



MEMORIA 2014

***SERVICIO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA***

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

MEMORIA

SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA VALDEMORO

AÑO 2014

Responsable del servicio: Dr. Juan Miguel Rodríguez Candia

1. INTRODUCCIÓN

El servicio de ginecología y Obstetricia compuesto por un equipo médico de QUINCE profesionales jóvenes pero con una trayectoria amplia tanto en la sanidad pública como la privada, aportando una experiencia suficiente como para afrontar con éxito y buenos resultados la gran mayoría de los procedimientos que surgen en nuestra especialidad, destacando además la buena relación personal y profesional que existe con todo el personal sanitario del servicio (matronas, auxiliares, celadores,...) así como con el resto del personal del hospital, que nos permite la realización de nuestra actividad diaria de una forma mas fluida y productiva.

Un servicio que integra la mayoría de las unidades de la especialidad, las cuales siempre se encuentran coordinados por médicos especialistas con experiencia para ofrecer un seguimiento de la unidad de forma eficaz, así como para completar y perfeccionar la formación del resto de compañeros sanitarios del servicio de una forma rotatoria y coordinada, con el objetivo de conseguir un enriquecimiento para el propio servicio y hospital, pero ofreciendo siempre la mejor calidad asistencial al paciente. Un equipo que intenta estar actualizado de las nuevas innovaciones y protocolos a través de la formación continuada de todo el personal, así como seguir con los principios de calidad del hospital materializando los proyectos existentes.

El servicio en el área obstétrica, presenta un programa de asistencia del parto de baja intervención, así como introducción de protocolos para la asistencia al parto en presentación podálica, la re introducción de técnicas que habían quedado en desuso como la versión externa o dilatación mecánica del cuello en las inducciones, consiguiendo altos porcentajes de éxito, bajas complicaciones y alta satisfacción por parte de los pacientes. A su vez se ha introducido nuevos protocolos de la prevención primaria de la amenaza de parto prematuro mediante la medición de longitud cervical en la ecografía del 1º y 2º trimestre, introducción del pesario cervical y tratamiento con progesterona. Introducción de protocolos para la prevención primaria de la preeclampsia con medición doppler de arterias uterinas en 1º y 2º trimestre. Asentamiento en la cartera de servicios de la biopsia corial en el primer trimestre como procedimiento, con escasas complicaciones. Actualización de los nuevos protocolos obstétricos, destacando la inducción del parto con nuevos tratamientos médicos y dilataciones cervicales mecánicas con balón.

En el área ginecológica se está trabajando continuamente con la intención de mejorar la calidad asistencial ofreciendo las técnicas diagnósticas y terapéuticas más innovadoras del momento . En la unidad de suelo pélvico se esta trabajando para la introducción de nuevas técnicas quirúrgicas de la especialidad (nuevas mallas,...), para ello se ha hecho un programa de rotación externa para los especialistas de la unidad con otros hospitales universitarios tanto nacionales como internacionales,. En la unidad de histeroscopia se trabaja para realización de rotaciones a nivel interno de todos los especialistas para un perfeccionamiento de la técnica por parte del todo el servicio, y en un futuro próximo intentar promover rotaciones externas de especialistas de otros centros hospitalarios que les pudiera interesar. En la unidad de patología cervical se ha protocolizado las conizaciones cervicales con anestesia local en sala de procedimientos, ofreciendo también la posibilidad de sedación si fuera deseo de la paciente. Mencionar también que desde el último cuatrimestre del 2014 se ha iniciado la consulta de esterilidad y reproducción humana en íntima colaboración con la Fundación Jiménez Díaz.

En la unidad de onco-mama se ha establecido el programa C15 (consiste en que ante la sospecha de un proceso neoplásico se activan todas las alarmas para que en un plazo máximo de 15 días estén realizadas todas las pruebas complementarias necesarias para un correcto diagnóstico y definitivo, para iniciar su posterior tratamiento de forma inmediata). A su vez se ha establecido un programa de alertas vía correo electrónico interno ante cualquier resultado de biopsia de malignidad o que requiera tratamiento inmediato. También se ha introducido un programa de entrega de resultados de biopsias sospechosas de malignidad en un plazo máxima de 48-72 horas. Todos estos programas nos han aportado una alta efectividad y alta satisfacción por parte del paciente.

A nivel de consultas externas se ha introducido el programa 30-15, que consiste en la existencia máxima de 30 días de tiempo de espera para la primera consulta, y 15 minutos máximo de espera el día de la consulta., obteniendo unos porcentajes muy elevados de cumplimiento.

