pasado. Escuela de Caldeyro.

2- Sabemos su sensibilidad y especificidad y por lo tanto sus falsos positivos.

3- EL RCTG INTRAPARTO NO HA MEJORADO LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATAL, SOLO HA DISMINUIDO LAS CONVULSIOES NEONATALES.

A PESAR DE INTERPRETACIÓN DE LOS RCTG.

- EL AUMENTO DEL Nº DE CESÁREAS.
- LA EXPECTACULAR MEJORA DE LOS CUIDADOS NEONATALES

LA HIPOXIA FETAL Y POR LO TANTO LA EHI Y LA PCI SE MANTIENE CONSTANTE.

4- No podemos hablar ya de clasificaciones antiguas del RCTG como :

No tranquilizador Sospechoso o Amenazador (Dublin 1985)

Normal, Sospechoso o Patológico (FIGO 1987)

Monitorización fetal intraparto (SEGO 2004) que admite éstas clasificaciones sin haber actualizado el Protocolo

Ya que posteriormente han aparecido nuevas definiciones.

- NICHD Y ACOG 2008.
- NICE 2014.
- FIGO 2015.
- CTG BASADA EN LA FISIOPATOLOGÍA 2001

Posteriormente, tenemos mejor conocimiento sobre la Fisiopatología del comportamiento fetal intraparto y han aparecido nuevas definiciones que resultan fundamentales no solo para la mejor interpretación del RCTG sino también para la defensa de los profesionales que atienden partos en el caso de denuncias por negligencia o mala praxis médica que es la segunda parte de ésta ponencia ya que desgraciadamente cada vez es más frecuente la judicialización la medicina y sobre todo la Odstetricia.

1. ¿Causas del aumento de las denuncias por mala praxis médica?
2. ¿Cuáles son las causas de las denuncias?
3. Las mayores demandas, la obstetricia y entre ellas la EHI
4. ¿ Por qué reclaman los pacientes ?
5. ¿Cómo evitar las denuncias judiciales
6. ¿Cuales son las reglas para salir airoso del combate judicial sino pudo ser evitado ?

BIOLOGÍA MOLECULAR EN LESIONES PRECANCEROSAS DE CÉRVIX

Alba Menéndez A

Cuando nos referimos a la Biología Molecular, inevitablemente tendemos a visualizar la idea clásica que describe una tecnología, generalmente de base genética, que está dirigida a localizar genes alterados, proteínas sobreexpresadas o la presencia de ciertos microorganismos, con fines diagnósticos y pronósticos. Hoy en día, la biología molecular y la genómica deben ser consideradas como un todo ya que la integración de diferentes tecnologías ómicas incrementa exponencialmente las capacidades predictivas y permite una mayor precisión en la detección de pacientes con lesiones incidentes y una mejor estratificación de pacientes para el cribado.

La prevención secundaria del cáncer de cérvix, sin duda, ha evolucionado de manera lenta pero imparable a lo largo de los últimos años. La concienciación acerca de la utilidad de los programas de prevención secundaria del cáncer de cuello uterino, ha permitido dedicar recursos para implementar estrategias poblacionales, que han sido aceptadas, en nuestro medio, y han logrado un elevado nivel de adhesión. Las herramientas de estratificación de la población, para detectar mujeres en riesgo, son muy básicas, principalmente la citología ginecológica y la detección de la presencia de virus de alto riesgo en las muestras de cuello uterino.

La introducción de nuevas tecnologías es un proceso lento y en ocasiones mal aceptado. Durante los últimos veinte años no ha sido presentada ninguna propuesta tecnológica, a nivel de detección precoz, realmente disruptiva. Ha mejorado la capacidad de la PCR para realizar tipado múltiple y se ha añadido la capacidad de cuantificación. Se han diseñado marcadores de afectación tisular y celular como p16/Ki67 que facilitan la visualización del efecto citopático viral y se han tratado de incorporar marcadores de progresión como la metilación, aunque con éxito limitado.

En la consulta diaria, el clínico se sigue encontrando con la necesidad de diferenciar pacientes por su nivel de riesgo ya que se encontrará con pacientes positivas para VPH que negativizarán en su mayoría de manera espontánea, otras con lesiones con dudosa capacidad de evolución y dudosa necesidad de tratamiento y distintos casos en los que las guías clínicas recomiendan juiciosas actuaciones basadas en los datos obtenidos de la estadística poblacional. A medida que disponemos de más datos de partida, citología con marcajes protéicos, VPH tipado y cuantificado, marcadores de progresión de todas y cada una de las proteínas de la ruta metabólica, el manejo del paciente se complica mucho más, hasta el punto de tener que rechazar la información generada por muchos de estos test en favor de un algoritmo de manejo más sencillo y utilizable en el día a día.

Los recientes avances en ciencias ómicas, i.e. genómica, metabolómica, transcriptómica, epigenómica, fenómica, interactómica, etc. y los esfuerzos de iniciativas gubernamentales internacionales, lideradas por el UK Biobank, han logrado en muy poco tiempo, prácticamente desde la pandemia, generar una inmensa base de datos internacional, gratuita e interactiva, a partir de datos del genoma completo que hasta la fecha no era posible analizar con las herramientas informáticas convencionales, a causa de su enorme tamaño.

