



MEMORIA 2013

***SERVICIO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA***

***HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA
Valdemoro, Madrid.***

**MEMORIA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA DE VALDEMORO 2011**

Responsable del servicio: Dr. Juan Miguel Rodríguez Candia

CUADRO MÉDICO

Jefe de servicio : **Dr. Juan Miguel Rodríguez Candia**

Jefe de sección de obstetricia: **Dra. Montserrat González Rodríguez**

Jefe de sección de ginecología : **Dr. José Antonio Sevilla Ros**

Adjuntos: **Dra. Silvia E. Fraga Campo**
Dra. Susana Sutil Bayo
Dra. María Laguna Herrera
Dra. María Jesús Pérez Molina
Dra. Esther Pérez Carbajo
Dra. Olga de Felipe Jiménez
Dra. Yurena Díaz Bidart
Dra. María Bordés Infantes
Dra. Consuelo Fernández Dongil
Dra. Virginia Martín Oliva
Dr. Eloy Álvarez Méndez

Adjuntos apoyo guardias: **Dr. Manuel Duárez Coronado**
Dr. Alex Pujol Sánchez
Dra. Lidia Pilar Suárez
Dra. M^a Isabel Calventus Periago

CUADRO ENFERMERÍA

1. Matronas

Coordinadora de Matronas:

Diana Vales Fernández

Ana Garrote Robles
Ana Tejeda Esteban
Arantzazu Bueno Peral
Diego Velasco Vázquez
Eva Pérez Martínez
Griselda Delgado Mora
Isabel Tostado Acero
Mar Escarpa Araque
María Dolores Martínez Sierra
Marta García López
Santiago Mozos Martínez
Ana Sosa Gazquez
Gema María Nieto García

Ana Belén González Vicente
Antonia Rebollo Sánchez
Beatriz Cantalapiedra Merino
Esther Sánchez Fernández
Francisca Pacheco Ardila
Iria Rodríguez de la Torre
Joaquina Bejarano Borrega
María Ángeles Paredes Sierra
Marina Jaime Arranz
Miguel García Gutiérrez
Virginia Maroto Alonso
Angela Herranz Lominchar

2. AUXILIARES ENFERMERÍA

Auxiliares de enfermería de paritorio:

*Ana Teresa Cabello Palafox
Ana Isabel Martín Borox
Eva María Villanova Santiago
Silvia Muñoz Martínez
María Isabel Gallardo Reyes
Elena Sánchez Nieto
Carmen Hidalgo Sánchez
Silvia Villarubia García*

Auxiliares de enfermería de consultas

*Sandra Frutos Torres
Lourdes Martínez Ariño
Lourdes Abad Vicente
Patricia Priego Ruiz
M^a Paz García Gómez*

Se dispone de 5 despachos en el bloque de consultas, una de ellas para la realización de ecografía de alta definición y cuatro para la actividad diaria de las distintas unidades.

El área obstétrica dispone de 4 paritorios y 2 salas de dilatación, así como una consulta que complementa al bloque de consultas, además de 2 consultas para la asistencia de la urgencia (una ginecológica y otra obstétrica).

En la planta materno-infantil hay habilitadas 13 habitaciones de hospitalización.

En la planta quirúrgica hay habitaciones para los ingresos con patología ginecológica, así como para las pacientes quirúrgicas, en un número va variando según las necesidades del servicio.

La estructura del funcionamiento del servicio se basa en la cobertura diaria de las consultas, urgencias-paritorio y planta, actividad quirúrgica programada los lunes y viernes, además de los miércoles alternos y los martes la histeroscopia y otros procesos que no precisan anestesia general en el bloque quirúrgico.

Dentro de la estructura de las consultas éstas se dividen en obstétricas y ginecológicas.

Bloque de consultas

Área obstétrica:

- Se realizan consultas por la mañana del primer, segundo y tercer trimestre de gestaciones normales cuatro días a la semana.*
- Una consulta dedicada al embarazo de alto riesgo los miércoles.*
- Cinco días a la semana se realizan ecografías de alta definición y pruebas invasivas como la amniocentesis y biopsia corial. Los miércoles por la tarde también se realizan ecografías de alta resolución en esta misma consulta.*

Área ginecológica

- Ginecología general 7 consultas a la semana de mañana y 1 de tarde los jueves,.*
- Una consulta de histeroscopia los lunes por la tarde.*
- Dos consultas de patología cervical semanales los martes y viernes mañana.*
- Dos consultas de esterilidad/endocrinología los lunes y miércoles de mañana.*
- Una consulta de ecografía ginecológica los jueves de mañana.*

- Una consulta de suelo pélvico los martes de mañana semanas alternas.
- Dos consulta de oncología-mama los martes y viernes de mañana.
- Una consulta de planificación familiar lunes y miércoles de mañana.
- Una consulta de cirugía ginecológica los viernes de mañana.

Bloque obstétrico

- Fisiopatología fetal martes, jueves y viernes de mañana.
- Consulta de matrona martes, jueves y viernes de tarde.

El número de consultas se han ido incrementando a lo largo del año según la presión asistencial de cada unidad, que haya habido en cada momento, con la intención de reducir la lista y tiempo de espera de las consultas, ofreciendo en todo momento una calidad lo más adecuada para cada situación.

	SALA 1	SALA 2	SALA 3	SALA 4	SALA 5	SALA 1 TARDE	SALA 3 TARDE	BLOQUE
L	Esterilidad/ endocrinología	Ginecología general	Ecografía Doppler	Ginecología general	Obstetricia	Histeroscopia		Anticoncepción
M	Patología cervical	Oncología Mama	Ecografía Doppler	Ginecología general	Obstetricia			FPF Matrona
X	Esterilidad/ endocrinología	Ginecología general	Ecografía Doppler	Oncología mama	Medicina Fetal		Ecografía Doppler	Anticoncepción
J	Patología cervical	Ginecología general	Ecografía Doppler	Ecografía Ginecología	Obstetricia	Ginecología general		FPF Matrona
V	Oncología Mama	Cirugía Ginecológica	Ecografía Doppler	Ginecología general	Obstetricia			FPF Matrona

ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTAS

	2013	2012	VARIACIÓN INTERANUAL
CONSULTA NORMAL	23.809	23.586	+ 0,94%
CONSULTA PREFERENTE	3.584	4.252	- 15,71%
CONSULTA URGENTE	2.534	3.160	-19,81%
NO PRESENTADOS	3.746	5.073	
TOTAL	29.927	30.998	-3,45%

ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN URGENCIAS

En el último año se atendieron un total de 7.644 pacientes, un **8,86%** del total de las urgencias del Hospital Universitario Infanta Elena.

Respecto al año previa ha habido un descenso del número de urgencias de 52, un descenso del **0,47%**, y una media de **21** pacientes que acuden diariamente a la urgencia de ginecología y obstetricia.

	<i>ene</i>	<i>feb</i>	<i>mar</i>	<i>abr</i>	<i>may</i>	<i>jun</i>	<i>jul</i>	<i>ago</i>	<i>sep</i>	<i>oct</i>	<i>nov</i>	<i>dic</i>	<i>TOTAL</i>
2011	661	602	597	690	713	693	679	636	634	661	670	652	7.579
2012	641	592	609	652	730	623	653	570	648	616	667	679	7.680
2013	630	560	613	662	619	598	636	724	647	738	590	627	7.644

RELACIÓN CON LOS AMBULATORIOS DEL ÁREA.

En el área correspondiente al Hospital Infanta Elena contamos con 4 centros de atención primaria, dos de los cuales se encuentran en el municipio de Valdemoro, uno en el municipio de Ciempozuelos y otro en el municipio de San Martín de la Vega y Titulcia, aunque también se atiende a un gran número de pacientes que pertenecen al municipio vecino de Pinto.

La relación con los médicos de atención primaria de lo distintos centros de salud es fluida y se programan reuniones conjuntas y de forma periódica, desplazándonos a los centros de salud periódicamente, en este momento tenemos varios protocolos de criterios de derivación a nuestras consultas:

A. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE MEDICINA FETAL

De acuerdo con le protocolo conjunto de seguimiento de la gestación de bajo riesgo que se realizará entre el servicio de obstetricia del Hospital Infanta Elena y las matronas de Atención Primaria, cuando se detecte Alto Riesgo Obstétrico, se derivará a la paciente a la consulta Monográfica de Medicina Materno-Fetal (MATERFET), según los siguientes factores:

Factores de riesgo sociodemográficos: <ul style="list-style-type: none">• Edad materna < 15 años• Alcoholismo• Drogadicción	Antecedentes reproductivos: <ul style="list-style-type: none">• Aborto de repetición• Antecedente de parto pretérmino• Antecedente de nacido con CIR• Antecedente de muerte perinatal• Hijo con lesión residual neurológica
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Antecedente de nacido con defecto congénito</i> • <i>Miomectomía previa con entrada a cavidad o múltiple. Cesárea previa hace menos de 6 meses</i> • <i>Malformación uterina</i> • <i>Incompetencia cervical.</i>
<p><i>Antecedentes médicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>HTA</i> • <i>Enfermedad cardíaca</i> • <i>Enfermedad renal</i> • <i>DM</i> • <i>Hipertiroidismo</i> • <i>Enfermedad respiratoria aguda</i> • <i>Enfermedad hematológica</i> • <i>Epilepsia y otras enfermedades neurológicas</i> • <i>Enfermedad psiquiátrica</i> • <i>Enfermedad hepática con insuficiencia</i> • <i>Enfermedad autoinmune con afectación sistémica</i> • <i>Tromboembolismo previo</i> 	<p><i>Factores de riesgo del embarazo actual:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>HTA inducida por el embarazo</i> • <i>Anemia grave (HGB < 8)</i> • <i>Diabetes gestacional</i> • <i>Infección urinaria de repetición</i> • <i>Infección de transmisión perinatal</i> • <i>Isoinmunización Rh</i> • <i>Embarazo múltiple</i> • <i>Polihidramnios/Oligohidramnios</i> • <i>Hemorragia genital</i> • <i>Placenta previa asintomática (diagnóstico ecográfico >32 SG)</i> • <i>CIR</i> • <i>Defecto fetal congénito</i> • <i>Estática fetal anómala >36SG</i> • <i>Amenaza de parto prematuro</i> • <i>Rotura prematura de membranas</i> • <i>Tumoración uterina</i>

B. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE PATOLOGÍA CERVICAL GINECOLOGICA

Las citologías se realizarán en su centro de salud correspondiente según la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.

a/. Criterios de cribado

- *Inicio de cribado a los 3 años de inicio de las relaciones sexuales o a partir de los 25 años si la mujer es sexualmente activa.*
- *Repetición anual durante los 2 primeros años, si negativas y las siguientes citologías cada 3 años.*
- *En HIV + o inmunodeprimidas se debe hacer citología anual.*
- *Si existiera disponibilidad del test de HPV de alto riesgo: a los 35 años realizar*

citología y test HPV. Se enviará a estas pacientes directamente a realizar la revisión a consultas externas del Hospital. (UPC)

- *Si ambas pruebas son negativas, se repetirán citología y test de HPV cada 5 años. El cribado finalizará a los 65 años.*
- *Mujeres mayores de 35 años que no han cumplido adecuadamente el programa de cribado (más de 5 años desde el último cribado) se les debe practicar citología y test de HPV.*
- *También realizar citología y test de HPV a mujeres mayores de 65 años que no hayan cumplimentado bien el programa de cribado (al menos 2 citologías consecutivas normales).*
- *Si la paciente presenta una histerectomía total por proceso benigno confirmado en la pieza operatoria no hace falta realizar cribado.*
- *Si citología alterada remitir a consulta de UPC del Hospital de Valdemoro con la misma siguiendo los criterios de derivación.*
- *La vacuna no cambia de momento el programa de cribado*

b/. Paciente con citología alterada

El médico de familia informará de su patología a la paciente de una forma tranquilizadora y si precisa, la remitirá a consultas externas (Consulta monográfica de patología cervical (PTCERVIC), en un plazo máximo de un mes según protocolo.

La paciente acudirá a consultas de Unidad de Patología Cervical, sin menstruación y con el informe de su citología alterada.

En caso de coincidencia del día de la menstruación con la cita, la paciente deberá llamar telefónicamente al servicio de citas de consultas externas N° 91 8948410, con el fin de cambiar la cita para la semana siguiente.

La paciente se realizará las revisiones sucesivas en esta misma “Unidad de patología de cervix” hasta el alta médica. Una vez dada de ALTA en la consulta de UPC, deberá seguir los controles indicados por los ginecólogos en su centro de salud.