Mencionar también que hemos iniciado la colaboración con la Universidad Francisco de Vitoria para la formación de alumnos de medicina y cirugía, cuya colaboración va siendo más intensa año tras año conforme se va incrementando los cursos de grado de medicina en la Universidad al ser de reciente instauración. También se ha iniciado un programa de estimulación de la investigación animando a todos los integrantes del equipo a incrementar la calidad y número de publicaciones de artículos en revistas, libros..., así como comunicaciones, ponencias en congresos, cursos, etc.

Destacar así mismo, que el servicio de ginecología ha sido galardonado como finalista al mejor servicio de ginecología del 2011 y 2013 en los VII y IX premios Best in Class, además de ser galardonado como el mejor servicio del Hospital Universitario Infanta Elena del 2012.

2. CUADRO MÉDICO

<i>Jefe de servicio :</i>	<i>Dr. Juan Miguel Rodríguez Candia</i>
<i>Jefe de Sección de Obstetricia:</i>	<i>Dra. Montserrat González Rodríguez</i>
<i>Jefe de Sección de Ginecología:</i>	<i>Dr. José Antonio Sevilla Ros</i>
<i>Adjuntos:</i>	<i>Dr. Eloy Álvarez Méndez Dra. María Bordés Infantes Dra. Olga de Felipe Jiménez Dra. Yurena Díaz Bidart Dra. Consuelo Fernández Dongil Dra. Silvia. Fraga Campo Dra. María Laguna Herrera Dra. Virginia Martín Oliva Dra. Esther Pérez Carbajo Dra. María Jesús Pérez Molina Dr. Alex Pujol Sánchez Dra. Susana Sutil Bayo Dr. Raúl Villasevil Villasevil</i>
<i>Adjuntos apoyo guardias:</i>	<i>Dr. Manuel Duárez Coronado Dra. Lidia Pilar Suárez Dra. M^a Isabel Calventus Periago</i>

3. CUADRO ENFERMERÍA

1. Matronas

Coordinadora de Matronas:

Ana Garrote Robles
Ana Tejada Esteban
Arantzazu Bueno Peral
Diego Velasco Vázquez
Eva Pérez Martínez
Griselda Delgado Mora
Isabel Tostado Acero
Mar Escarpa Araque
María Dolores Martínez Sierra
Miguel García Gutiérrez
Santiago Mozos Martínez
Ana Sosa Gazquez

Diana Vales Fernández

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

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
Laura García Olías
María Gómez Mota

4. EQUIPAMIENTO:

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 de ginecología y obstetricia.

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 individuales de hospitalización. En la planta quirúrgica hay habitaciones para los ingresos con patología ginecológica, así como para las pacientes quirúrgicas, en un número que 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 jueves un quirófano de procedimientos donde se realiza mayormente la histeroscopia así como otros procedimientos que no precisan anestesia o con anestesia local.

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, lunes, martes, jueves y viernes.
- Una consulta a la semana dedicada al embarazo de alto riesgo, los miércoles.
- Seis días a la semana se realizan ecografías obstétricas de alta definición y pruebas invasivas como la amniocentesis y biopsia corial, de lunes a viernes en turno de mañana y además miércoles en turno de tarde.

Área ginecológica

- Ginecología general 3 consultas de turno de mañana la semana de mañana y 5 de turno de tarde.
- Una consulta de histeroscopia los lunes en turno de tarde.
- Tres consultas de patología cervical semanales en turno de mañana (martes, jueves y viernes).
- Tres consultas de esterilidad/endocrinología en turno de mañana (lunes, miércoles y viernes).
- Una consulta de ecografía ginecológica de alta resolución los jueves de mañana, que posteriormente se ha trasladado a los martes en turno de tarde.
- Una consulta de suelo pélvico los martes en turno de mañana.
- Tres consultas de oncología-mama los lunes, miércoles y jueves en turno de mañana.
- Dos consultas de planificación familiar lunes y miércoles en turno de mañana.
- Una consulta de cirugía ginecológica los viernes en turno de mañana.
- Una consulta de ginecología funcional en turno de mañana (martes)