Esta iniciativa ha generado un enorme repositorio donde se describen todas las asociaciones encontradas entre los metadatos de los pacientes, es decir sus datos de edad, peso, estatura, tabaquismo, habitos

alimenticios, hábitos personales, parejas, infecciones previas, y otros antecedentes con los datos de su genoma completo. Las asociaciones descritas, nos han mostrado que es posible estratificar a la población por su índice de riesgo poligénico, en donde cada paciente es etiquetado con un riesgo individual que anticipa su necesidad de tratamiento o manejo clínico. A nivel poblacional se pueden definir grupos de pacientes con diferentes capacidades de infectarse aente el contacto con HPV, con distinta probabilidad de que la infección sea persistente, con niveles de respuesta inmune muy diferentes o con predisposiciónes individuales a la progresión de sus lesiones muy distintas.

La potencia estadística de los índices de riesgo poligénico, ha demostrado un nivel de evidencia considerable a nivel poblacional y sin duda veremos que los programas de prevención, primaria y secundaria de esta y otras patologías incorporarán estas potentes herramienteas de base computacional para la estratificación de los pacientes en un futuro cercano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anna Tisler, Anneli Uusküla, Sven Erik Ojavee, Kristi Läll, Estonian Biobank research team & Triin Laisk. Polygenic risk scores for cervical HPV infection, neoplasia and cancer show potential for personalised screening: comparison of two methods. Infectious Agents and Cancer volume 18, Article number: 82 – 2023
2. Editorial. Can artificial intelligence improve cancer care? The Lancet Oncology, Published Online; April 28 2023
3. Catherine Huntley, Bethany Torr, Amit Sud, et al. Utility of polygenic risk scores in UK cancer screening:a modelling analysis. Lancet Oncol 2023; 24: 658–68
4. Andrew J. Vickers, Amit Sud, Jonine Bernstein & Richard Houlston. Polygenic risk scores to stratify cancer screening should predict mortality not incidence. Nature Precision Oncology. Precision Oncology. 6: 32 (2022)

Profilaxis y tratamiento de la **anemia ferropénica** y estados carenciales de Hierro (1)

Demostrando su buena absorción y disponibilidad inmediata (2)

DESPUÉS DE LA COMIDA PRINCIPAL (1)

profer

Ferrimanitol ovoalbúmina

Protección con Eficacia (1, 2, 3)

FINANCIADO

La administración de las dosis recomendadas de profer **normaliza los parámetros hematológicos alterados** (1)

Ejerce un efecto protector de la mucosa gastroduodenal frente a la toxicidad habitual del hierro observada en otras formulaciones (1, 3)

SABOR VAINILLA-PLÁTANO

SABOR CAFÉ

PROF_ADV1_0224

1. Fichas Técnicas de Profer 40 mg y 80 mg granulado para solución oral, 40 mg comprimidos solubles. **2.** López de Ocáriz A et al. Clinical Pharmacokinetics of Ferric Natural Protein in Iron-Deficient Females. Clin Drug Invest 1998 Apr; 15 (4): 319-325 **3.** Idoate Gastearena MA, Gil AG, Azqueta A, Coronel MP y Gimeno M. A comparative study on the gastroduodenal tolerance of different antianaemic preparations. Human & Experimental Toxicology (2003) 22: 137-141

meiji

Meiji Pharma Spain, S.A.

CÁNCER DE ENDOMETRIO

Fernández Huertas R

ABSTRACT

El cáncer de endometrio es el tumor ginecológico maligno más frecuente en España y el segundo en mortalidad tras el cáncer de ovario.

En los últimos años se está viendo un aumento de la incidencia probablemente secundario a la mayor edad que alcanzan las mujeres y al aumento de la obesidad en la población, ambos factores claramente asociados al cáncer de endometrio.

También nos encontramos en los últimos tiempos con cambios significativos tanto en diagnóstico como en opciones de tratamiento de la enfermedad. Hemos superado la dualidad que Bokhman propuso en los años 80 y vemos como esta clasificación está siendo desplazada por los subtipos moleculares y la modificación de los grados de diferenciación histológicos.

Estos nuevos grupos de riesgo basados en la clasificación molecular nos permite adecuar los tratamientos adyuvantes y la implantación del ganglio centinela (GC) como técnica preferente en la valoración del estatus ganglionar permite ofrecer a las pacientes técnicas quirúrgicas menos agresivas.

Save the date

4 de octubre de 2024

V Jornadas en Salud Postreproductiva de la Mujer

Directora:
Dra. Carmen Pingarrón

Universidad Europea MADRID

Hospital quirónsalud San José

Hotel Rafael Atocha • **Madrid**

QUÉ APORTA LA ECOGRAFÍA EN LA PATOLOGÍA DE SUELO PÉLVICO

García Mejido JA

Profesor Permanente de la Universidad de Sevilla.
Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario de Valme (Sevilla)

INTRODUCCIÓN

Desde la primera publicación en 1986 hasta la actualidad el número de estudios que hacen referencia a la ecografía transperineal del suelo pélvico se ha incrementado exponencialmente. Actualmente, la ecografía del suelo pélvico se ha convertido en una herramienta básica de estudio y diagnóstico de las disfunciones del suelo pélvico (1). En este documento se resumirá las diferentes utilidades que presta la dicha técnica en la consulta clínica habitual con el fin de evitar los factores de confusión, establecer el diagnóstico de la incontinencia urinaria de esfuerzo, su utilización en el prolapso de órgano pélvico, su utilidad en las bandas antiincontinencia, en el estudio del músculo elevador del ano y del esfínter anal.