En caso de indicación de tratamiento quirúrgico se procederá según protocolo de paciente con indicación quirúrgica.

c/. Criterios de derivación de pacientes a unidad de patología cervical. Resultados de la citología cervicovaginal y seguimiento

	<i>RESULTADOS</i>	<i>RECOMENDACIÓN</i>
	<i>Satisfactoria</i>	<i>Ir a diagnósticos descriptivos</i>
	<i>Satisfactoria pero:</i>	
	<i>Inflamación que oculta preparación, sangre o artefactos del secado (impide ver el 50-70% de la citología pero todavía legible)</i>	<i>Considerar tratamiento de condiciones reversibles (ver en diagnósticos descriptivos)</i>
	<i>No hay zona de transformación (menos de 10 células endocervicales o metaplasia escamosa)</i>	

<i>Adecuación de la muestra</i>		<i>Para un frotis con datos poco visibles (inflamación, sangre, artefactos del secado) o ausencia de zona de transformación, repita la toma a los 12 meses, salvo que la paciente tuviera cribado insuficiente previo, historia reciente de test positivo para el VPH de alto riesgo o resultados anormales previos. En este caso repita en 6 meses, nunca antes de seis semanas</i>
	<i>Insatisfactoria:</i>	
	<i>Componente escamoso insuficiente, sangre o inflamación que oculta preparación o artefactos de secado (superior al 75%)</i>	<i>Repetir citología no antes de seis semanas. En pacientes con controles normales los últimos tres años consecutivos, se puede repetir al año</i>
<i>Diagnósticos descriptivos</i>	<i>Negativa para lesión intraepitelial o malignidad</i>	<i>Repetir citología en 1-3 años en función de recomendaciones por edad y riesgo</i>
	<i>Infección</i>	
	<i>Trichomona vaginalis</i>	<i>Tratar a la paciente y su pareja con Metronidazol, 2 gr orales dosis única. Realizar protocolo ITS</i>
	<i>Infección por candidas</i>	<i>Tratamiento si síntomas.</i>
	<i>Datos en flora vaginal sugestivos de vaginosis bacteriana</i>	<i>Tratamiento si síntomas de vaginosis bacteriana</i>
	<i>Infección por actinomicas</i>	<i>No es preciso quitar el DIU si la paciente está asintomática</i>
	<i>Cambios asociados a infección por virus del herpes simple</i>	<i>Comentárselo a la paciente, sobre todo para que tenga en cuenta mecanismos que eviten su transmisión. Protocolo ITS</i>
<i>Diagnósticos descriptivos</i>	<i>Otros hallazgos no neoplásicos</i>	
	<i>Inflamación</i>	<i>Si no se asocia a infección no es necesario el tratamiento. En mujeres posmenopáusicas poner tratamiento con estrógenos locales al menos tres semanas. Repetir a los tres meses. Derivar a la UPC si persiste inflamación</i>
	<i>Atrofia con inflamación</i>	

		<i>Tratamiento si síntomas. En mujeres posmenopáusicas poner tratamiento con estrógenos locales al menos tres semanas. Repetir a los tres meses</i>
	<i>Anticonceptivo intrauterino</i>	<i>No es necesario tratamiento</i>
	<i>Radiación</i>	<i>No es necesario tratamiento</i>
	<i>Otros no especificados</i>	<i>Tratamiento si síntomas</i>
	<i>Células glandulares post-histerectomía</i>	<i>No es necesario tratamiento</i>

	Anomalías en células epiteliales	
	Células escamosas	
	<i>Células escamosas atípicas (ASC) (5 al 7% del frotis)</i>	<i>Derivar, ya que existe una probabilidad entre el 5-17% de tener un SIL de alto grado en la biopsia</i>
	<i>Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)</i>	<i>Derivar para colposcopia Notas: Derivación inmediata en inmunocomprometidas En mujeres posmenopáusicas tratar con 1 gr. de estrógenos en crema vaginal tres veces/semana varias semanas. Repetir la citología a los tres meses interrumpiendo el tratamiento una semana antes</i>
	<i>ASC-H (Células escamosas atípicas sin descartar SIL de alto grado)</i>	
	Células glandulares	
	<i>Células glandulares mitológicamente benignas</i>	<i>Si edad \geq 40 años, buscar la correlación clínica. Si es en los 10 días previos a la menstruación es menos preocupante. Si no es en esos días o en mujeres posmenopáusicas, derivar. Si algunas células endocervicales son atípicas, derivar inmediatamente</i>
	<i>Células glandulares atípicas (AGC)</i>	<i>Derivación inmediata</i>
		<i>Derivación inmediata</i>

	<i>Inclasificable (células endometriales, endocervicales o células glandulares no especificadas de otra manera (NOS)</i>	
	<i>Sugestivo de neoplasia (endocervical, endometrial o NOS)</i>	<i>Derivación inmediata</i>
	<i>Adenocarcinoma in situ</i>	<i>Derivación inmediata</i>
	<i>Adenocarcinoma endocervical</i>	<i>Derivación inmediata</i>

c/. Resumen criterios de derivación de la unidad de patología de cérvix

- *Pacientes con 2 citologías inflamatorias con al menos 3 meses de intervalo y cultivos vaginales negativos*
- *ASC, AGC, SIL de bajo y alto grado, sospecha de carcinoma.*
- *Patología vulvar y/o vaginal crónica (prurito crónico, condilomas, úlceras, hiperplasias, liquen...).*
- *Paciente con ETS que no se pueda diagnosticar o tratar en AP.*
- *Control postratamiento (conización en los 3 años previos y no controles posteriores o HPV posterior al cono no realizado o positivo).*

C/. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR GINECOLOGICA

Los criterios para la derivación de pacientes que demandan anticoncepción se los realiza según:

a/. Anticoncepción no permanente

<p><i>Mala tolerancia a anticonceptivos hormonales.</i></p> <p><i>Utilización de anticoncepción hormonal con patología previa.</i></p> <p><i>Dudas en indicación y problemas durante el manejo de anticoncepción.</i></p> <p><i>Criterios de Elegibilidad 3 y 4 de la OMS.</i></p> <p><i>Deseo de inserción de DIU de Cu.</i></p> <p><i>Aportar citología reciente de menos de un año.</i></p> <p><i>Acudir en los primeros 5 días de iniciada la regla los días lunes y miércoles de 8:30 a 9:00, sin cita, a la consulta de Anticoncepción.</i></p>
--

Deseo de retirada de DIU

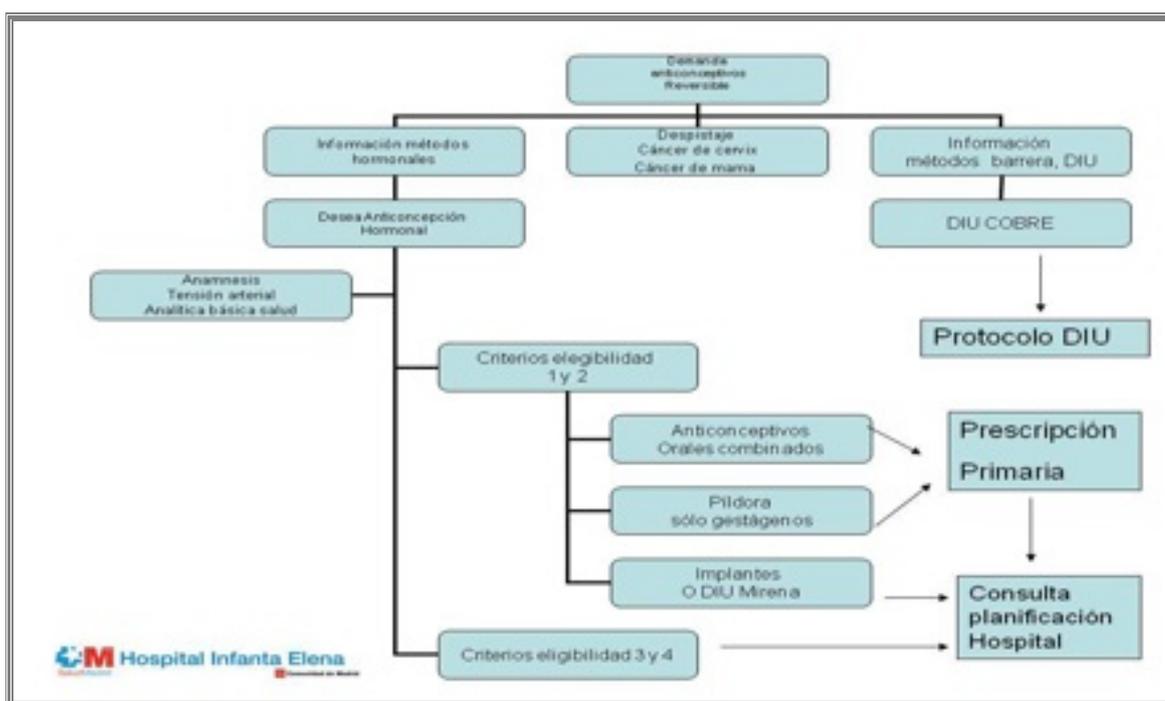
Acudir en los primeros 5 días de iniciada la regla los días lunes y miércoles de 8:30 a 9:00, sin cita, a la consulta de Anticoncepción

Complicaciones en pacientes portadoras de DIU.

Sospecha de expulsión-descenso del DIU.

La indicación para la utilización del DIU Levonogestrel se la realizara según los protocolos del Hospital.

b/.Anticoncepción definitiva



Ante el deseo de anticoncepción definitiva se remitirá a la paciente a consulta de Planificación familiar con citología reciente negativa.

1. ACTIVIDAD DEL SERVICIO DURANTE EL 2013 EN LAS DISTINTAS UNIDADES

1.1. UNIDAD DE PARITORIO. Responsable: Dra. Montserrat González Rodríguez. Jefa de sección de Obstetricia.

- Área de consultas: se realizaron un total de 1.582 registros cardio-tocográficos fetales.
- Área de paritorio:

TOTAL PARTOS AÑOS 2013	1.366 (-6,82% respecto 2012)
-------------------------------	-------------------------------------

A/. TIPO DE PARTO

PROCEDIMIENTOS	2013		2012	
PARTO EUTÓCICO	971	71,08%	1058	72,17%
PARTO INSTRUMENTAL	170	12,45%	157	10,71%
PARTO POR CESÁREA	225	16,47%	251	17,12%
<u>TOTAL</u>	<u>1.366</u>		<u>1.466</u>	

B/. TIPO PARTO INSTRUMENTAL

PROCEDIMIENTOS	2013		2012	
VENTOSA	119	70,00%	92	58,60%
FORCEPS	34	20,00%	40	25,48%
ESPATULAS DE THIERRY	17	10,00%	25	15,92%
<u>TOTAL</u>	<u>170</u>		<u>157</u>	

C/. PARTO EN PRESENTACIÓN PODÁLICA

	2013		2012	
VÍA VAGINAL	5	12,20%	3	7,32%
CESÁREA	36	87,80%	38	92,68%
<u>TOTAL</u>	<u>41</u>		<u>41</u>	

D/. PARTO MULTIPLE/ GEMELAR

	2013		2012	
VÍA VAGINAL	9	50,00%	15	50,00%
CESÁREA	9	50,00%	15	50,00%
TOTAL	18		30	

E/. INDICE EPISIOTOMÍAS

	2013		2012	
INDICE DE EPISIOTOMÍA	179	15,69%	217	17,86%

F/. INDICE DE PH CORDÓN MENOR 7,10

	2013		2012	
PH CORDÓN < 7,10	12	0,88%	29	1,98%

G/. INDICACIONES DE CESAREAS

INDICACIONES CESAREAS	2013		2012	
	225 CESAREAS		251 CESAREAS	
SOPSECHA PERDIDA BIENESTAR FETAL	53	23,55%	62	24,70%
PLACENTA PREVIA/VASA PREVIA	6	2,66%	8	3,19%
DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA (DPPNI)	6	2,66%	6	2,39%
CESAREA ANTERIOR/MIOMECTOMIA	45	20,00%	58	23,11%
PROLAPSO DE CORDÓN	1	0,44%	3	1,20%
PATOLOGIA MATERNA	3	1,33%	8	3,19%
MALPOSICION FETAL (cara, frente,...)	1	0,44%	1	0,40%
SITUACION TRANSVERSA	2	0,89%	0	0,00%
PRESENTACION NALGAS	36	16,00%	38	15,14%
FRACASO DE INDUCCION/ NO PROGRESION	38	16,88%	43	17,13%
DESPROPORCION PELCICO-CEFALICA	29	12,89%	23	9,16%

G/. VERSIONES EXTERNAS

	CON EXITO		SIN EXITO		TOTAL	
	2013	2012	2013	2012	2013	2012
VERSIONES EXTERNAS	9	9	4	6	13	15
TOTAL	69,23%		30,77%		28	

H/. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR COMPLICACIONES POST-PARTO

PROCEDIMIENTOS	2013	2012
EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA	7	4
REPARACION DESGARRO VAGINAL	2	6
DRENAJE HEMATOMA VAGINA	2	3
LEGRADO PUERPERAL	12	3
HISTERECTOMIA OBSTÉTRICA	1	0
LIGADURA ART ILIACA INTERNA	0	0
DRENAJE HEMATOMA PARED ABDOMINAL	0	0
CORRECCION INVERSIÓN UTERINA	0	0
<u>TOTAL</u>	24 (1,75%)	16 (1,09%)

1.2 UNIDAD DE CIRUGÍA GINECOLÓGICA

Coordinador de la unidad: Dr. Jose Sevilla Ros

La actividad quirúrgica se ha venido desarrollando en el transcurso del año en el BLOQUE QUIRÚRGICO, realizándose la cirugía obstétrica en el quirófano N°1 y la cirugía programada ginecológica en el quirófano N°2 salvo raras ocasiones que se han utilizado otros quirófanos N°3, N°4 ó N°5, todos los lunes y viernes, además de los miércoles alternos en jornada de mañana, así como jornadas quirúrgicas extraordinarias de turno de tarde para realización de cirugías provenientes de otros centros hospitalarios (RULEQ).