Bloque obstétrico

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

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

	SALA 1 AM	SALA 2 AM	SALA 3 AM	SALA 4 AM	SALA 5 AM	BLOQUE AM	SALA 1 PM	SALA 2 PM	SALA 3 PM	SALA4 PM	SALA 5 PM	BLOQUE PM
L	Onco Mama	Gine general	Ecografía Doppler	Esterilidad/ endocrino	Obstetricia	Planificación familiar		HSC		Gine general	Obstetricia	
M	UPC	Gine Funcional	Ecografía Doppler	Suelo Pélvico	Obstetricia	FPF Matrona			Ecografía Doppler gine	Gine general	Obstetricia	Planificación familiar
X	Onco Mama	Gine general	Ecografía Doppler	Esterilidad/ endocrino	Medicina Fetal	Planificación familiar			Ecografía Doppler obst	Gine general	Medicina Fetal	
J	UPC	Gine general	Ecografía Doppler	Oncología Mama	Obstetricia	FPF Matrona		Gine general		Gine general	Obstetricia	
V	UPC	Cirugía	Ecografía Doppler	Esterilidad/ endocrino	Obstetricia	FPF Matrona					Obstetricia	

5. ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTAS

	2013	2014	VARIACIÓN INTERANUAL
CONSULTA NORMAL	23.809	26.305	+ 10,48%
CONSULTA PREFERENTE	3.584	2.823	- 21,23%
CONSULTA URGENTE	2.534	3.930	+55,09%
NO PRESENTADOS	3.746	3.620	-3,36%
TOTAL	29.927	33.058	+10,46%

6. ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN URGENCIAS

En el último año se atendieron un total de 7.851 pacientes, un **8,84%** del total de las urgencias del Hospital Universitario Infanta Elena.

Respecto al año previa ha habido un aumento del número de urgencias de 197 pacientes, siendo un ascenso del **2.7%**, y con una media de **21,51** pacientes que acuden diariamente a la urgencia de ginecología y obstetricia.

	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	TOTAL
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
2014	687	556	670	588	643	633	683	716	658	693	630	694	7.851

7. RELACIÓN CON LOS AMBULATORIOS DEL ÁREA.

En el área correspondiente al Hospital Universitario 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 los distintos centros de salud es fluida y se programan reuniones conjuntas y de forma periódica, desplazándonos a los centros de salud periódicamente, en la actualidad se han elaborado varios protocolos de criterios de derivación a nuestras consultas para atención primaria.

8. CRITERIOS DE DERIVACIÓN

8.1 A LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE MEDICINA FETAL

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

<p>Factores de riesgo sociodemográficos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Edad materna < 15 años• Alcoholismo• Drogadicción	<p>Antecedentes reproductivos:</p> <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• Antecedente de nacido con defecto congénito• Miomectomía previa con entrada a cavidad o múltiple. Cesárea previa hace menos de 6 meses• Malformación uterina• Incompetencia cervical.
<p>Antecedentes médicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• HTA• Enfermedad cardiaca• Enfermedad renal• DM• Hipertiroidismo• Enfermedad respiratoria aguda• Enfermedad hematológica• Epilepsia y otras enfermedades neurológicas• Enfermedad psiquiátrica• Enfermedad hepática con insuficiencia• Enfermedad autoinmune con afectación sistémica• Tromboembolismo previo	<p>Factores de riesgo del embarazo actual:</p> <ul style="list-style-type: none">• HTA inducida por el embarazo• Anemia grave (HGB < 8)• Diabetes gestacional• Infección urinaria de repetición• Infección de transmisión perinatal• Isoinmunización Rh• Embarazo múltiple• Polihidramnios/Oligohidramnios• Hemorragia genital• Placenta previa asintomática (diagnóstico ecográfico >32 SG)• CIR• Defecto fetal congénito• Estática fetal anómala >36SG• Amenaza de parto prematuro• Rotura prematura de membranas• Tumoración uterina

8.2 A LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE PATOLOGÍA CERVICAL GINECOLOGICA

El Screening de cáncer de cuello se realiza en el 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

	RESULTADOS	RECOMENDACIÓN
	Satisfactoria	Ir a diagnósticos descriptivos
	<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>Adecuación de la muestra</i>	<i>No hay zona de transformación (menos de 10 células endocervicales o metaplasia escamosa)</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 cándidas</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>Diagnósticos descriptivos</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>

<i>Anomalías en células epiteliales. Células escamosas</i>		
	<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>	
<i>Anomalías en células glandulares</i>		
	<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>Inclasificable (células endometriales, endocervicales o células glandulares no especificadas de otra manera (NOS)</i>	<i>Derivación inmediata</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>

Resumen criterios de derivación de la unidad de patología de cervix

- *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).*

8.3. A LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR GINECOLOGICA

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

Mala tolerancia a anticonceptivos hormonales.