FACTORES DE CONFUSIÓN

En todo estudio ecográfico transperineal de suelo pélvico debe asegurarse el vaciamiento de la vejiga y del recto. De no ser así, debería especificarse en el informe el estado de llenado de la vejiga, ya que puede influir en la movilidad de los órganos durante el Valsalva. Otro factor de confusión es la duración del Valsalva (al menos 6 s) para que permita el descenso completo de los órganos. Aunque la valoración del esfuerzo máximo durante el Valsalva no se considera una factor de confusión, la determinación de la relajación del músculo elevador ano si puede influir en el descenso de los órganos durante el Valsalva en los casos en los que exista una coactivación del mismo1.

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA TRANSPERINEAL EN LA INCONTINENCIA URINARIA

La hipermovilidad uretral asociada a la incontinencia de orina de esfuerzo puede ser valorada de forma precisa mediante la ecografía, pudiéndose determinar la rotación posteroinferior del cuelo vesical alejándose de la sínfisis púbica. Este movimiento puede ser valorado mediante la distancia pubis-cuello vesical, utilizando el plano horizontal que limita al borde inferior de la sínfisis púbica, comparando las distancias en reposo con el Valsalva (2).

Diagnóstico ecográfico del prolapso de órgano pélvico.

Al igual que el diagnóstico de la movilidad uretral, en el diagnóstico ecográfico del prolapso de órgano pélvico se usa como punto de referencia el borde posteroinferior de la sínfisis del pubis. Se considera que existe un prolapso de compartimento anterior cuando la vejiga sobrepasa 10 mm por debajo de la sínfisis del pubis durante el Valsalva. Sin embargo, para el diagnóstico del prolapso de compartimento central y posterior el punto de corte es de 15 mm.

El diagnóstico diferencial ecográfico del prolapso de compartimento anterior se basa en la asociación de la movilidad uretral definiendo dos entidades distintas como son el cistocele aislado o el cistouretrocele. En el compartimento central el diagnostico diferencial se basa en la comparativa de la medición entre reposo y Valsalva de la distancia entre el pubis y fondo uterino3,4, determinándose el prolapso uterino cuando dicha distancia es igual o mayor a 15 mm3,4. El diagnostico diferencial del compartimento posterior esta basado en el aspecto ecográfico que presenta dicha región diferenciándose el rectocele, el enterocele, el rectoenterocele y la intususcepción rectal5.

ASPECTO ECOGRÁFICO DE LAS BANDAS ANTIINCONTINENCIA EN EL SUELO PÉLVICO

La ecografía permite visualizar la banda antiincontinencia pudiendo detectar complicaciones posquirúrgicas, como la obstrucción posquirúrgica o la persistencia de la incontinencia urinaria. En la práctica clínica habitual se utilizan diferentes medidas para

determinar la compresión de las bandas sobre el pubis como son la distancia banda-complejo esfinteriano o distancia banda-sínfisis del pubis (2). También se establece el posicionamiento de la banda respecto a la longitud uretral2, determinándose que la posición óptima es en el tercio medio uretral. El aspecto dinámico de la banda también es importante así como su movimiento concordante con respecto a la uretra para establecer el funcionamiento correcto de dicha banda (2).

ESTUDIO ECOGRÁFICO DEL MÚSCULO ELEVADOR DEL ANO

La evaluación del musculo elevador del ano debe realizarse en el plano axial (plano de mínimas dimensiones), obtenido mediante ecografía transperineal 3-4D. La avulsión del músculo elevador del ano es la lesión muscular del suelo pélvico más importante y sucede con el paso de la cabeza fetal por el canal del parto. Dicha lesión viene definida por la desinserción del músculo elevador del ano de la rama inferior del pubis y de la pared pélvica. El diagnóstico ecográfico de la avulsión debe realizarse mediante la aplicación del estudio multicortes con intervalos de corte de 2,5 mm, definiéndose la avulsión completa cuando se observa una inserción anormal en los tres cortes centrales. La avulsión completa puede ser tipo I o tipo II dependiendo si permanecen intactas o no las fibras laterales del músculo elevador del ano (6,7).

ECOGRAFÍA TRANSPERINEAL EN EL ESTUDIO DEL ESFÍNTER ANAL

Para analizar el esfínter anal con ecografía transperineal necesitamos la aplicación del modo multicortes con 8 cortes. El primer corte lo situamos a nivel del músculo puborrectal y el último a nivel del borde anal. La descripción de las lesiones esfinterianas debe realizarse de manera precisa determinando el nivel, la localización y la longitudinal de la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

García-Mejido J_A, Bonomi-Barby MJ, Armijo-Sánchez A, Borrero-Fernández C, Castro-Portillo L, Vargas-Broquetas M, Cañadas-Granados M, Sainz-Bueno JA. Metodología para el estudio ecográfico transperineal del suelo pélvico. Clin Invest Ginecol Obstet 2020;48:190-5.

García-Mejido JA, Blasco-Hernandez P, Fernandez-Conde C, García-Pombo S, Fernández-Palacín A, Borrero C, Sainz-Bueno JA. Are Transperineal Ultrasound Parameters Useful to Predict Incontinence in Patients with Single-Incision Mini-Slings? Tomography. 2022;8(5):2556-2564.

García-Mejido JA, Ramos-Vega Z, Armijo-S!anchez A, Fern!andez- Palacín A, García-Jimenez R, Sainz JA. Differential diagnosis of middle compartment pelvic organ prolapse with transperineal ultrasound. Int Urogynecol J 2021; 32:2219–2225.

García-Mejido JA, Gonz!alez-Diaz E, Ortega I, Borrero C, Fern!andez-Palacín A, Sainz-Bueno JA. 2D ultrasound diagnosis of middle compartment prolapse: a multicenter study. Quant Imaging Med Surg 2021; 12:959.