Así mismo la actividad de la consulta de cirugía ginecológica se ha venido desarrollando en el BLOQUE DE CONSULTAS, en la SALA N° 2, todos los viernes de 08:30h a 14:00h, con un intervalo entre pacientes de 15 minutos, salvo en el periodo estival que se redujo el número de consultas por una disminución de la presión asistencial así como para reorganización del servicio por las vacaciones estivales del personal médico y de enfermería.

A/. AREA DE CONSULTA:

	NORMALES		PREFERENTES		URGENTES	
	2013	2012	2013	2012	2013	2012
CONSULTA CIRUGÍA GINECOLÓGICA						
PRIMERAS CONSULTAS	216	206	41	13	10	5
REVISIONES	345	319	41	27	5	5
TOTAL	561	525	82	40	15	10
VARIACION AÑO 2013 CONSULTAS	658 (+83)			+ 14,43%		

B/. AREA DE QUIRÓFANO:

ACTIVIDAD TOTAL

	URGENTES		PROGRAMADOS		TOTAL	
	2013	2012	2013	2012	2013	2012
PROCEDIMIENTOS	177 (28,46%)	170 (33,14%)	445 (71,54%)	341 (66,86%)	622	511
VARIACIÓN AÑO 2013 PROCEDIMIENTOS	+111 (+21,72%)					

	URGENTES		PROGRAMADOS		% TOTAL	
	2013	2012	2013	2012	2013	2012
CIRUGÍA CON INGRESO	36	40	168	155	32,80%	38,24%
CIRUGÍA SIN INGRESO	141	134	277	186	67,20%	61,76%

ACIVIDAD POR ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA

	URGE.	URGE.	PROG.	PROG.			
	2013	2012	2013	2012	2013	2012	
					TOTAL	TOTAL	VARIACION
CIRUGÍA DE MAMA	11	12	92	106	117	70	+47
CIRUGÍA HISTEROSCÓPICA	3	1	107	93	110	94	+16
CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA	19	15	110	102	129	117	+12
CIRUGÍA ABDOMINAL ABIERTA	6	4	29	33	35	37	+4
CIRUGÍA VAGINAL	11	16	89	100	111	68	+43
CIRUGÍA OBSTÉTRICA	127	123	18	3	145	126	+19

CIRUGÍA OBSTETRICA

	URGENTE		PROGRAMADO		TOTAL		% Actividad QX	
PROCEDIMIENTOS CIRUGÍA	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012
CERCLAJE CERVICAL	0	0	2	3	2	3		
LEGRADO OBSTETRICO (ABORTO)	113	111	15	0	128	111		
LEGRADO PUERPERAL	12	3	0	0	12	3		
REPARACION DESGARRO/HEMATOMA VAGINAL	2	9	0	0	2	9		
DRENAJE HEMATOMA PARED POST-CESAREA	0	0	0	0	0	0		
HISTERECTOMIA PUERPERAL	0	0	1	0	1	0		
TOTAL	127	123	18	3	145	126	23,31%	24,6%

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

	URGENTE		PROGRAMADO		TOTAL		% Actividad QX	
PROCEDIMIENTOS LPS	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012
CIRUGÍA ENDOMETRIOSIS	1	0	9	15	10	15		
CIRUGIA GESTACIÓN ECTÓPICA	8	7	0	0	8	7		
HISTERECTOMIA TOTAL CON/SIN DA	1	0	22	12	23	12		
HISTERECTOMIA SUPRACERVICAL	0	0	14	14	14	14		
ADHERIOLISIS PELVICA	3	0	1	0	4	1		
LIGADURA TUBARICA BILATERAL	0	0	29	23	29	23		
MIOMECTOMIA LPS	0	0	1	3	1	3		
OOFORRECTOMIA/ANEXECTOMIA	1	1	10	7	11	8		
QUISTECTOMIA DE OVARIO	1	5	18	22	19	27		
SALPINGUECTOMÍA	1	0	5	6	6	6		
EIP (ABSCESES PELVICOS)	3	2	1	0	4	2		
TOTAL	19	15	110	102	129	117	20,74%	22,90%

CIRUGÍA HISTEROSCÓPICA

PROCEDIMIENTO HSC	URGENTE		PROGRAMADO		TOTAL		% Actividad QX	
	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012
<i>ABLACION ENDOMETRIAL</i>	0	0	2	2	2	2		
<i>HSC DIAGNÓSTICA+ BIOPSIA ENDOM.</i>	1	0	10	15	11	15		
<i>EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO (DIU)</i>	0	0	0	0	0	0		
<i>COLOCACIÓN DISPOSITIVO ESSURE</i>	0	0	0	2	0	2		
<i>POLIPECTOMÍA</i>	1	0	50	44	51	44		
<i>MIOMECTOMÍA</i>	1	0	36	20	37	20		
<i>SEPTOPLASTIA</i>	0	0	4	1	4	1		
<i>ADHERIOLISIS (ASHERMAN)</i>	0	0	0	1	0	2		
<i>RESECCION RESTOS OVULARES</i>	0	1	5	8	5	8		
TOTAL	3	1	107	93	110	94	17,68%	18,40%

CIRUGÍA DE MAMA

PROCEDIMIENTOS DE MAMA	URGENTE		PROGRAMADO		TOTAL		% Actividad QX	
	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012
<i>TUMORECTOMIA MAMA CON ARPON</i>	0	0	16	1	16	1		
<i>TUMORECTOMIA MAMA</i>	0	0	40	22	40	22		
<i>HEMATOMA MAMA DRENAJE</i>	0	1	0	0	0	1		
<i>ABSCESO DE MAMA DRENAJE</i>	11	11	0	0	11	11		
<i>MASTECTOMIA SIMPLE</i>	0	0	3	2	3	2		
<i>LINFAADENECTOMIA AXILAR</i>	0	0	1	0	0	0		
<i>MASTECTOMIA RADICAL</i>	0	0	9	10	9	10		
<i>TUMORECTOMIA + LINFAADENECTOMIA AXILAR</i>	0	0	8	6	8	6		
<i>TUMORECTOMIA + GANGLIO CENTINELA</i>	0	0	21	7	21	7		
<i>MASTECTOMIA + G. CENTINELA</i>	0	0	4	2	4	2		
<i>GANGLIO CENTINELA</i>	0	0	1	6	1	6		
<i>AMPLIACIÓN MÁRGENES TUMORECTOMIA MAMA PREVIA</i>	0	0	3	1	3	1		
<i>BIOPSIA QUIRURGICA MAMA</i>	0	0	0	1	0	1		
TOTAL	11	12	106	58	117	70	18,81%	13,70%

CIRUGÍA ABDOMINAL ABIERTA

	URGENTE		PROGRAMADO		TOTAL		% Actividad QX	
	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012
PROCEDIMIENTOS CIRUGÍA ABDOMINAL								
<i>SALPINGUECTOMIA EXTRAUTERINO</i>	1	1	0	0	1	1		
<i>LAPAROTOMIA EXPLORADORA</i>	1	0	3	1	4	1		
<i>HISTERECTOMIA SUPRACERVICAL</i>	0	1	5	1	6	2		
<i>HISTERECTOMIA TOTAL CON/SIN DA</i>	2	0	10	9	12	9		
<i>ANEXECTOMIA/SALPINGUECTOMIA</i>	0	0	5	4	5	4		2
<i>HEMOPERITONEO POST-QX</i>	2	1	0	0	2	1		
<i>MIOMECTOMIA</i>	0	1	9	15	9	15		
<i>HISTERECTOMIA RADICAL</i>	0	0	2	2	2	2		
<i>ENDOMETRIOSIS</i>	0	0	1	1	1	1		
<i>LIGADURA PUERPERAL</i>	0	1	0	0	0	1		
TOTAL	6	4	35	33	41	37	6,59%	7,24%

CIRUGÍA VAGINAL

	URGENTE		PROGRAMADO		TOTAL		% QX	
	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012
PROCEDIMIENTOS CIRUGÍA VAGINAL								
<i>DRENAJE Y/O MARSUPIALIZACION ABSCESO BARTHOLINO</i>	10	8	1	0	11	8		
<i>DRENAJE ABSCESOS VULVARES</i>	1	4	0	0	1	4		
<i>DRENAJE HEMATOMA VULVAR</i>	0	0	0	0	0	0		
<i>CLEISIS VAGINAL LEFORT</i>	0	0	0	1	0	1		
<i>CONIZACION CERVICAL</i>	0	0	61	22	61	22		
<i>DILATACION CERVICAL</i>	0	0	1	0	0	0		
<i>HISTERECTOMIA VAGINAL</i>	0	0	12	7	12	7		
<i>QUISTECTOMIA BARTHOLINO</i>	0	0	2	2	2	2		
<i>CIRUGIA IUE/ MALLA SUBURETRAL</i>	0	0	6	4	6	4		
<i>CORRECCIÓN CISTO/RECTOCELE</i>	0	0	5	4	5	4		
<i>NINFOPLASTIAS</i>	0	0	0	2	0	2		
<i>TUMORECTOMIA DE VULVA</i>	0	0	8	8	8	8		
<i>POLIPECTOMIA CERVICAL</i>	0	0	1	1	1	1		
<i>EXPLORACIÓN BAJO ANESTESIA</i>	0	1	1	1	1	1		
<i>HIMENOPLASTIA</i>	0	1	0	0	0	0		
<i>MANCHESTER</i>	0	0	1	0	0	0		
<i>INSERCIÓN DIU</i>	0	0	1	0	0	0		
TOTAL	11	16	100	52	111	68	17,85%	13,31%

OTROS

	URGENTE		PROGRAMADO		TOTAL	
	2013	2012	2013	2012	2013	2012
OTROS PROCEDIMIENTOS						
CISTORRAFIA	1	1	0	0	1	1
URETERONEOCISTOTOMIA	1	0	0	1	1	1
RESECCION INTESTINAL	0	1	0	0	0	1
OMENECTOMIA/APENDICECTOMIA	0	0	2	0	2	0

COMPLICACIONES

	2012	2013	2012	2013
Total complicaciones ginecológicas	12	8	2,35%	1,29%

A./ COMPLICACIONES GINECOLÓGICAS QUE PRECISARON TTO. QUIRÚRGICO (7).

Revisión quirúrgica de hemorragia post-conización con anestesia general precisando ingreso posterior. 2 CASOS

Hemoperitoneo post-quirúrgico, que preciso laparotomía exploradora, con ingreso posterior. 2 CASOS

Lesión vesical que precisó cistorrafia + reinplante ureteral

Lesión ureteral por quemadura que precisó reimplante ureteral. 2 CASOS

B./ COMPLICACIONES QUE PRECISARON TRATAMIENTO MEDICO CON INGRESO (1)

Absceso de cúpula vaginal secundario a hematoma cúpula que precisó ingreso hospitalario para tto médico con antibioterapia.

C./ COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS (4)

2 Hematoma/desgarro vaginal vaginal que precisó drenaje y sutura con A. general

2 Desgarro de IV grado que precisó sutura.

1.3 UNIDAD DE HISTEROSCOPIA

Coordinador de la Unidad de Histeroscopia: Dr . José Sevilla Ros
Adjuntos: Dra. Silvia Fraga Campo, Dra. Virginia Martín.

La actividad de la unidad de histeroscopia se ha venido desarrollando en el transcurso del año tanto en el área quirúrgica como en área de consultas externas.

Área consultas:

Desarrollada en la Sala N° 2, todos los lunes de 15:30h a 19:30h, con un intervalo entre pacientes de 15 minutos; añadiendo más días de consulta por la mañana según demanda asistencial para un correcto control de las listas de espera de histeroscopia.

Área quirúrgica:

a/. Histeroscopia que precisó anestesia se desarrolló en el quirófano N° 2 dentro de la cirugía programada de ginecología.

b/. Histeroscópica sin analgesia; se realizó en la sala de procedimientos, ubicada en el área quirúrgica, con un intervalo entre pacientes de 30 minutos, de 09:00h a 14.00h

En el período estival se cancelaron ocasionalmente, tanto consultas como procedimientos, debido una disminución de la presión asistencial con la consecuente disminución de la lista de espera, así como para favorecer la reorganización del servicio de ginecología en el período de vacaciones estivales del personal tanto médico como personal de enfermería.

En la unidad de histeroscopia se ha fomentado la formación continua y progresiva de los adjuntos de nuestro servicio en la realización de este procedimiento diagnóstico-terapéutico, por lo que durante todo el año se ha venido sucediendo rotaciones de los adjuntos de ginecología para el perfeccionamiento de la destreza histeroscópica diagnóstica y quirúrgica, siendo siempre supervisado por el coordinador de la unidad, con el objetivo de ofrecer siempre la mejor calidad asistencial a la paciente y con los mejores resultados.