Utilización de anticoncepción hormonal con patología previa.

Dudas en indicación y problemas durante el manejo de anticoncepción.

Criterios de Elegibilidad 3 y 4 de la OMS.

Deseo de inserción de DIU de Cu.

Aportar citología reciente de menos de dos años.

Acudir en los primeros 5 días de iniciada la regla los días lunes y miércoles de 8:00 a 8:25h o martes de 14:30 a 15:15h sin cita, a la consulta de Anticoncepción.

Deseo de retirada de DIU

Acudir en los primeros 5 días de iniciada la regla los días lunes y miércoles 8:00 a 8:25h o martes de 14:30 a 15:15h , 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 propio Hospital.

Deseo de anticoncepción definitiva

Se remitirá a la consulta de Planificación familiar con citología reciente negativa.

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

9.1. UNIDAD DE PARITORIO.

Responsable: Dra. Montserrat González Rodríguez. Jefa de sección de Obstetricia.

- Área de consultas: se realizaron un total de 1.671 registros cardio-tocográficos fetales, con un incremento respecto el año 2013 de un 5,62%.
- Área de paritorio:

TOTAL PARTOS AÑO 2014	1.339 (-1,98% respecto 2013)
------------------------------	-------------------------------------

A/. TIPO DE PARTO

PROCEDIMIENTOS	2013		2014	
PARTO EUTÓCICO	971	71,08%	930	69,45%
PARTO INSTRUMENTAL	170	12,45%	149	11,13%
PARTO POR CESÁREA	225	16,47%	260	19,42%
<u>TOTAL</u>	<u>1.366</u>		<u>1.339</u>	

B/. TIPO PARTO INSTRUMENTAL

PROCEDIMIENTOS	2013		2014	
VENTOSA	119	70,00%	101	67,79%
FORCEPS	34	20,00%	32	21,48%
ESPATULAS DE THIERRY	17	10,00%	16	10,74%
<u>TOTAL</u>	<u>170</u>		<u>149</u>	

C/. PARTO EN PRESENTACIÓN PODÁLICA

	2013		2014	
VÍA VAGINAL	5	12,20%	4	9,75%
CESÁREA	36	87,80%	37	90,25%
<u>TOTAL</u>	<u>41</u>		<u>41</u>	

D/. PARTO MULTIPLE/ GEMELAR

	2013		2014	
<i>VÍA VAGINAL</i>	9	50,00%	12	54,55%
<i>CESÁREA</i>	9	50,00%	10	45,45%
<i>TOTAL</i>	<i>18</i>		<i>22</i>	

E/. INDICE EPISIOTOMÍAS

	2013		2014	
<i>INDICE DE EPISIOTOMÍA</i>	<i>179</i>	<i>15,69%</i>	<i>174</i>	<i>16,13%</i>

F/. INDICE DE PH CORDÓN MENOR 7,10

	2013		2014	
<i>PH CORDÓN < 7,10</i>	<i>12</i>	<i>0,88%</i>	<i>6</i>	<i>0,45%</i>

G/. INDICACIONES DE CESAREAS

<i>INDICACIONES CESAREAS</i>	2013 225 CESAREAS		2014 260 CESAREAS	
<i>SOPSECHA PERDIDA BIENESTAR FETAL</i>	53	23,55%	44	16,92%
<i>PLACENTA PREVIA/VASA PREVIA</i>	6	2,66%	13	5,00%
<i>DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA (DPPNI)</i>	6	2,66%	3	1,15%
<i>CESAREA ANTERIOR/MIOMECTOMIA</i>	45	20,00%	48	18,46%
<i>PROLAPSO DE CORDÓN</i>	1	0,44%	1	0,38%
<i>PATOLOGIA MATERNA</i>	3	1,33%	4	1,53%
<i>MALPOSICION FETAL (cara, frente,...)</i>	1	0,44%	1	0,38%
<i>SITUACION TRANSVERSA</i>	2	0,89%	1	0,38%
<i>PRESENTACION NALGAS</i>	36	16,00%	37	14,23%
<i>FRACASO DE INDUCCION/ NO PROGRESION</i>	38	16,88%	64	24,61%
<i>DESPROPORCION PELCICO-CEFALICA</i>	29	12,89%	44	16,92%