García Mejido JA, Ortega I, García-Jiménez R, Sainz-Bueno JA. Differential diagnosis of posterior compartment prolapse using transperineal ultrasound. Ultrasound Obstet Gynecol. 2022;60(1):142-144.

García-Mejido JA, Sainz JA. Type of levator ani muscle avulsion as predictor for the disappearance of avulsion. Neurourol Urodyn. 2020;39(8):2293-2300.

García-Mejido JA, González-Diaz E, Ortega I, Martín-Martinez A, Fernández-Palacín A, Sainz-Bueno JA. Multicenter study of the evolution of different types of avulsion over the 12 months after delivery. Int J Gynaecol Obstet. 2023;160(1):93-97.

Save the date

13ª Reunión científica

GINEP
ginecología privada

www.ginep.es

Málaga 2024

Hotel NH Málaga

24 y 25 de octubre

reunionginep

@ReunionGINEP

Organizado por:

CLÍNICA PALACIOS
SALUD DE LA MUJER

NUTRICIÓN Y EJERCICIO

Gippini Requeijo I

Los hábitos de vida saludables: mantener un peso saludable, realizar ejercicio de forma regular, un patrón nutricional adecuado y no fumar, se asocian con una reducción de hasta un 80% del riesgo de padecer enfermedades crónicas. El ejercicio se considera medicina en 26 enfermedades (obesidad, hipertensión, osteoporosis, diabetes, dolor, alteraciones del estado de ánimo, deterioro cognitivo, sarcopenia…), mientras que la inactividad física está asociada a más de 35 patologías.

La OMS recomienda en población adulta 300 min/semana de actividad física moderada o 150 min/semana de actividad intensa combinando aeróbico, flexibilidad y fuerza. Para mayores de 65 años; ejercicios de fuerza, equilibrio y propiocepción. En adolescentes se recomiendan enfoques intensivos (HITT). Pero cualquier momento y cualquier actividad sería positiva en casos de personas que consideran inviable un ejercicio estructurado.

En lo relativo a la nutrición, la dieta mediterránea ha demostrado sus efectos beneficiosos comparándola con otros patrones nutricionales, gracias a su combinación de alimentos con efecto antinflamatorio. Es una realidad que la estamos abandonando en nuestro entorno, con las posibles consecuencias sobre nuestra salud.

Las perspectivas de futuro se apoyan en la nutrición de precisión, que se basa en la individualización de los patrones alimentarios en función de factores; genéticos, metabólicos y de estilo de vida. La nutrigenética y la nutrigenómica, junto con las nuevas tecnologías, cambiarán la forma en que nos nutriremos. La sostenibilidad, económica y del medio ambiente, jugará un papel fundamental.

En conclusión, la personalización es la clave. Deberíamos contar en nuestros equipos con dietistas/nutricionistas y expertos en actividad física para una prescripción individualizada y un seguimiento adecuado.

MESA MEDICINA REGENERATIVA : PRP Y EGF en Ginecología

Lara T

RESUMEN

Explicamos, que significa el concepto de Ginecología Regenerativa en el área Ginecológica, cuales son los fundamentos en los que nos basamos para hablar de regeneración y sobre que estirpe de células debemos actuar para lograr nuestros objetivos. Definiremos, de manera básica, el papel de los queratinocitos epidérmicos, así como fibroblastos y matriz extracelular dérmicos.

Una vez entendido sobre donde tenemos que actuar para lograr la regeneración, detallaremos como lo podemos lograr, mediante la activación de estirpes celulares específicas tales como fibroblastos, células epiteliales, células mesenquimales.. con la finalidad de que éstas promuevan los efectos biológicos deseados.

Estos efectos biológicos, vendrán determinados fundamentalmente por la proliferación de factores de crecimiento, estimulados por las células activadas.

Detallaremos las posibilidades autólogas y heterólogas que disponemos en la actualidad para lograr nuestros objetivos regenerativos, como el PRP, tejido graso, EGFs o Exosomas.

Por ultimo y una vez entendido, los efectos biológicos tisulares con nuestra activación, delimitaremos los campos de acción en Ginecología: regeneración mucosa vaginal, regeneración vulvoperineal, tratamiento liquen escleroso, fertilidad…..

ENTRENAMIENTO MEDIANTE SIMULACIÓN EN OBSTÉTRICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Martínez Pérez O

"La simulación es una técnica –no una tecnología– para reemplazar o amplificar las experiencias reales mediante experiencias guiadas que evocan o replican as- pectos del mundo real de una manera interactiva", David Gaba .

Los doctores Nicola Maran y Ronnie Glavin del Centro de Simulación Clínica de Escocia describieron la simulación como "una técnica educativa que permite interaccionar y, a veces, realizar una inmersión completa a través de la recreación de todos o algunos de los aspectos de una experiencia clínica sin exponer a los pacientes a los riesgos asociados de dicho aprendizaje

Las claves para entender la necesidad de programas de entrenamiento en obstetricia basados en simulación clínica son:

- Menos experiencia en el trabajo. Menos partos por hospital.
- Mejor control prenatal. Menos patología grave.
- Menos horas de trabajo/formación en la residencia.
- Debemos evitar errores graves.
- El trabajo multiprofesional en obstetricia es muy complejo.
- Hay constantes cambios en la formación sanitaria.
- Hay un aumento de las expectativas de los pacientes.

Desde hace al menos 3 siglos existen programas de entrenamiento en obstetricia basados en el uso de simuladores. La simulación clínica se ha utilizado en Obstetricia para el entrenamiento tanto de habilidades técnicas como no técnicas y es una de las pocas especialidades en las que tenemos datos que refrendan que el entrenamiento basado en simulación de equipos obstétricos consigue la mejora de la morbimortalidad materna y perinatal.