ÁREA CONSULTAS

	NORMALES		PREFERENTES		URGENTES	
CONSULTA DE HISTEROSCOPIA	2013	2012	2013	2012	2013	2012
PRIMERAS CONSULTAS	249	276	38	44	2	9
REVISIONES	345	237	35	68	2	3
TOTAL	594	513	73	112	4	12
VARIACION AÑO 2013 CONSULTAS	671 (+34)			+ 5,34%		

PROCEDIMIENTOS HSC	CON ANESTESIA		SIN ANESTESIA	
	2013	2012	2013	2012
HSC DIAGNÓSTICA	0 (0,0%)	0 (0,0%)	35	17 (5,9%)
HSC DIAGNÓSTICO + BX ENDOMETRIAL	10 (9,3%)	16 (17,2%)	79	81 (28,0%)
EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO (DIU)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8	3 (1,0%)
INSERCCION DISPOSITIVO ESSURE	0 (0,0%)	1 (1,1%)	8	15 (5,2%)
POLIPECTOMÍA	50 (46,7%)	12 (12,9%)	139	160 (55,4%)
MIOMECTOMÍA	36 (33,6%)	20 (21,6%)	0	1 (0,4%)
ENDOMETRECTOMÍA	2 (1,9%)	2 (2,2%)	0	0 (0,0%)
ADHERIOLISIS (ASHERMAN)	0 (0,0%)	1 (1,1%)	0	1 (0,4%)
SEPTOPLASTIA	4 (3,7%)	1 (1,1%)	0	0 (0,0%)
RESECCION RESTOS OVULARES	5 (4,7%)	12 (12,9%)	2	8 (2,8%)
	107 (28,5%)	93 (24,4%)	271 (71,5%)	289 (75,6%)
TOTAL	2013 (378)		2012 (382)	
VARIACIÓN INTERANUAL	-4 HSC		-1,05 %	

COMPLICACIONES

COMPLICACIONES HISTEROSCÓPICAS	2013	2012
<i>Cuadro vaso-vagal leve-moderado que se resuelve con observación y/o tratamiento médico.</i>	3	4
<i>Perforación uterina, que precisó ingreso para observación y tratamiento médico.</i>	0	1
Total	3 (0,8%)	5 (1,31%)
VARIACION INTERANUAL COMPLICACIONES	-2	

Comentario Unidad de Histeroscopia:

La unidad de histeroscopia ha ido creciendo de una forma constante y ordenada desde que entró en marcha con la apertura del Hospital Universitario Infanta Elena, , desde las 213 histeroscopias realizadas el primer año, hasta las 378 histeroscopias en 2013. Durante el último año el número de histeroscopias se ha incrementado debido al incremento de la patología endometrial, pero a su vez se ha seguido controlando la demanda de la esterilización tubárica vía histeroscópica con un paulatino descenso de procedimientos de esterilización, debido al seguimiento del protocolo de esterilización definitiva instaurado en nuestro servicio, con una selección más precisa de los casos subsidiarios de esterilización definitiva, ofreciendo las alternativas de anticoncepción más adecuadas para cada paciente de una forma individualizada.

A su vez hemos conseguido reducir tanto el número de complicaciones como su gravedad, pasando de un 4% a un 0,8%.

El objetivo de la unidad de histeroscopia del hospital Infanta Elena es continuar siendo un centro de primer nivel en técnica y calidad asistencial, con la motivación de mejorar día a día, e incorporar eficazmente las nuevas técnicas, procedimientos y avances que se vayan desarrollando en el área de la histeroscopia.

Por ello tenemos como objetivo para el 2014, la reducción de procesos quirúrgicos histeroscópicos con anestesia, gracias a las nuevas tecnologías de resección de miomas y pólipos con el sistema de morcelación mecánica y/o sistemas de vaporización con LASER, que hacen posible la realización de más procedimientos sin anestesia, con el consecuente reducción de listas de espera quirúrgicas y reducción de gasto sanitario al no precisar ningún tipo de ingreso hospitalario. También estudiaremos métodos y tratamientos para mejorar la preparación de las pacientes previa a la HSC con el fin de reducir el número de complicaciones así como aumentar la tolerabilidad del procedimiento.

A su vez continuaremos con el proceso de rotación de todos los adjuntos del servicio para el perfeccionamiento de la destreza histeroscópica así como el conocimiento de las nuevas tecnologías que se vayan incorporando en la unidad.

1.4. UNIDAD DE PATOLOGIA CERVICAL

Coordinador: Dra. Silvia Fraga Campo

Adjuntos: Dra. Yurena Díaz Bidart

Dra. María Laguna Herrera

ÁREA CONSULTAS:

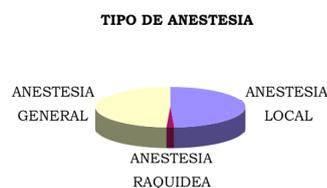
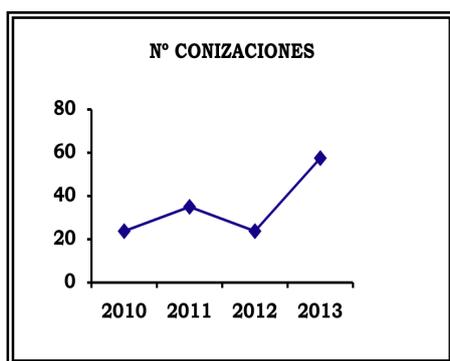
	NORMALES		PREFERENTES		URGENTES	
CONSULTA DE PATOLOGÍA CERVICAL	2013	2012	2013	2012	2013	2012
PRIMERAS CONSULTAS	328	252	43	51	6	9
REVISIONES	888	564	69	53	33	11
TOTAL	1.216	816	112	104	39	20
Variación interanual	+ 427 <i>consultas</i>			+ 45,43%		

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN CONSULTA DE UPC

PROCEDIMIENTOS EN CONSULTA	2013	2012
CITOLOGÍAS	305	288
BIOPSIAS DE CUELLO	251	159
BIOPSIAS DE VULVA	56	36
BIOPSIAS DE VAGINA	8	5
LEGRADO ENDOCERVICAL (LEC)	57	42
BIOPSIA ENDOMETRIAL	0	2
TIPIFICACION HPV	304	135
COLPOSCOPIAS	655	395
VULVOSCOPIAS/VAGINOSCOPIA	197	183
CRIOCOAGULACIÓN CERVICAL	17	8
AMPLIACIÓN VULVAR	2	2
POLIPECTOMIA CERVICALES	No registrado	17
TOMA DE CULTIVOS VAGINAL/ENDOCERVICAL	No registrado	24

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN QUIRÓFANO

PROCEDIMIENTOS EN QUIRÓFANO	2013	2012
CONIZACIONES CON ASA DIATERMICA	57	24
CONIZACIONES FRÍA (SOSPECHA ADENOCARCINOMA)	1	0
<i>CIN I que no cumple criterios de observación</i>	4	3
<i>CIN I persistente</i>	2	4
<i>Discordancia citología/colposcopia</i>	2	1
<i>CIN II-III</i>	44	15
<i>Reconización (CIN3 borde + , CIN3 borde no valorable, 2 LEC +)</i>	4	1
<i>Sospecha de malignidad</i>	2	0
HISTERECTOMIA POR LPS 1. Borde endocervical afecto tras reconización., AP útero negativo. 2. 3 conizaciones previas en paciente con Sd Lynch con LSIL, HPV +: AP CIN I 3. Ca cérvix (microfoco de 1 mm); AP: Ca. epidermoide IAI 4. Adeocarcinoma infiltrante; AP adenocarcinoma IAI	4	1
EXÉRESIS TUMORACIÓN DE VULVA <i>Rdos AP: liquen escleroatrófico (1), VINdiferenciado (1)</i>	2	2
EXÉRESIS AMPLIADA DE VIN DIFERENCIADO	1	---



TOTAL CONIZACIONES DESDE LA APERTURA DEL HOSPITAL 177

Debido a la no disponibilidad de LASER en el HIE se derivaron 3 pacientes a la FJD para realización de tratamiento de lesiones :

- VIN diferenciado (recidiva con bordes afectados) para tratamiento combinado de exéresis/LASER
- VIN condilomatoso (tratamiento con LASER por multiplicidad de lesiones)
- VAIN y CIN I endocervical

COMPLICACIONES:

	2013	2012
CONIZACIONES COMPLICACIONES	4	0
<i>Enfermedad inflamatoria pélvica</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Hemorragia leve post-cono</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Bordes afectados</i>	<i>7</i>	<i>---</i>
<i>Bordes no valorable</i>	<i>3</i>	<i>----</i>
CONIZACIONES NEGATIVOS	7	9

FORMACIÓN

- *Prevención del Cáncer Cervical: Vacunación y Colposcopia (11 créditos, equivalente a 61 horas lectivas)*

- *Cervical Cancer vaccination: an up to date guide. BMJ Learning. On line. Abril 2013*

- *VII Jornada de Formación en Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia (1,2 créditos, equivalente a 11 horas lectivas) Hospital Clínico San Carlos, Madrid (19 de junio de 2013)*

- *XXV Congreso de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (A Coruña, 22-23 de noviembre 2013*

ACTIVIDAD DOCENTE

II Jornadas de Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria organizadas por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro, 15 de noviembre 2013.

Tema: “Prevención primaria de cáncer de cérvix: vacunas VPH”

Tema: “Tratamiento de las lesiones precursoras de cáncer de cérvix”

Tema: “Screening de cáncer de cuello uterino”

REUNIONES CON PRIMARIA

A lo largo de 2013 hemos asistido al Centro de Salud del Restón en 3 ocasiones para actualizar protocolos y organizar las II Jornadas de ginecología y obstetricia para Atención Primaria, una de las médicos del Restón dió una charla en dichas Jornadas (Screening de cáncer de cuello uterino).

REUNIONES CON OTROS SERVICIOS DEL HOSPITAL:

DERMATOLOGÍA

Hemos actualizado y unificado protocolos de tratamiento de lesiones vulvares (como liquen escleroatrófico, hiperplasias, condiloma, etc..) de modo que existe una mejor coordinación y cooperación entre ambos servicios.

Una de las dermatólogas dió una charla (Condilomas) durante las II Jornadas de Ginecología para Primaria.

ANATOMÍA PATOLÓGICA:

Hemos tenido varias reuniones a lo largo de 2013 para:

- Realizar plantillas de resultados de citología*
- Comentar casos clínicos*
- Hemos realizado un control de calidad confirmando los resultados de las biopsias de las pacientes a las que se les indicaba una conización y revisando los conos en blanco*
- Seguimos intentando implementar la realización de VPH aprovechando la disponibilidad de citología en medio líquido en determinados casos de resultados citológicos anómalos (como ASCUS o LSIL en mayores de 50 años). Esto no solo depende de nosotros sino que implica a otros servicios como Microbiología con el que también mantuvimos una reunión y estamos pendientes de ponernos de acuerdo en cuál sería el mejor test VPH a utilizar*

PROYECTOS FUTUROS

- Coordinación con el Servicio de Cirugía General para realización de protocolo de derivación de pacientes con sospecha de lesión por VPH anal/perianal*
- Charlas sobre VPH y vacunas en los institutos/ ayuntamientos para concienciar a los adolescentes de la importancia de la vacunación para prevención de lesiones causadas por el VPH*

NOTAS

Desde la incorporación de la citología en medio líquido a partir de julio de 2012 se ha disminuido la proporción de citologías inflamatorias y se ha incrementado el número de citologías alteradas (creemos que esto no solo se debe al aumento de la sensibilidad, sino también a los cambios en la actitud sexual de la población) También han aumentado las biopsias con CIN 1, así como los CIN 2/3. Por todo ello ha incrementado notablemente la actividad de la Unidad por lo que ha sido necesaria la apertura de una nueva agenda de Patología Cervical (martes y viernes). Se ha incrementado en más de un 50 % el número de procedimientos terapéuticos

Se ha empezado a realizar conizaciones con anestesia local en la sala de procedimientos con muy buena aceptación por parte de las pacientes así como los ginecólogos.

Ha habido menos conos en blanco gracias a la revisión de las anatomías patológicas, realizando una revisión de citologías/biopsias cervicales previas a la conización. Apenas ha habido conizaciones por CIN I persistente y hemos sido más conservadores, aun así el porcentaje de conizaciones casi se ha duplicado.

Recomendación de la vacunación contra el VPH: hemos realizado un documento en el que tras diagnóstico lesiones producidas por el VPH, recomendamos la vacunación (dada la menor probabilidad de recidiva de la enfermedad en pacientes vacunadas en relación con las no vacunadas, tal como se ha podido demostrar en los estudios realizados por ambas vacunas).

En 2013 ha habido una mayor colaboración y coordinación entre otros servicios: Dermatología, Cirugía General, Anatomía Patológica

SUGERENCIAS

Incluir el test de HPV dentro del screening de cáncer de cuello uterino aprovechando la ventaja de disponer de la citología en medio líquido. Esto nos permitiría espaciar el intervalo de screening a 5 años (a nivel ambulatorio), habría que actualizar el protocolo de derivación.