G/. VERSIONES EXTERNAS

	CON EXITO		SIN EXITO		TOTAL	
	TOTAL	2014	TOTAL	2014	TOTAL	2014
VERSIONES EXTERNAS	29	11	15	5	44	16
TOTAL	65,91%	68,75%	34,09%	31,25%	44	

H/. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR COMPLICACIONES POST-PARTO

PROCEDIMIENTOS	2013	2014
<i>EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA</i>	7	4
<i>REPARACION DESGARRO VAGINAL</i>	2	1
<i>DRENAJE HEMATOMA VAGINA</i>	2	0
<i>LEGRADO PUERPERAL</i>	12	18
<i>HISTERECTOMIA OBSTÉTRICA</i>	1	1
<i>LIGADURA ART ILIACA INTERNA</i>	0	1
<i>DRENAJE HEMATOMA PARED ABDOMINAL</i>	0	0
<i>CORRECCION INVERSIÓN UTERINA</i>	0	0
<u>TOTAL</u>	24 (1,75%)	25 (1,86%)

9.2 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 como para disminución de la lista de espera quirúrgica en los momentos de mayor saturación.

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	2014	2013	2014	2013	2014
CONSULTA CIRUGÍA GINECOLÓGICA						
PRIMERAS CONSULTAS	216	98	14	13	10	3
REVISIONES	345	362	42	27	5	6
TOTAL	561	460	56	40	15	9
VARIACION AÑO 2014 CONSULTAS	-73 consultas			-12,54%		

B/. AREA DE QUIRÓFANO:

ACTIVIDAD TOTAL

	URGENTES		PROGRAMADOS		TOTAL	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
PROCEDIMIENTOS	177 (28,46%)	136 19,73%	445 (71,54%)	553 80,27%	622	689
VARIACIÓN AÑO 2013 PROCEDIMIENTOS	+77 (10,77%)					

	URGENTES		PROGRAMADOS		% TOTAL	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
CIRUGÍA CON INGRESO	36	116	168	260	32,80%	54,57%
CIRUGÍA SIN INGRESO	141	20	277	293	67,20%	45,43%

ACTIVIDAD POR ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA

	URGE.	URGE.	PROG.	PROG.			
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	VARIACION
					TOTAL	TOTAL	
CIRUGÍA DE MAMA	11	11	92	59	117	70	-47
CIRUGÍA HISTEROSCÓPICA	3	4	107	72	110	76	-34
CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA	19	21	110	127	129	149	+20
CIRUGÍA ABDOMINAL ABIERTA	6	5	29	37	35	42	+7
CIRUGÍA VAGINAL	11	21	89	157	111	178	+67
CIRUGÍA OBSTÉTRICA	127	74	18	63	145	137	-8
OTROS	---	1	---	2	---	3	---

CIRUGÍA OBSTETRICA

PROCEDIMIENTOS CIRUGÍA	URGENTE		PROGRAMADO		TOTAL		% Actividad QX	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
CERCLAJE CERVICAL	0	1	2	2	2	3		
LEGRADO OBSTETRICO (ABORTO)	113	53	15	61	128	111		
LEGRADO PUERPERAL	12	18	0	0	12	18		
REPARACION DESGARRO/HEMATOMA VAGINAL	2	1	0	0	2	1		
DRENAJE HEMATOMA PARED POST-CESAREA	0	0	0	0	0	0		
HISTERECTOMIA PUERPERAL	0	1	1	0	1	1		
TOTAL	<u>127</u>	<u>74</u>	<u>18</u>	<u>63</u>	<u>145</u>	<u>137</u>	<u>23,3%</u>	<u>19,88%</u>

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

	URGENTE		PROGRAMADO		TOTAL		% Actividad QX	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
PROCEDIMIENTOS LPS								
<i>CIRUGÍA ENDOMETRIOSIS</i>	1	1	9	18	10	19		
<i>CIRUGIA GESTACIÓN ECTÓPICA</i>	8	8	0	0	8	8		
<i>HISTERECTOMIA TOTAL CON /SIN DA</i>	1	0	22	21	23	21		
<i>HISTERECTOMIA SUPRACERVICAL</i>	0	0	14	10	14	14		
<i>ADHERIOLISIS PELVICA</i>	3	1	1	1	4	2		
<i>LIGADURA TUBARICA BILATERAL</i>	0	1	29	44	29	45		
<i>MIOMECTOMIA LPS</i>	0	0	1	1	1	1		
<i>OOFORRECTOMIA/ANEXECTOMIA</i>	1	1	10	8	11	9		
<i>QUISTECTOMIA DE OVARIO</i>	1	4	18	20	19	24		
<i>SALPINGUECTOMÍA</i>	1	2	5	4	6	6		
<i>EIP (ABSCESO PELVICO)</i>	3	3	1	0	4	3		
TOTAL	<u>19</u>	<u>21</u>	<u>110</u>	<u>127</u>	<u>129</u>	<u>149</u>	<u>20,74</u> %	<u>21,63</u> %