El éxito de un programa de simulación depende de un producto de cuatro factores en el que ninguno de ellos puede ser cero para que el resultado sea positivo; estos factores son apoyo institucional, instructor, simulador y programa

Existen ya evidencias suficientes para recomendar el entrenamiento basado en simulación de equipo de equipos multi profesionales para resolver emergencias como la distocia de hombros por el impacto directo que tiene sobre, no solo la morbilidad y neonatal ,sino sobre el número y cantidad de demandas judiciales a las que tienen que enfrentarse los profesionales que atienden estas emergencias

V Congreso de la Sociedad Madrileña de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

SGOM

2024

18 y 19 de noviembre • Hotel Riu Plaza España • Madrid

Punto de encuentro de ginecólogos de Madrid:

www.congresosgom.es

VUELTA A LA CIRUGÍA TRADICIONAL DE LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO

Muñoz Gálligo E

INTRODUCCIÓN

Indudablemente, la patología del suelo pélvico, en sus cinco grandes procesos (incontinencia urinaria, incontinencia fecal, prolapso de los órganos pélvicos, dolor pélvico crónico y disfunción sexual) tiene una gran prevalencia y un gran impacto sobre la calidad de vida de la mujer. Conocemos su origen multifactorial, su patogenia, sus factores de riesgo y sus tratamientos, temas todos ellos de gran interés pero, en esta ocasión, nos centraremos en el tema concreto del tratamiento quirúrgico de estos procesos y, más específicamente, en el relativamente reciente retorno de la cirugía tradicional como abordaje de estas patologías.

Entre los cinco procesos patológicos previamente mencionados, son la incontinencia urinaria y el prolapso de los órganos pélvicos los que, principalmente, tienen un abordaje quirúrgico más extendido y estudiado. Mientras que en la incontinencia urinaria, desde la introducción de las bandas libres de tensión como tratamiento quirúrgico de elección en la mayoría de los casos, ha habido pocas novedades recientes (si exceptuamos los, hasta ahora, relativamente pocos intentos de realizar injertos autólogos, con resultados dispares); no es el caso de la cirugía del prolapso en la que, tras la polémica surgida por las complicaciones derivadas de la colocación de mallas, se ha registrado una vuelta a la cirugía tradicional sin la utilización de materiales sintéticos.

DESARROLLO HISTÓRICO

El prolapso de los órganos pélvicos en la mujer es conocido desde antiguo, apareciendo en los papiros egipcios. Aparte de los anecdóticos casos quirúrgicos descritos en los siglos siguientes, el desarrollo de la cirugía del prolapso no se produjo hasta el siglo XIX en el que se describieron procedimientos quirúrgicos que todavía hoy se siguen empleando, tales como la colporrafia, la colpocleisis de Lefort o la intervención de Manchester-Fothergill.

Con los debidos avances, la cirugía del prolapso clásica, o con tejidos propios, fue la predominante hasta la introducción de las mallas para el prolapso, ya a mediados del siglo XX. Aunque al principio su difusión fue limitada, diversos trabajos sobre el alto riesgo de recidiva de la cirugía clásica llevaron a su uso generalizado ya en el siglo XXI. Desafortunadamente, las complicaciones derivadas de uso de mallas vaginales para el prolapso comenzaron a detectarse, lo que llevó a su práctica retirada en la clínica.

Todo ello hizo que el interés por la cirugía clásica volviera a un primer plano. Reanalizando los datos previos, la cirugía clásica demuestra buenas tasas de curación a largo plazo y bajas tasas de reintervención. Un mejor conocimiento de los factores de riesgo, tanto para la aparición del prolapso, como la de su recidiva han hecho que el avance en este campo sea mayor. La irrupción de la ecografía del suelo pélvico, a la hora de obtener un mejor diagnóstico prequirúrgico y una evaluación pronóstica, también ha sido de gran ayuda

LA CIRUGÍA TRADICIONAL DEL PROLAPSO EN EL SIGLO XXI

Tras la revolución ocurrida por el uso extendido de las mallas vaginales, y sus consecuencias; como decimos, ha habido un renovado interés por la cirugía clásica. Los avances en el conocimiento de la fisiología del suelo pélvico han conducido a una mejor indicación y realización de estas técnicas. Distintos estudios han mostrado la no inferioridad pronóstica de la cirugía clásica, en su comparación con la cirugía con malla con, generalmente, una menor tasa de complicaciones y reintervenciones por lo que, hoy día, se considera, a priori, la técnica de elección.