Continuar insistiendo en la política de vacunación contra el VPH.

Dentro del protocolo de tratamiento del CIN I (tratamiento vs observación) intentaremos realizar más tratamientos observacionales o crioterapia, siempre que se cumplan los protocolos, para disminuir el porcentaje de conizaciones en blanco.

1.5 UNIDAD DE SUELO PÉLVICO 2012

Coordinador: Dra. María Laguna

Adjuntos: Dra. Virginia Martín

Dr. Alex Pujol Sánchez

ACTIVIDAD EN CONSULTAS

	NORMALES		PREFERENTES		URGENTES	
	2013	2012	2013	2012	2013	2012
CONSULTA DE SUELO PÉLVICO						
PRIMERAS CONSULTAS	125	97	11	21	0	5
REVISIONES	198	139	40	14	3	2
TOTAL	323	236	51	35	3	7
	+87		+16		-4	

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DE LA UNIDAD

PROCEDIMIENTOS	2013	2012
HISTERECTOMIA VAGINAL	1	6
COLPORRAFIAS ANTERIOR ASOCIADA A TOT	1	4
COLPORRAFIA ANTERIOR ASOCIADA A HT	6	4
COLPORRAFIA ANTERIOR	2	0
COLPORRAFIA POSTERIOR ASOCIADA A HT	2	4
COLPORRAFIA POSTERIOR	1	1
INSERCIÓN MALLA SUBURETRAL (TOT)	1	8
MALLA SUBURETRAL ASOCIADO A HISTERECTOMIA	2	0
INSERCIÓN MALLA 6 BRAZOS COMPARTIMENTO ANTERIOR	2	0
COLPOCLEISIS VAGINAL (LEFORT)	0	1

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS	2013	2012
TOTAL	2	2
Hematoma de cúpula vaginal Tratamiento: Observación, con resolución completa	1	1
Retención aguda urinaria post-histerectomía Tratamiento: Observación y sondaje vesical 10 días	1	1

La patología que más frecuentemente se atiende en la consulta es la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo y que es subsidiaria de tratamiento conservador con ejercicios de la musculatura del suelo pélvico.

La mayoría de las pacientes no requieren realizar los ejercicios bajo supervisión de especialista, con la consulta con la matrona de salud es suficiente. A pesar de ello hemos hecho canalización al servicio de Rehabilitación de la Fundación Jiménez.

Durante este año se ha consolidado la exploración para intentar predecir , qué mujeres padecerán incontinencia urinaria de novo tras la cirugía de prolapso mediante la colocación de pesarios en la consulta y realizando Valsalva durante la bipedestación y la litotomía (Test de esfuerzo al reducir prolapso), para asociar técnicas anti-incontinencia. También se ha continuado realizando la medición del volumen post-micción por ecografía , evitando los incómodos sondajes para la paciente, mediante la fórmula de la elipse ($d1 \times d2 \times d3 \times 0,5$).

Además, dentro de la actividad diaria de la consulta, contamos con un nuevo recurso para el tratamiento de las pacientes con incontinencia urinaria postparto en colaboración con los rehabilitadores y que consiste en la "rehabilitación postparto". Con esta prestación la paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo postparto puede recibir tratamiento mediante sesiones de rehabilitación en este mismo centro.

El 7 de mayo de 2013 se organizó "La primera jornada de cirugía de suelo pélvico" en colaboración conjunta con los servicios de cirugía ginecología y urología del hospital, que contó con ponentes expertos en la materia y cirugía en directo con el Dr. Niesel como invitado. En esta jornada se intervino a dos pacientes que presentaban prolapsos complejos para insertar una malla de 6 brazos en el compartimento anterior, jornada que contó con una amplia asistencia de especialistas de otros hospitales.

Como consecuencia directa de este curso, la Dr. María Laguna y la Dra. Virginia Martín realizaron una rotación de un mes en septiembre de 2013 en Die Klinik en Preetz (Alemania), bajo la tutela del Dr. Niesel. El objetivo de esta rotación ha sido familiarizarse con las indicaciones y el uso de mallas vaginales en la cirugía del suelo pélvico.

Como objetivo para el 2014 hemos propuesto la creación de reuniones multidisciplinarias con los diferentes servicios implicados en la patología del suelo pélvico (urología, rehabilitación, cirugía general, neurofisiología y unidad del dolor) para valorar los casos más complejos de forma individualizada y más eficaz

1.6 UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA Y GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA 2013.

Dra. Sutil Bayo, Susana. Médico adjunto.

Dra. Pérez Molina, María Jesús. Médico adjunto.

Dra. Bordés Infantes, María. Médico adjunto

1. ESTRUCTURACIÓN ASISTENCIAL DE LA UNIDAD:

El objetivo de la Unidad es prestar servicios de calidad acreditada en el manejo del cáncer ginecológico (vulvar, vaginal, endometrio y ovárico) y de la patología mamaria, con especial dedicación al cáncer mamario, mediante un abordaje multidisciplinar, tanto en las actividades de prevención y detección precoz como en el diagnóstico y tratamiento.

En este proceso, al estar implicados una gran variedad de profesionales, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada, es imprescindible una perfecta coordinación que garantice la continuidad asistencial.

Para garantizar esta coordinación se crea la Unidad de Patología Mamaria y Ginecología Oncológica con una o dos consultas específicas semanales dentro del Servicio de Ginecología y Obstetricia que pretende ordenar y asignar las actividades, racionalizar el uso de los recursos, establecer mecanismos de coordinación e integrar las actividades diseñando un circuito que permita obtener los mejores resultados con los recursos disponibles.

Para promover este enfoque integral de la paciente oncológica, han sido instrumentos capitales la constitución de la Comisión de Tumores semanal, integrada por los especialistas de nuestra Unidad y de los Servicios de Radiología, Oncología Médica y Anatomía Patológica, así como la colaboración con la Unidad de Cuidados Paliativos, incluyendo reuniones multidisciplinarias mensuales formando parte de las mismas médicos especialistas, psicóloga y trabajadora social.

El funcionamiento asistencial en nuestro Centro hace necesaria la estrecha colaboración con los Servicios de Ginecología Oncológica, Cirugía General, Medicina Nuclear, Radioterapia y Cirugía Plástica de la Fundación Jiménez Díaz y del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, que complementan algunas pruebas diagnósticas y en tumores de menor prevalencia, el tratamiento quirúrgico y/o adyuvante de las pacientes con cáncer ginecológico.

También contamos con la colaboración de la Unidad de Genética de la Fundación Jiménez Díaz para pacientes con historia familiar de riesgo de cáncer heredo-familiar.

2. CARTERA DE SERVICIOS Y CATÁLOGO DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEUTICOS.

1. Diagnósticos por imagen

I) Técnicas radiológicas realizadas en nuestro Centro:

- TAC toracoabdominopélvicos

- *Resonancia Magnética Nuclear abdominopélvica o mamaria*
- *Mamografías: Proyecciones convencionales*
- *Ecografías transvaginales con eco doppler*
- *Ecografías mamarias: exploraciones convencionales mamarias y axilares y punciones ecodirigidas (BAG/PAAF)*

II). Procedimientos que requieren canalización a Fundación Jiménez Díaz y/o Rey Juan Carlos:

- *Mamografías que precisan técnicas de estereotaxia digital : BAV de microcalcificaciones sin traducción ecográfica y/o marcaje de las mismas con clips/arpón.*
- *Biopsias mamarias no quirúrgicas guiadas por resonancia magnética.*
- *Medicina Nuclear: linfogammagrafías axilares para la detección de ganglios centinelas. Gammagrafías óseas.*

..

2. Diagnóstico anatomopatológico:

- *Técnicas histológicas de rutina*
- *Técnicas inmunohistoquímicas:*
 - *Receptores de estrógenos y progesterona*
 - *Sobreexpresión de HER2 (HERCEPTEST)*
 - *Marcadores celulares.*
- *Técnicas de patología molecular:*
 - *Amplificación del gen HER2NEU mediante FISH/SISH (en los casos 2+ de la determinación del HERCEPTEST).*

3. Procedimientos quirúrgicos

I) Técnicas quirúrgicas realizadas en nuestro centro:

a) Diagnósticas:

- *Biopsias de endometrio (histeroscópica/cánula de Cournier)*
- *Biopsias vulvares, vaginales, cervicales.*
- *Citologías exfoliativas, punch o biopsias abiertas de mama.*
- *Biopsia Selectiva del Ganglio Centinela (BSGC) mamario.*

b) Terapéuticas:

- *Cirugía de la patología benigna de la mama : tumorectomías y drenaje de abscesos.*

- Cirugía conservadora del cáncer de mama y biopsia selectiva del ganglio centinela y/o linfadenectomía .
- Mastectomía radical.
- Mastectomía simple con / sin BSGC ó linfadenectomía axilar.
- Cirugía de rescate en recidivas locoregionales mamarias.
- Cirugía laparoscópica en estadio I de adenocarcinoma de endometrio endometriode.
- Cirugía laparoscópica/laparotómica en tumores de ovario borderline y estadios iniciales de cáncer de ovario (conjuntamente con Cirugía General).

d) Profilácticos:

- Mastectomía ahorradora de piel.
- Anexectomía bilateral vía laparoscópica.

2) Técnicas quirúrgicas que precisan canalización a Fundación Jiménez Díaz / Rey Juan Carlos:

- Cirugía reconstructiva de mama: cirugía oncoplástica , inserción de expansores o de prótesis , mastoplastia de reducción, reconstrucción total de mama.
- Cirugía profiláctica con reconstrucción inmediata, mediante mastectomía subcutánea.
- Cirugía laparoscópica / laparotómica en pacientes con cáncer de vulva, vagina, cérvix y endometrio, ovario (en estadios avanzados).

4. Tratamiento sistémico y de soporte:

- a) Quimioterapia: neoadyuvante, adyuvante y paliativa.*
- b) Hormonoterapia : adyuvante o paliativa.*

5. Radioterapia:

En Hospital Fundación Jiménez Díaz/ Hospital Rey Juan Carlos.

6. Genética:

Valoración y seguimiento de pacientes con riesgo oncológico (heredo familiar).

7. Otros:

Plataformas genómicas para valoración de riesgo oncológico y necesidad de tratamientos adyuvantes con quimioterapia (mamaprint ; oncotype).

3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL.

CONSULTAS EXTERNAS

	NORMALES		PREFERENTES		URGENTES	
	2013	2012	2013	2012	2013	2012
CONSULTA DE PATOLOGÍA DE MAMA						
PRIMERAS CONSULTAS	313	327	72	55	4	9
REVISIONES	855	464	171	89	13	26
TOTAL	1.168	791	243	144	17	35
	+458 (>47,21%)					
CONSULTA DE ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA						
PRIMERAS CONSULTAS	22	25	18	10	4	4
REVISIONES	165	112	53	31	7	3
TOTAL	187	137	71	41	11	7
	+84 (> 45,41%)					

INDICENCIA DE TUMORES DE 2013

INCIDENCIA	2013	2012	2011
MAMA	64	36	50
VULVA	0	0	0
VAGINA	0	1	0
CÉRVIX	9	3	3
MIOMETRIO	2	0	1
ENDOMETRIO	11	3	7
OVARIO	4	6	5
TROMPA	0	0	1
LINFOMA NO HODKING B UTERINO	0	0	1
SÍNDROME MEIGS	0	1	0
TOTAL	90	50	68

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA:

CIRUGÍA ONCOLÓGICA GINECOLÓGICA	MALIGNA	
CIRUGÍA DE ENDOMETRIO/CERVIX EST. I	VÍA LAPAROSCOPIA	3
CIRUGÍA REGLADA DE OVARIO	VÍA LAPAROTOMÍA	1

<i>CIRUGÍA MAMA</i>	<i>BENIGNA</i>	<i>MALIGNA</i>
<i>TUMORECTOMÍA</i>	62	2
<i>TUMORECTOMÍA + BSGC</i>	0	22
<i>TUMORECTOMÍA+ LINFADENCTOMÍA</i>	0	4
<i>MASTECTOMÍA SIMPLE</i>	0	3
<i>MASTECTOMÍA SIMPLE + BSGC</i>	0	5
<i>MASTECTOMÍA RADICAL</i>	0	11
<i>BSGC PREVIO QT</i>	0	2
<i>AMPLIACIÓN MARGEN AFECTO</i>	0	2
<i>DRENAJE ABSCESO</i>	11	0
<i>LINFAADENECTOMÍA TRAS BSGC POSITIVO</i>	0	2
<i>RESECCIÓN RECIDIVA LOCAL</i>	0	2

Dentro de nuestro quehacer diario, también nos encontramos ante la necesidad de estar en un continuo aprendizaje y reciclaje de conocimientos. Para ello, como se ha hecho referencia anteriormente, estamos interesadas en participar en la medida de lo posible, de cursos y congresos de interés científico, así como de Asociaciones Acreditadas como la Sociedad Española de Patología Mamaria, Sección de Oncología Ginecológica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

4. OBJETIVOS:

Con la finalidad de mejorar nuestra asistencia a estas pacientes, nos marcamos unos objetivos anuales:

- Personalización de las consultas, para poder establecer una relación médico/paciente más cercana y llevar así una evolución de todo el proceso de principio a fin. Sin que eso merme la relación entre profesionales y conocimiento general de todas nuestras pacientes por parte de las integrantes de la Unidad.*
- Actualización de los protocolos, incluyendo todas las novedades y conocimientos adquiridos desde las diferentes asociaciones acreditadas, a las que pertenecemos, así como de los cursos/congresos a los que asistimos desde la Unidad.*
- Seguimiento personalizado en planta de las pacientes, por el cirujano que haya realizado la intervención, así como de la psicóloga y voluntarias de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).*
- Incrementar el número de consultas (3 por semana) motivado por el incremento paulatino de pacientes que demandan esta unidad de onco-mama, para una coreccta y mejora asistencial en este tipo de patología.*
- Participación como integrantes del nuevo INSTITUTO ONCOLÓGICO:*
- Participación en estudios de investigación en colaboración con el resto de hospitales del grupo IDC SALUD.*

1.7 UNIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA GINECOLÓGICA / ESTERILIDAD

*Dr. Juan Miguel Rodríguez Candia
Dra. Virginia Martín Oliva
Dra. Yurena Díaz Bidart*

La Unidad de Ginecología Endocrinológica del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Infanta Elena está formada por los ginecólogos de plantilla adscritos a esta unidad y las auxiliares de consulta que facilitan nuestra labor asistencial.

Esta unidad se encarga principalmente del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías relacionadas con las alteraciones funcionales del aparato reproductor femenino en las distintas etapas de la vida de la mujer.

Las pacientes acuden derivadas en su mayor parte desde las consultas de ginecología general, que actúa como filtro para establecer una primera orientación diagnóstica y solicitar las pruebas complementarias pertinentes que serán valoradas en la consulta.

Existe un pequeño subgrupo de pacientes que son derivadas desde la consulta del médico de atención primaria para complementar el estudio del flujo vaginal patológico y/o molestias pélvicas inespecíficas con la valoración ginecológica y la recogida de muestras de exudados vaginales, endocervicales y de infección por Chlamydia.

Las principales patologías estudiadas en esta consulta se pueden dividir en dos grandes grupos:

- *Alteraciones endocrino-ginecológicas*
- *Infertilidad y/o esterilidad femenina*

Dentro de las alteraciones endocrino-ginecológicas, se estudian las patologías relacionadas con:

- *Alteraciones menstruales (amenorrea, oligomenorrea, hipomenorrea, polimenorrea e hipermenorrea): se realiza una valoración ginecológica complementada por estudio ecográfico y hormonal. Los diagnósticos que se establecen más frecuentemente son el síndrome de ovario poliquístico, hiperandrogenismos e hiperprolactinemias, en los que se establece su tratamiento y posterior seguimiento acorde con lo revisado en la literatura. En ocasiones es preciso realizar otras pruebas complementarias (por ejemplo RMN craneales en pacientes con hiperprolactinemias) o valoraciones adicionales por parte del servicio de endocrinología para pacientes con alteraciones complejas del eje hipotálamo-hipófiso-tiroideo o del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal.*
- *Pacientes con fallo ovárico precoz y pacientes con menopausia precoz o menopáusicas sintomáticas: en los últimos meses estamos desarrollando estrategias que nos permiten establecer el riesgo de fractura asociada a osteoporosis mediante la herramienta FRAX r. Nuestro objetivo es crear una unidad de menopausia con la intención de realizar un enfoque múltiple en estas pacientes, valorando no sólo el déficit hormonal de la paciente, sino realizando también una prevención secundaria de la fractura osteoporótica en las pacientes de riesgo, contando además con la posibilidad de realizar valoraciones complementarias en el servicio de Reumatología si fuera necesario.*
- *Existen patologías mucho menos frecuentes pero que también son subsidiarias del diagnóstico y seguimiento en esta consulta como los estadios intersexuales, pacientes con síndromes genéticos asociados a amenorreas o malformaciones del aparato genital interno...*

Respecto a las pacientes con infertilidad y/o esterilidad también se establecen tres grandes grupos:

- Pacientes con hijos previos de la misma pareja*
- Pacientes sin hijos previos*
- Pacientes con abortos de repetición*

En todos los grupos se realiza una historia clínica completa de ambos miembros de la pareja, acompañada de una valoración ginecológica y ecográfica de la paciente, y en ocasiones también de analíticas hormonales.

En las pacientes que cumplan criterios se cursa la derivación al servicio de Reproducción Asistida de la Fundación Jiménez Díaz.

En las pacientes con criterios de buen pronóstico (pacientes menores de 35 años, sin historial previo ni signos clínicos de posible obstrucción tubárica, con diagnóstico de anovulación y preferiblemente con hijos previos) se oferta la posibilidad de realizar estimulaciones ováricas con control ecográfico con Citrato de Clomifeno durante 3-4 ciclos, de forma empírica. Uno de los objetivos de este año es realizar un registro de las pacientes sometidas a este tipo de estimulación para estudiar los resultados obtenidos de forma objetiva.

Dentro del grupo de las pacientes con abortos de repetición se realiza el estudio de trombofilias y si es preciso, el estudio del cariotipo de los miembros de la pareja.

En estas pacientes se ofrece una orientación diagnóstica y la posibilidad de plantear tratamientos precoces en las siguientes gestaciones en caso de que se encuentre alguna alteración subsidiaria de del mismo. También es importante procurar el apoyo psicológico y emocional que las pacientes con estas dificultades precisan.

	NORMALES		PREFERENTES		URGENTES	
	2013	2012	2013	2012	2013	2012
CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA						
PRIMERAS CONSULTAS	142	146	11	5	0	8
REVISIONES	312	204	25	6	13	8
TOTAL	454	350	36	11	13	16

1.8 UNIDAD DE CONTRACEPCION

INTRODUCCION

Uno de los aspectos mas importantes de los programas de planificación familiar es la asistencia en salud sexual y reproductiva a las mujeres adolescentes, con el objetivo de evitar el embarazo no deseado en este colectivo. En este año 2013 hemos dado continuidad al objetivo del seguimiento conjunto con la Unidad de Trabajo Social (UTS) para prestar atención multidisciplinar a mujeres adolescentes en las que se identifica riesgo psico-medico-social (exclusión social, agresión por parte de la pareja, relaciones de riesgo, IVE).

Otra de las actividades que hemos desarrollado en el servicio fue la asistencia a mujeres en edad reproductiva discapacitadas y/o institucionalizadas en el Centro Benito Menni, se ha elaborado un protocolo específico de anticoncepción dirigido a estas pacientes en muchas ocasiones polimedizadas.

En general existe una derivación adecuada de pacientes, aunque todavía existe dispersión de pacientes que solicitan anticoncepción en las consultas de ginecología. Hemos mejorado en el seguimiento y coordinación con otros servicios médicos, de pacientes que utilizan contraceptivos y presentan patología medica asociada.

Objetivos específicos.

Respecto a los objetivos planteados con la Unidad De Trabajo Social, se ha implementado una coordinación adecuada para asistencia en salud sexual y reproductiva a adolescentes de riesgo psico-social, que seguiremos manteniendo durante el próximo año.

Visitamos el Centro Benito Menni en junio 2013 para coordinar la asistencia en contracepción a pacientes institucionalizadas que lo requieran.

Visitamos el centro de Atención primaria de San Martin de la Vega en dos ocasiones para revisar el protocolo de anticoncepción y revisar conjuntamente casos clinicos.

Se elaboró una ponencia sobre anticoncepción solo progestágenos para las segundas jornadas de ginecología obstetricia dirigidas a atención primaria realizada en Noviembre 2013.

Nuevos objetivos específicos para el año 2014

Se van a actualizar de nuevo los criterios de derivación de pacientes a la consulta de contracepción desde Atención Primaria, con la idea de mejorar la Coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y la atención a las pacientes.

Realización de sesiones clínicas de actualización en Anticoncepción para Atención Primaria. Nos planteamos realizar dos sesiones de formación por año con acreditación del Sistema de Formación Continuada de la Comunidad de Madrid.

Se va a incrementar el número de consultas de anticoncepción , cuatro consultas más al mes. Se va a ofertar horario de atención tanto en consultas programadas como no programadas por la tarde.

Estos objetivos se engloban en los planteados en la Consulta monográfica de Anticoncepción desde el año 2011 los cuales se siguen manteniendo.

	NORMALES		PREFERENTES		URGENTES	
	2013	2012	2013	2012	2013	2012
CONSULTA DE ANTICONCEPCION						
PRIMERAS CONSULTAS	592	549	9	6	4	8
REVISIONES	699	450	30	9	18	13
TOTAL	1.291	999	39	15	22	21

	N°		%	
	2013	2012	2013	2012
PACIENTES PRESENTADAS	1.352	1.035	79,86%	73,88%
PACIENTES NO PRESENTADAS	341	366	20,14%	26,12%
TOTAL	1.693	1.401		

	N°		%	
	2013	2012	2013	2012
DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	293	305	86,69%	89,71%
DIU HOSPITALARIO	43	32	12,72%	9,41%
IMPLANTES SUBDÉRMICOS	2	3	0,59%	0,88%
TOTAL	338	340		

Criterios de derivación de pacientes a la consulta de contracepción desde atención primaria:

<p>Todas las pacientes:</p> <p><i>Menores de edad</i></p> <p><i>Con patología medica asociada</i></p> <p><i>Con riesgo cardiovascular personal o familiar</i></p> <p><i>Que desean un método anticonceptivo de larga duración (implante , DIU)</i></p> <p><i>Que presentan un efecto secundario durante el uso de un método anticonceptivo.</i></p> <p><i>Las que se indica uso de DIU Levonogestrel con criterio de financiación hospitalaria</i></p> <p><i>Que han realizado IVE y desean un método anticonceptivo</i></p> <p><i>Discapacitadas psíquicas institucionalizadas o no en edad reproductiva.</i></p>

1.8 UNIDAD DIAGNOSTICO PRENATAL

Jefa sección obstetricia: Dra. Monserrat González Rodríguez

Adjuntos: Dra. Olga de Felipe

Dra. Esther Pérez Carbajo

Dra. Yurena Díaz Bidart

Dr. Eloy Álvarez Méndez

En la unidad de Diagnóstico Prenatal se trabaja con el objetivo de ofrecer a las madres información sobre el desarrollo de sus gestaciones desde el punto de vista de las alteraciones genéticas, morfológicas y funcionales que puedan afectar a sus futuros hijos o a ellas mismas. Las ecografías de protocolo que se realizan durante la gestación son tres , cada una de ellos con unos objetivos muy definidos:

- *Primer trimestre: en torno a las 12 semana , su función es datar la gestación, el número de fetos y calcular el riesgo individual de aneuploidías empleando marcadores ecográficos y bioquímicos.*
- *Morfológica de la 20 semana: pretende hacer un barrido en la anatomía del feto buscando la presencia de malformaciones morfológicas.*
- *Tercer trimestre: su función fundamental es valorar la posición y el crecimiento fetales.*

La presencia de anomalías en cualquiera de ellas nos puede hacer programar más controles ecográficos seriados diferentes según el tipo de patología que nos encontremos.

Número de ecografías de primer trimestre y de segundo trimestre realizadas en la unidad de diagnóstico prenatal en el año 2013:

ECOGRAFÍAS OBSTÉTRICAS	2013	2012
<i>Ecografía de primer trimestre</i>	1.083	1.164
<i>Ecografía de segundo trimestre o de diagnostico prenatal</i>	1.269	1.325

ECOGRAFÍAS DIAGNÓSTICO PRENATAL: 1º trimestre												
<i>ene</i>	<i>feb</i>	<i>mar</i>	<i>abr</i>	<i>may</i>	<i>jun</i>	<i>jul</i>	<i>ago</i>	<i>sep</i>	<i>oct</i>	<i>nov</i>	<i>dic</i>	
109	68	75	99	89	76	112	78	86	110	85	96	2013
97	116	84	105	105	102	78	97	84	118	96	81	2012

ECOGRAFÍAS DIAGNÓSTICO PRENATAL: 2º trimestre												
<i>ene</i>	<i>feb</i>	<i>mar</i>	<i>abr</i>	<i>may</i>	<i>jun</i>	<i>jul</i>	<i>ago</i>	<i>sep</i>	<i>oct</i>	<i>nov</i>	<i>dic</i>	
119	91	112	118	101	112	102	96	116	100	86	116	2013
138	136	117	102	127	90	109	102	89	111	108	96	2012

ECOGRAFÍAS DOPPLER OBSTÉTRICAS	2013	2012
MOTIVOS (No realizado contaje).	-----	----
<i>Ecografías de control de crecimiento fetal.</i>		
<i>Ecografías de gestaciones de alto riesgo (diabetes, gestaciones múltiples, HTA crónicas, preclampsia,).</i>		
<i>Ecografía repetidas por mala transmisión sónica.</i>		
<i>Ecografías solicitadas de urgencias, ingresos en planta, ginecológicas,</i>		