Si bien esto es así, diversos autores defienden el uso de mallas sintéticas en circunstancias especiales, como en las pacientes con alto riesgo de recidiva. Un mejor conocimiento de los factores de riesgo para la recidiva también ayudará a encontrar la mejor solución quirúrgica, así como el probable avance en el diseño y materiales de las mallas sintéticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hong CX, Son Y, Patel VJ, Lince K, Gupta P. Co mparison of perioperative adverse events following suburethral sling placement using synthetic mesh, autologous rectus fascia, and autologous fascia lata in a national surgical registry. Neurourol Urodyn. 2024; 43: 925-934. doi:10.1002/ nau.25434
2. Shaw JS, Gerjevic KA, Pollack C, Strohbehn K. Minimally Invasive Autologous Fascia Sling at the Midurethra: A Case Series. J Minim Invasive Gynecol. 2022 Oct;29(10):1165-1169. doi: 10.1016/j.jmig.2022.07.001. Epub 2022 Jul 6. PMID: 35809894.
3. Asfour V, Nikolopoulos KI, Digesu GA, Emery S, Khan Z. Modified autologous fascial sling technique ('sling on a string') for stress incontinence. Int Urogynecol J. 2022 Feb;33(2):435-438. doi: 10.1007/s00192-021-04815-w. Epub 2021 Jul 14. PMID: 34259895; PMCID: PMC8803810.
4. F Rei, L Aucott, M. A. Glazener, A Elders, C Hemming · KG Cooper et al [for the PROSPECT study group. PROSPECT: 4 and 6year followup of a randomised trial of surgery for vaginal prolapse. International Urogynecology Journal 2023; 34:67–78
5. EJM Lensen, MIJ Withagen, KB Kluivers, AL Milani, ME Vierhou. Surgical treatment of pelvic organ prolapse: a historical review with emphasis on the anterior compartment. Int Urogynecol J 2013; 24:1593–1602
6. KB Kluivers, M Kamping, AL Milani, J IntHout, MI Withagen. Subjective outcomes 12 years after transvaginal mesh versus native tissue repair in women with recurrent pelvic organ prolapse; a randomized controlled trial. International Urogynecology Journal 2023; 34:1645–1651
7. Yeung E, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Chen Z, Wallace SA et al. Transvaginal mesh or gra)s or native tissue repair for vaginal prolapse. Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, Issue 3. Art. No.: CD012079. DOI: 10.1002/14651858.CD012079.pub2.

TERAPIA HORMONAL BIOIDÉNTICA REGULADA VS NO REGULADA

Palacios S

Director de la Clínica Palacios de Salud y Medicina de la Mujer. Madrid

Muchas mujeres buscan tratamiento para mejorar los síntomas vasomotores de la menopausia (SVM). La selección de las mujeres con mayor probabilidad de beneficiarse de la terapia hormonal para la menopausia (THM) es crucial en la práctica clínica. Existe un acuerdo general en que las mujeres menores de 60 años o que inician THM dentro de los primeros 10 años de la menopausia, sin contraindicaciones, tienen mayores beneficios considerando el alivio sintomático y ventajas adicionales. Este grupo puede tener protección contra la osteoporosis y puede tener protección contra otras enfermedades crónicas que afectan a las mujeres posmenopáusicas, como la osteoporosis o incluso las enfermedades cardiovasculares.

La evidencia acumulada respalda la THM para mujeres sintomáticas; pero una respuesta inadecuada a sus necesidades ha generado una carga de sufrimiento en el mundo. En los últimos años, el uso emergente de hormonas idénticas al cuerpo (bioidénticas) no reguladas (HBnr) puede exponer a los pacientes y a los profesionales de atención médica a posibles daños. Estas preparaciones hormonales no están reguladas mediante las mismas pruebas de seguridad, eficacia o consistencia de la dosis que otras hormonas bioidénticas reguladas (HBr)).

Existe escasez de datos sobre la seguridad y eficacia de los productos con HBnr, no hay evidencia suficiente para respaldar la utilidad clínica general de estos productos como tratamiento para la menopausia". Las preocupaciones específicas incluyen la posibilidad de etiquetado inadecuados para las preparaciones no regulados, escasez de datos farmacocinéticos y de biodisponibilidad confiables, desafíos técnicos con hormonas esteroides difíciles de combinar (particularmente terapias en gránulos) y evidencia insuficiente de alta calidad para establecer si las preparaciones sin no regulados son seguro y eficaz.

Hay ciertas situaciones excepcionalmente específicas para las cuales puede haber un uso potencial para preparaciones hormonales no regulados. Estas situaciones se pueden organizar en dos categorías específicas: evitar componentes seleccionados en productos aprobados por la FDA y la EMA, principalmente debido a alergias, uso de testosterona en mujeres para disfunción sexual y disforia de género.

PONENCIA REGENERATIVA

Sánchez Jordan JM

Aprovechar los recursos de nuestro organismo para alcanzar la homeostasis es el objeto de la medicina regenerativa.

Es un concepto amplio y significa en cierto modo volver a orígenes en nuestra actuación médica a menudo olvidados.

Cuando aplicamos láser o radiofrecuencia para el rejuvenecimiento vaginal no estamos haciendo otra cosa que activar la producción propia de colágeno y elastina.

Al usar Suero Autologos (SARC).

Estamos concentrado los mecanismo de la cicatrización activados desde las plaquetas.

La matrix extra celular es el sistema vegetativo básico.

De donde parte la homeostasis de nuestro organismo con su entorno El sistema vegetativo y sus aferencias podemos controlarlos desde la piel con la neuromodulacion adaptativa que nos abre un gran campo para el control de determinadas patologías que se describen en la presentación.

MANEJO CONSERVADOR DE HSIL: NUEVOS ENFOQUES Y AVANCES

Serrano L

Unidad de Gincología y Obstetricia. HM Gabinete Velázquez, Madrid

La persistencia viral es un requisito necesario para el desarrollo del cáncer de cuello de útero. Existen varios factores que favorecen dicha persistencia. Algunos de ellos, como la edad de la paciente o el genotipo viral son inmodificables. Sin embargo, hay otros factores como el estado del epitelio del cuello del útero y la microbiota, que están estrechamente relacionados con la respuesta inmune frente a la infección y que, modificándolos, podemos favorecer el aclaramiento viral y la regresión de las lesiones. Papilocare®, un gel a base de Coriolus Versicor, fue diseñado para actuar sobre estos factores modificables, favoreciendo así la regresión de las lesiones y el aclaramiento viral. Su eficacia ha sido demostrada en el estudio PALOMA, un ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, abierto, prospectivo, controlado con la practica clínica habitual, cuyo objetivo principal era evaluar el grado de reparación de las lesiones cervicales de bajo grado. En la población con genotipos de alto riesgo (AR), se demostró que, tras un tratamiento de 6 meses, el 88% de mujeres regresaron las lesiones frente al 56% del grupo control (p=0.0034. Del estudio PALOMA, se realizó un subanálisis en la población mayor de 40 años y se observó una regresión del 90% en las mujeres VPH-AR positivas tratadas frente al 53% del grupo control (p=0.003). Finalmente, el estudio PAPILOBS, un estudio realizado en vida real, se observó una regresión del 76% a los 12 meses en mujeres VPH-AR.