	2013	2012
AMNIOCENTESIS GENÉTICA	50	67
	3,66%	4,57%
PÉRDIDAS GESTACIONALES RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO	0 (0%)	0 (0%)
ALTERACIONES CROMOSÓMICAS NO DIAGNOSTICADAS ANTEPARTO	0 (0%)	0 (0%)
ALTERACIONES CROMOSÓMICAS DIAGNOSTICADAS ANTEPARTO		
<i>Respecto total de partos 9/1.366</i>	9 (0,65%)	3 (0,2%)
<i>Respecto total amniocentesis 9/50</i>	9 (18%)	3 (4,91%)

CROMOSOMOPATIAS DIAGNOSTICADAS ANTEPARTO POR AMNIOCENTÉSIS	2013	2012
TRISOMÍA CROMOSOMA 21 (SME. DE DOWN) <i>Todos realizaron ILE.</i>	6	2
TRISOMÍA 18. Finalizado con ILE	1	0
TRISOMÍA 2. Finalizado con ILE	1	0
SÍNDROME DE NOOMAN. Finalizado con ILE	1	0

INDICACIONES DE LA AMNIOCENTÉSIS	2013	2012
<i>Alto riesgo SD en cribado combinado del 1º trimestre.</i>	25 (50,00%)	31 (46,2%)
<i>Alto riesgo Sme. Edwards en cribado combinad del 1º trimestre.</i>	0 (0,00%)	0 (0,0%)
<i>Deseo materno.</i>	9 (18,0%)	13 (19,4%)
<i>Marcador de aneuploidía en ecografía morfológica precoz.</i>	1 (2,00%)	4 (6,0%)
<i>Marcador de aneuploidía en ecografía morfológica.</i>	3 6,00%)	2 (2,9%)

<i>Malformación fetal mayor en ecografía de 1° trimestre.</i>	0 (0,00%)	0 (0,0%)
<i>Malformación fetal mayor en ecografía morfológica.</i>	0 (0,0%)	6 (9,0%)
<i>Antecedente de cromosopatía familiar o personal.</i>	4(8,00%)	6 (9,0%)
<i>Descartar infección fetal (TORCH/coriamnionitis).</i>	4 (8,00%)	6 (9,0%)
<i>No realizado PRISCA por edad gestacional en madre >35 años.</i>	4 (8,00%)	2 (3,0%)

BIOPSIA CORIAL	2013			2012		
	HUIE	FJD	TOTAL	HUIE	FJD	TOTAL
	12	0	12 (0,8%)	4	4	8 (0,5%)

INDICACIONES DE LA BIOPSIA CORIAL	2013	2012
<i>Alteraciones cromosómicas diagnosticadas anteparto</i>	5	8
<i>% respecto el total de partos 5/1366</i>	0,36%	0,4%
<i>% respecto total de biopsias indicadas por alto riesgo de alteración cromosómica 5/7</i>	71,40%	85,7%
<i>% respecto total de biopsias coriales indicadas 5/12</i>	41,60%	
<i>Casos de Trisomía 21</i>	2	4 (1 FJD)
<i>Caso de Trisomía 2</i>	1	0
<i>Caso Trisomía 18</i>	1	0
<i>Caso de Trisomía 13</i>	0	1
<i>Síndrome de Noonan</i>	1	0
<i>Caso de trisomía 18 y trisomía X</i>	0	1 (1FJD)
<i>Estudio de Von Hippel Lindau en madre portadora afecta</i>	0	1 (1 FJD)

ESTUDIO ESTADÍSTICO DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE CROMOSOMOPATÍAS	
<i>Sensibilidad global: VP/VP+FN: 9/(9+0)</i>	100%
<i>Especificidad global: VN/VN+FP: 1366-9/(1366+(50-9))</i>	97,00%
<i>Valor predictivo positivo: VP/VP+FP: 9/(9+(50-9))</i>	18,00 %
<i>Valor predictivo negativo: VN/FN+VN: 1366-9/(0+1366-9)</i>	100%

ALTERACIONES MORFOLOGICAS CONGENITAS DIAGNOSTICADAS :

SISTEMA NERVIOSO

-Sospecha Hipoplasia vermix cerebeloso: realizada RN fetal en la que el vermix impresiona normal. Recién nacido sano.

-Ventriculomegalia derecha límite 12 mm. TORCH negativo. RN fetal: atrio ventricular derecho límite alto normalidad. Preeclampsia grave con finalización de gestación: parto eutocico: niño sano. Ventriculomegalia resuelta.

-Ventriculomegalia unilateral derecha: TORCH negativo.

-Agenesia cuerpo calloso: ILE semana 20.

-Exencefalia diagnosticada en ecografía 1o trimestre: Cariotipo normal. ILE.

-Exencefalia y Body Wall Complex: Muerte fetal intrauterino con aborto tardío realizado en nuestro centro: Trisomía 2.

CARAYCUELLO

-Higroma quístico+onfalocele+arteria umbilical unica: Trisomía 18. ILE.

-Higroma quístico+anasarca: trisomía 21. ILE.

CORAZON

-Arteria subclavia derecha aberrante+ecocardiografía normal. Parto extraclínico.

-Arteria subclavia derecha aberrante+ecocardiografía normal: Parto eutocico: niño sano.

-Arteria derecha subclavia aberrante. Ecocardiografía normal. Parto extraclínico.

-Comunicación interventricular + IPM uterinas >p95. Inducción GCP. Parto eutócico: niño sano: Ecocardiografía postnatal: A nivel del tercio medio de tabique interventricular muscular se visualiza pequeño defecto septal con extensión hacia plano de salida de arteria pulmonar, de máximo tamaño medio de 1.7 mm.

-Comunicación interventricular de 2mm. Parto eutócico: cierre espontáneo postnatal.

-Comunicación interventricular + agenesia ductus venoso con drenaje intrahepático +talipex bilaterales. Síndrome de Noonan. ILE

-Canal A-V incompleto. Trisomía 21. ILE

-Tetralogía Fallot. Control extrahospitalario hasta semana 36. Diagnostico en este centro. Parto en Hospital Universitario La Paz.

-Cardiomegalia y anemia fetal: Hemorragia feto-materna semana 32. Cesarea urgente. Recién nacido anemia fetal severa: Hb 3 g/dL. Test Kleihauer positivo.

APARATO DIGESTIVO

-Sospecha quiste colédoco: variante de la normalidad. Ecografía post-natal dentro de la normalidad.

-Complejo Body Wall Complex + exencefalia: aborto tardío.

APARATO GENITO- URINARIO

-Hidronefrosis grado IV izquierda. Parto eutócico: Control postnatal: Hidronefrosis izquierda por obstrucción pielo-ureteral que precisó cirugía, realizando dilatación neumática y catéter doble J.

-Hidronefrosis grado III: cariotipo 46 XY normal. Parto eutócico: Control postnatal: Hidronefrosis congénita grado III.

-Ureterohidronefrosis izquierda grado IV. Parto eutócico. Riñón izquierdo hipoplásico con riñón contralateral con hidronefrosis.

-Vejiga urinaria a término aumentada de tamaño sin otra patología: Parto eutócico: asfisia perinatal leve. No ecografía abdominal.

-Megavejiga y anhidramnios + derrame pericárdico: Muerte fetal intrauterino con 26 semanas gestación. No necropsia por deseo paciente.

-Atrofia renal displásica e hipertrofia renal izquierda 2o. Ecografía postnatal confirma diagnóstica prenatal.

INFECCIONES CONGÉTICAS

-Citomegalovirus congénito con diagnóstico prenatal por oligoamnios y ventriculomegalia límite en semana 33. Cesárea por oligoamnios y presentación podálica. Infección congénita sintomática (sordera y retraso psicomotor) por citomegalovirus confirmado en orina.

OTRAS

-Purpura trombopénica autoinmune en gestación gemelar: cesarea programada por trombopenia severa. Trombopenia neonatal origen autoinmune.

-Gestación gemelar monocorial-biamniótica con retraso de crecimiento selectivo de 1º gemelo: ILE un gemelo en semana 21 por afectación neurológica.

ILE (INTERRUPCIONES LEGALES DEL EMBARAZO)

Remitidas entre semana 16° y 17ª tras amniocentesis y semana 13 tras biopsia corial.

ILE	2013	2012
<i>Trisomía 21 (4 tras amniocentesis, 2 tras biopsia corial)</i>	6	5
<i>Trisomía 2 tras biopsia corial</i>	1	0
<i>Trisomía 18 tras biopsia corial</i>	1	0
<i>Síndrome de Noonan</i>	1	0
<i>Ausencia de cavum de Septem pellucidum en ecografía morfológica</i>	1	0
<i>Oligoamnios severo, descarta rotura prematura en gestación 20 sem, con retraso de crecimiento severo y precoz.</i>	1	0
<i>Trisomía 13 (tras biopsia corial)</i>	0	1
<i>Trisomía 18 + Trisomía X (tras biopsia corial)</i>	0	1
<i>Defectos del tubo neural diagnosticada en eco morfológica</i>	0	2
TOTAL	11	9

CONCLUSIÓN

A raíz de la publicación de estudios PECEP sobre el empleo del pesario cervical en mujeres gestantes con cérvix corto asintomáticas para prevenir los parto prematuros, son muchas las voces de renombre que recomiendan la realización de una cervicometría en la ecografía de la 20 semana de gestación para detectar esta patología e iniciar así el tratamiento. Debido a la evidencia existente, nosotros hemos decidido unirlo a nuestro protocolo y desde el mes de Mayo añadimos una exploración ecográfica transvaginal en la ecografía morfológica a todas nuestras gestantes de forma que aquéllas que presenten una longitud cervical menor o igual a 20mm. son seleccionadas para colocarles el pesario. Hasta el momento hemos colocado 7 pesarios, 1 paciente se ha perdido, 1 no lo ha tolerado (coriamnionitis subclínica) , 2 están todavía gestantes y el resto han conseguido prolongar sus gestaciones hasta a término.

Desde que se inició el funcionamiento de la unidad se ha estado realizando la valoración ecográfica de las arterias uterinas en la ecografía morfológica como marcador de riesgo de preeclampsia o retraso de crecimiento intrauterino si las resistencias se encuentra elevadas, separando a las pacientes para un control más estricto mensual. Muchos son lo autores que defienden que esta practica rutinaria en toda la población no es eficiente dado que no existe un tratamiento que pueda prevenir el desarrollo final de la enfermedad. En los últimos años, estudios multicéntricos demuestra que el empleo de AAS a dosis de 100mg. cada 24 horas puede disminuir el riesgo de desarrollar una preeclapmsia o un RCIU en pacientes de riesgo siempre y cuando se administre antes de la 16 semanas de gestación, por ello se preconiza la medición de la resistencia de estas arterias durante la ecografía del primer trimestre. Estamos elaborando un nuevo protocolo de Preeclampsia y RCIU , a la espera de que se publique una calculadora on-line por parte del Hospital Clinic de Barcelona que va a permitir , introduciendo una serio de parámetros como son la tensión arterial, la IPM arterias uterinas y la PAPP-A junto con los antecedentes, la asignación de un riesgo individual con el fin de seleccionar a aquéllas pacientes que se beneficiarían del empleo del AAS.

A destacar, en cuanto a las técnicas de diagnóstico prenatal, el aumento del porcentaje de biopsias que se realiza en nuestro centro , dado que gracias a la curva de aprendizaje realizada por las facultativas se ha conseguido que no sea necesario derivar a las pacientes a la FJD con el consecuente beneficio para las mismas, evitándo traslados a otros centros. Se realizan en la Unidad todas las biopsias que sean accesibles por vía vaginal (la mayoría), necesitando sólo remitir a los compañeros aquéllas que se deban realizar por vía abdominal.

Como proyecto importante iniciado este año, destaca la inclusión de nuestro centro en el estudio PESAPRO: ensayo clínico multicéntrico aleatorizado dirigido por el Hospitla Puerta de Hierro cuyo principal objetivo es comparar en términos de eficacia dos estrategias terapéuticas, Progesterona Vaginal frente colocación de Pesario Cervical en gestantes con cuello corto, en términos de proporción de partos prematuros espontáneos antes de la 34 semanas de gestación.

Por último , reseñar como proyeto de año nuevo, la reestructuración de la unidad, gracias a la adjudicación de un ecógrafo nuevo de alta resolución, con el objetivo de unificar la consulta y ecografía de primer trimestre para empezar a aplicar la pirámide invertida de Nicholaides e iniciar de manera precoz la mayoría de los screening descritos en la gestación: aneuploidías, preeclapmsia, amenaza de parto prematuro y retraso de crecimiento intrauterino fundamentalmente, y optimizar la selección de gestantes que se consideran de alto riesgo y deben ser controladas de forma hospitalaria.

ACTIVIDAD DOCENTE

1/. COLABORACIÓN CON LA UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA

ASIGNATURA	TUTOR	HORAS
<i>Profesor/Tutor en la asignatura de "Habilidades y competencias Interpersonales" de 1º de medicina.</i> UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA	<i>Dra. Consuelo Fernández Dongil Dra. Montserrat González Rodríguez Dra. Olga de Felipe Jiménez Dra. Esther Pérez Carbajo</i>	9,0 h
	<i>Dr. Juan Miguel Rodríguez Cándia Dra. María Bordés Dra. Susana Sutil Bayo Dra. M^a Jesús Pérez Molina Dra. Silvia Fraga Campo</i>	9,0 h
	<i>Dr. José Sevilla Ros Dra. María Laguna Herrera Dra. Virginia Martín Oliva Dra. Yurena Día Bidart</i>	9,0h

2/. JORNADAS CIENTÍFICAS RELACIONADAS CON LA ESPECIALIDAD

Organización y realización por parte de todo el servicio de Ginecología, junto con los servicios de Cirugía general, Urología y Rehabilitación de la

" I Jornada de cirugía del SUELO PÉLVICO "

que contó con ponentes expertos en la materia y cirugía en directo, teniendo al Dr. Niesel como invitado. realizado el 7 de Mayo de 2013 en el salón de actos del Hospital Universitario Infanta Elena.

Organización y realización por parte de todo el servicio de ginecología y obstetricia de la

" II Jornada de Ginecología y Obstetricia para atención primaria "

realizado el 15 de Noviembre de 2013 en el salón de actos del Hospital Universitario Infanta Elena. Con la asistencia de médicos de atención primaria, matronas y diplomados en enfermería de los distintos centros de salud del área, así como de otras áreas de la comunidad de Madrid y otras comunidades autónomas vecinas.

1. CURSOS CON ATENCIÓN PRIMARIA

LUGAR	TEMA
<p>Centro de Salud del Restón (Valdemoro)</p> <p>Responsables: Dra. Susana Sutil Bayo, Dra. Silvia Fraga Campo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Protocolos de derivación al Hospital</i> 2. <i>Consultas monográficas.</i>
<p>Centro de Salud de San Martín de la Vega</p> <p>Responsables: Dra. Consuelo Fernández Dongil, Dra M^a Jesús Pérez Molina, Dra. Olga De Felipe Jiménez</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Protocolos de derivación al Hospital</i> 2. <i>Consultas monográficas.</i>
<p>Centro de Salud calle Parla (Valdemoro)</p> <p>Responsables: Dra. María Laguna Herrera, Dr. Jose Sevilla Ros</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Protocolos de derivación al Hospital</i> 2. <i>Consultas monográficas.</i>
<p>Ambulatorio de Ciempozuelos</p> <p>Responsables: Dra. María Bordes Infantes, Dra. Yurena Díaz Bidart</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Protocolos de derivación al Hospital</i> 2. <i>Consultas monográficas.</i>

2. SESIONES HOSPITALARIAS INTERDISCIPLINARES

TEMA	PONENTE/AUTOR
<p>“Prevención y tratamiento de las lesiones causadas por el virus del papiloma en el tracto genital inferior”. Abordaje multidisciplinar del Paciente Hospitalario. 8 de abril de 2013</p>	Dra. Silvia Fraga Campo.
<p>“Indicadores de Calidad Asistencial año 2012 basados en la Estrategia de Atención al Parto Normal”. 7ª Jornada de Calidad de Capiro Sanidad y Capioser.</p>	Diana Vales Fernández.

Asistencia y participación por parte de todo el equipo médico de ginecología y obstetricia a todas las sesiones hospitalarias interdisciplinarias celebradas en nuestro hospital durante el año 2012.

PONENCIAS

TEMA	PONENTE/AUTOR
La unidad de Suelo Pélvico . Iª Reunión de Patología del Suelo Pélvico. 7 de mayo de 2013.	Dra. María Laguna Herrera, Dra. Virginia Martín Oliva.
Prevención primaria: Vacunas HPV. Tratamiento de las lesiones precursoras del cáncer de cérvix. IIª Jornada de Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria. 15 de noviembre de 2013.	Dra. Silvia Fraga Campo
Cáncer de mama heredofamiliar. IIª Jornada de Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria	Dra. Susana Sutil bayo, Dra. Mª Jesús Pérez Molina, Dra. María Bordés Infantes.
Anticoncepción solo géstatenos. IIª Jornada de Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria.	Dra. Consuelo Fernández Dongil.
Síndrome de ovario poliquístico. IIª Jornada de Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria.	Dra. Virginia Martín Oliva.
Actitud Diagnóstico-terapéutica en los miomas uterinos. IIª Jornada de Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria	Dr. José Sevilla Ros.
Valoración y recomendaciones en patología del suelo pélvico. IIª Jornada de Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria.	Dra. María laguna Herrera.
Situación Actual del Scrennig prenatal: Pirámide invertida de Nikolaides. IIª Jornada de Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria.	Dra. Olga De Felipe Jiménez, Dr. Eloy Álvarez.
Ponente en la mesa de Neonatología de la II Jornada de Actuación Pediátrica del Hospital Infanta Elena de Valdemoro. 23 mayo 2013.	Dra. Montserrat González Rodríguez.
Taller de parto normal y tocurgia en modelo anatómico. V curso de fundamentos en obstetricia y ginecología para residentes de I año. Organizado por la S.E.G.O. Teruel. MARZO 2013	Dra. Esther Pérez Carbajo.
Moderador en la Mesa redonda de Obstetricia del Curso Prevención de la Yatrogenia en la Obstetricia y Ginecología. Hospital Rey Juan Carlos. 15 de febrero de 2013	Dr. Juan Miguel Rodríguez Candia.

...//....	
Alteraciones en la sexualidad en las pacientes oncológicas. Taller de sexualidad organizado por el Ayuntamiento de Valdemoro. 2 de octubre de 2013.	Dr. Juan Miguel Rodríguez Candia.
“Episiotomía, bartholinitis y legrado”. V curso de fundamentos en obstetricia y ginecología para residentes de I año. Organizado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. S.E.G.O. Teruel.	Dra. Esther Pérez Carbajo
Exploración ginecológica y mamaria. Curso de Ginecología en Atención Primaria y ambulatoria. Organizado por el Colegio de Médicos de Madrid	Dra. Esther Pérez Carbajo
Amenaza de Parto Prematuro. Impartida por la 1 de febrero 2013	Dra. Montserrat González Rodríguez.
Células Madre. 6 de febrero de 2013.	Jefe de Servicio de Hematología. Dr. Madero. Hospital Niño Jesús
Necesidades de hierro en la mujer. 13 de febrero de 2013.	Dra. María Laguna Herrera.
Complejos polivitamínicos y gestación.. 27 de febrero de 2013.	Dra. Esther Pérez Carbajo
Inserción de implante anticonceptivo. 8 de marzo de 2013.	Dra. Consuelo Fernández Dongil.
Presentación anticonceptivo Aylin. 17 de abril de 2014.	Dra. Virginia Martín Oliva.
Programa de retransmisión de cirugía en directo. Videoconferencia: Cirugía en directo. endometriosis profunda, un reto para el ginecólogo. 4 de marzo de 2013.	Impartida por el coordinador del programa Francisco Carmona del Clinic de Barcelona.
Prevención ITUs y ITGs. Inmunoterapia Bacteriana. 5 de junio de 2013.	Dr. Javier Alcover.
Papiloma virus humano: Un enemigo silencioso. Jornada organizada por el Ayuntamiento de Valdemoro. 2 de diciembre de 2013.	Dr. Juan Miguel Rodríguez Candia
Taller de inserción del nuevo DIU Mirena. 23 de octubre de 2013.	Dra. Consuelo Fernández Dongil

.../....	
Tosferina una enfermedad emergente. Nuevas estrategias de vacunación. 30 de octubre de 2013.	Dra.Silvia Cobaleda Ávila. Asesor médico de vacunas del departamento de GSK.
Diagnóstico molecular de cáncer de endometrio, GynEC-DX. 06 de noviembre de 2013.	Dra. Elisabet Rossell del Grupo Geadic (AIE Oryzon Genomics y Grupo Reig Jofré).
Test de cribado prenatal no invasivo en sangre materna, TrisoNIM. 27 de noviembre de 2013.	Grupo Secuvita

MEMORIA CIENTIFICA DEL SERVICIO

1. POSTERS / COMUNICACIONES

TEMA	AUTOR
Comunicación póster “Abscense of ductus venous associated with intrahepatic umbilical venous drainage without liver bypass” 12th World Congress in Fetal Medicine. Marbella 23-27 June 2013	De Felipe, O, Díaz Y, Pérez E, González M, Rodríguez JM.
Comunicación póster “Isolated and atypical fetal intra-abdominal umbilical vein varix”. 12th World Congress in Fetal Medicine. Marbella 23-27 June 2013. ”.	Bydart Y, de Felipe O, González M, Pérez E, Rodríguez JM.

2. PUBLICACIONES INDEXADAS

TEMA	AUTOR
“Marcadores bioquímicos de cromosomopatía (PAPP-A y B-HCG) como predictores de alteraciones de crecimiento fetal. Prog Obstet Ginecol 2013; 56 (7). 351-356.	Pérez Carbajo E, Pérez Medina T, Martínez Payo C, Iglesias Goy E, González Rodríguez M, Rodríguez Candia JM.

3. PUBLICACIONES CAPÍTULOS LIBROS

TEMA	AUTOR
<i>Cambios fisiológicos en el Embarazo.</i> <i>Capítulo 1 del libro Cirugía General y Embarazo.</i>	<i>Montserrat González Rodríguez, Olga De Felipe Jiménez, Yurena Díaz Bidart, Juan Miguel Rodríguez Candia.</i>
<i>Enfermedades hepáticas específicas del embarazo.</i> <i>Capítulo 5 del libro Cirugía General y Embarazo.</i>	<i>Camilo Castellón Pavón, Sonia Morales artero, Juan Miguel Rodríguez Candia.</i>
<i>Cáncer de mama y embarazo.</i> <i>Capítulo 15 del libro Cirugía General y Embarazo.</i>	<i>María Bordes Infantes, Susana Sutil Bayo, M^a Jesús Pérez Molina, Juan Miguel Rodríguez Candia.</i>
<i>Trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.</i> <i>Capítulo 17 del libro Cirugía General y Embarazo.</i>	<i>Camilo Castellón Pavón, Jorge del Toro Cervera, Sonia Morales Artero, Juan Miguel Rodríguez Candia, Santos Jiménez de los Galanes-Marchán, Pedro Pacheco Martínez, Marta de Mingo Martín.</i>

ENSAYOS CLÍNICOS

Colaboración con el ensayo metacéntrico PESAPRO: Prevención del parto pretérmino en mujeres identificadas por ecografía: evaluación de dos estrategias.

OTROS

Solicitud al ministerio de sanidad y de educación de acreditación para formación especializada post-grado para médicos y diplomados en enfermería, en la especialidad e ginecología y obstetricia, que actualmente está pendiente de resolución.

SESIONES CON OTROS SERVICIOS DEL HOSPITAL

PEDIATRÍA:

Se han realizado sesiones con una cadencia mensual en la que exponen los casos clínicos con patología materno-fetal más relevante surgidos en nuestro servicio con intención de obtener los mejores resultados tanto para la madre y como par el feto.

DERMATOLOGÍA:

Hemos actualizado y unificado protocolos de tratamiento de lesiones vulvares (como liquen escleroatrófico, hiperplasias, condiloma, etc..) de modo que existe una mejor coordinación y cooperación entre ambos servicios.

ANATOMÍA PATOLÓGICA:

Hemos tenido varias reuniones a lo largo de 2013 para:

- Realizar plantillas de resultados de citología*
- Comentar casos clínicos*
- Hemos realizado un control de calidad confirmando los resultados de las biopsias de las pacientes a las que se les indicaba una conización y revisando los conos en blanco*
- Seguimos intentando implementar la realización de VPH aprovechando la disponibilidad de citología en medio líquido en determinados casos de resultados citológicos anómalos (como ASCUS o LSIL en mayores de 50 años). Esto no solo depende de nosotros sino que implica a otros servicios como Microbiología con el que también mantuvimos una reunión y estamos pendientes de ponernos de acuerdo en cuál sería el mejor test VPH a utilizar*

COMISIONES HOSPITALARIAS

La gran mayoría del servicio forma parte de las comisiones del propio hospital tomando una participación relevante encada una de ellas., acudiendo y tomando una participación activa en cada una de las reuniones periódicas que se realizan en cada comisión.

<i>Comité de Infecciones y profilaxis antibiótica (CIPA)</i>	<i>Dr. Jose Sevilla Ros</i>
<i>Comité de Banco de sangre</i>	<i>Dr. Jose Sevilla Ros</i>
<i>Comité de Mortalidad</i>	<i>Dra Consuelo Fernández Dongil</i>
<i>Comité de Oncología-Mama</i>	<i>Dra María Bordés Infantes, Dra M^a Jesús Pérez Molina, Susana Dra Susana Sutil Bayo</i>

Comité de Seguridad

Dra María Laguna Herrera

Comité de Farmacia

Dra Susana Sutila Bayo

Comité de Formación

Dra. Olga De Felipe Jiménez

Comité de dolor crónico

Dra Virginia Martín Oliva

PROYECTOS FUTUROS

- *Coordinación con el Servicio de Cirugía General para realización de protocolo de derivación de pacientes con sospecha de lesión por VPH anal/perianal*
- *Formación de unidad multidisciplinaria VPH (servicio dermatología, cirugía general, medicina interna-VIH).*