Actualmente, está cobrando más importancia el manejo conservador del CIN2. Según estudios recientes, hasta el 50% de casos de CIN2 manejados de forma conservadora pueden regresan espontáneamente. La Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC) ofrece la posibilidad de manejo conservador del CIN2 en casos donde hay posibilidad de seguimiento, zona de transformación y lesión totalmente visible, sin afectación endocervical. En este contexto y en base a los buenos resultados obtenidos con Papilocare® en lesiones de bajo grado, en el hospital Lozano Blesa de Zaragoza se ha realizado un estudio observacional con el objetivo de evaluar el efecto de Papilocare® en el manejo conservador de las lesiones CIN2. El estudio incluyó a mujeres con diagnóstico CIN2 que cumplían con los criterios de manejo conservador establecidos por las guías de la AEPCC. Se realizaron biopsias al inicio del estudio y a los 6 meses. 44 pacientes con una edad media de 36.09 años fueron incluidas. A los 6 meses de tratamiento, el 68.2% de mujeres regresaron, 11.4% persistieron en CIN2 y el 18.2% progresó a CIN3. Dado que el Hospital Lozano Blesa ha tenido históricamente un manejo conservador en estas pacientes, se analizaron de forma retrospectiva 117 pacientes con una edad media de 35.91 años entre los años 2010 y 2017. En esta cohorte retrospectiva, el 55% regresó, el 13% persistió y el 32% progresó. El tratamiento con Papilocare® gel vaginal demostró una tendencia a incrementar la regresión de las lesiones en comparación con la regresión espontánea y podría representar una ventaja clínica en comparación con no hacer nada en pacientes que cumplen con los criterios de manejo conservador de las lesiones CIN2. Aunque estos resultados son prometedores, se necesitan más estudios para poder confirmar los datos.

Una buena PREVENCIÓN, para una muy buena CALIDAD de VIDA

Uliaque Lavilla JL

Director Técnico NUTILAB

La PREVENCIÓN en la SALUD adquiere especial interés en las diferentes etapas de la VIDA de la mujer, como son el embarazo y el climaterio. Es importante la incorporación de nuevos indicadores de salud como la ratio de inflamación crónica (Omega-6:Omega-3) y la ingesta de complementos nutricionales que contribuyan a una mayor ESPERANZA y CALIDAD de VIDA.

Analizamos los resultados del estudio clínico acerca de la eficacia del uso del suplemento alimentario en la mejoría de los síntomas de la menopausia (1), que evalúa una formulación para la mejora de la calidad de vida de la mujer durante el climaterio y la prevención de la osteoporosis. Sus resultados demostraron una mejoría clínica significativa de los síntomas de la menopausia.

Mostramos una revisión de las principales publicaciones científicas que muestran los beneficios de la suplementación con los ácidos grasos omega-3 (DHA) en la PREVENCIÓN de la salud durante el embarazo (2,3,4,5,6) y el climaterio (7,8,9,10,11,12). Exponemos la importancia del índice omega-3 y de la ratio Omega-6:Omega-3, parámetros que nos permiten personalizar la ingesta de DHA contribuyendo así a una mayor ESPERANZA y CALIDAD de VIDA de la mujer (13).

CONCLUSIONES

Existen evidencias científicas sobre los efectos positivos del empleo de FORMULACIONES con COMPLEMENTOS NUTRICIONALES para la PREVENCIÓN en la SALUD de la MUJER. Así como, NUEVAS RATIOS (índice Omega-3) para evaluar RIESGOS en el CLIMATERIO y en el EMBARAZO.

Los complementos nutricionales que cumplen criterios de CALIDAD representan una oportunidad para la PREVENCIÓN en la SALUD como COMPLEMENTO al tratamiento convencional y como TRATAMIENTO funcional.

La mujer embarazada necesita unos índices de DHA superiores al 5% para asegurar su SALUD y la de su bebé. La toma de dosis diarias superiores a 1g de DHA es la forma más eficiente de conseguir un índice Omega-3 (>8%) y una ratio de inflamación crónica SALUDABLES (14).

BIBLIOGRAFÍA

1. Estudio clínico acerca de la eficacia del uso del suplemento alimentario Densifort en la mejoría de los síntomas de la menopausia. Palacios S, Ramirez M, Villa P, Lilue M. Revista Toko - Gin Pract 2023; 82 (2): 79-84
2. Preterm Birth: A Narrative Review of the Current Evidence on Nutritional and Bioactive Solutions for Risk Reduction. Samuel TM, et al. Nutrients. 2019 Aug 6;11(8):1811.
3. Major depressive disorder is associated with cardiovascular risk factors and low Omega-3 Index. Baghai TC. et al. J Clin Psychiatry. 2011 Sep;72(9):1242-7.
4. The Kansas University DHA Outcomes Study clinical trial: long-term behavioral follow-up of the effects of prenatal DHA supplementation. Colombo J. et al. Am J Clin Nutr. 2019 May 1;109(5):1380-1392.
5. Fat intake during pregnancy and risk of preeclampsia: a prospective cohort study in Denmark. Eur J Clin Nutr. 2019 Jul;73(7):1040-1048. Mariel Arvizu, Myriam C Afeiche, Susanne Hansen, Thorhallur F Halldorsson, Sjurdur F Olsen, Jorge E Chavarro.
6. The impact of omega-3 fatty acid supplementation on glycemic control in patients with gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. J Matern Fetal Neonatal Med. 2020 May;33(10):1767-1773. Li Gao, Liyuan Lin, Nan Shan, Chun-Yan Ren, Xin Long, Yu-Han Sun, Lan Wang.
7. Blood levels of long-chain n-3 fatty acids and the

risk of sudden death. Albert CM, et al. N Engl J Med. 2002 Apr 11;346(15):1113-8.
8. Cardiovascular benefits of omega-3 fatty acids. Clemens von Schacky, William S. Harris. Cardiovascular Research, Volume 73, Issue 2, January 2007, Pages 310–315
9. Fatty fish and fish omega-3 fatty acid intakes decrease the breast cancer risk: a case-control study..Jeongseon Kim, Sun-Young Lim, Aesun Shin1, Mi-Kyung Sung, Jungsil Ro, Han-Sung Kang, Keun Seok Lee, Seok-Won Kim and Eun-Sook Lee. BMC Cancer. 2009 Jun 30;9:216.
10. Polyunsaturated fatty acids (PUFAs) might reduce hot flushes: an indication from two controlled trials on soy isoflavones alone and with a PUFAsupplement. Carlo Campagnoli , Chiara Abbà, Simona Ambroggio, Clementina Peris, Marco Perona, Patrizia Sanseverino. Maturitas. 2005 Jun 16;51(2):127-34
11. Higher RBC EPA + DHA corresponds with larger total brain and hippocampal volumes .WHIMS-MRI Study. James V. Pottala, PhD Kristine Yaffe, MD Jennifer G.Robinson, MD, MPH Mark A. Espeland, PhD Robert Wallace, MD, MSc William S. Harris, PhD. Neurology 82 February 4, 2014.
12. Dietary omega-3 fatty acid supplementation increases the rate of muscle protein synthesis in older adults: a randomized controlled trial1–3 Gordon, I Smith, Philip Atherton, Dominic N Reeds, B Selma Mohammed, Debbie Rankin, Michael J Rennie, and Bettina Mittendorfe. Am J Clin Nutr 2011;93:402–12
13. Red blood cell polyunsaturated fatty acids and mortality in the Women's Health Initiative Memory Study. WS Harris, J Luo, JV Pottala, MA Espeland, KL Margolis, JE Manson, L Wang, TM Brasky, JG Robinson, J Clin Lipidol. Jan-Feb 2017;11(1):250-259.e5.
14. Distribution, interconversion and dose reponse of n-3 fatty acids in humans.. Aterburn LM, Hally EB and Oken H. Am J. Clin Nutr 2006; 83 (suppl): 1467S-76S

1. Fichas Técnicas de Profer 40 mg y 80 mg granulado para solución oral, 40 mg comprimidos solubles. 2. López de Ocáriz A et al. Clinical Pharmacokinetics of Ferric Natural Protein in Iron-Deficient Females. Clin Drug Invest 1998 Apr; 15 (4): 319-325 3. Idoate Gastearena MA, Gil AG, Azqueta A, Coronel MP y Gimeno M. A comparative study on the gastroduodenal tolerance of different antianaemic preparations. Human & Experimental Toxicology (2003) 22: 137-141

Ficha Técnica de Profer 40 mg granulado para solución oral

Ficha Técnica de Profer 40 mg comprimidos solubles

Ficha Técnica de Profer 80 mg granulado para solución oral

Posología y forma de administración. PROFER 40 mg Comprimidos solubles: 1 ó 2 comprimidos diarios después de la comida principal. Disuélvase el comprimido en 100 ml ó 200 ml de agua y agítese hasta conseguir una disolución uniforme. La solución debe ingerirse inmediatamente. PROFER 80 mg Granulado para solución oral: Adultos: 1 sobre diario de PROFER 80 mg Granulado para solución oral después de la comida principal. Verter el contenido del sobre en 200 ml de agua y agitar hasta conseguir una disolución uniforme. La solución debe ingerirse inmediatamente. PROFER 40 mg Granulado para solución oral: Adultos: 1 sobre diario después de la comida principal. Niños mayores de 3 años: ½ sobre diario después de la comida principal. Niños menores de 3 años: ¼ sobre diario después de la comida principal. Verter el contenido del sobre en 100 ml de agua y agitar hasta conseguir una disolución uniforme. La solución debe ingerirse inmediatamente. **PRESENTACIÓN, C.N. y PVP (IVA)**. PROFER 40 mg Comprimidos solubles: envase conteniendo 30 comprimidos solubles de 40 mg de Fe^{3+}. C.N.: 672587. PVP (IVA): 14.36 €. PROFER 80 mg Granulado para solución oral, envase con 15 sobres monodosis de 80 mg de Fe^{3+}. C.N.: 661499. PVP IVA 14,05 €. PROFER 40 mg Granulado para solución oral: envase conteniendo 30 sobres monodosis de 40 mg de Fe^{3+}. C.N.: 656798. PVP (IVA): 14,36 €. **Aportación al SNS:** Normal. Con prescripción médica.