CIRUGÍA HISTEROSCÓPICA

	URGENTE		PROGRAMADO		TOTAL		% Actividad QX	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
PROCEDIMIENTO HSC								
<i>ABLACION ENDOMETRIAL</i>	0	0	2	0	2	0		
<i>HSC DIAGNÓSTICA+ BIOPSIA ENDOM.</i>	1	2	10	11	11	13		
<i>EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO (DIU)</i>	0	0	0	0	0	0		
<i>COLOCACIÓN DISPOSITIVO ESSURE</i>	0	0	0	0	0	0		
<i>POLIPECTOMÍA</i>	1	1	50	39	51	40		
<i>MIOMECTOMÍA</i>	1	1	36	18	37	19		
<i>SEPTOPLASTIA</i>	0	0	4	1	4	1		
<i>ADHERIOLISIS (ASHERMAN)</i>	0	0	0	1	0	1		
<i>RESECCION RESTOS OVULARES</i>	0	1	5	1	5	2		
TOTAL	<u>3</u>	<u>5</u>	<u>107</u>	<u>71</u>	<u>110</u>	<u>76</u>	<u>17,68%</u>	<u>11,03%</u>

CIRUGÍA DE MAMA

	URGENTE		PROGRAMADO		TOTAL		% Actividad QX	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
PROCEDIMIENTOS DE MAMA								
<i>TUMORECTOMIA MAMA CON ARPON</i>	0	----	16	----	16	----		
<i>TUMORECTOMIA MAMA CON /SIN ARPON</i>	0	0	40	29	40	29		
<i>HEMATOMA MAMA DRENAJE</i>	0	0	0	0	0	0		
<i>ABSCESO DE MAMA DRENAJE</i>	11	11	0	0	11	11		
<i>MASTECTOMIA SIMPLE</i>	0	0	3	3	3	3		
<i>LINFAADENECTOMIA AXILAR</i>	0	0	1	0	0	0		
<i>MASTECTOMIA RADICAL</i>	0	0	9	3	9	3		
<i>TUMORECTOMIA + LINFAADENECTOMIA AXILAR</i>	0	0	8	5	8	5		
<i>TUMORECTOMIA + GANGLIO CENTINELA</i>	0	0	21	13	21	13		
<i>MASTECTOMIA + G. CENTINELA</i>	0	0	4	4	4	4		
<i>GANGLIO CENTINELA</i>	0	0	1	0	1	0		
<i>AMPLIACIÓN MÁRGENES TUMORECTOMIA MAMA PREVIA</i>	0	0	3	2	3	2		
<i>BIOPSIA QUIRURGICA MAMA</i>	0	0	0	0	0	0		
TOTAL	11	11	106	59	117	70	18,81%	10,16%

CIRUGÍA ABDOMINAL ABIERTA

	URGENTE		PROGRAMADO		TOTAL		% Actividad QX	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
PROCEDIMIENTOS CIRUGÍA ABDOMINAL								
<i>SALPINGUECTOMIA EXTRAUTERINO</i>	1	2	0	0	1	2		
<i>LAPAROTOMIA EXPLORADORA</i>	1	2	3	2	4	4		
<i>HISTERECTOMIA SUPRACERVICAL</i>	0	0	5	8	6	8		
<i>HISTERECTOMIA TOTAL CON/SIN DA</i>	2	0	10	15	12	15		
<i>ANEXECTOMIA/SALPINGUECTOMIA</i>	0	0	5	1	5	1		
<i>HEMOPERITONEO POST-QX</i>	2	1	0	0	2	1		
<i>MIOMECTOMIA</i>	0	0	9	9	9	9		
<i>HISTERECTOMIA RADICAL</i>	0	0	2	2	2	2		
<i>ENDOMETRIOSIS</i>	0	0	1	0	1	0		
<i>LIGADURA PUPERPERAL</i>	0	0	0	0	0	0		
TOTAL	6	5	35	37	41	42	6,59%	6,09%

CIRUGÍA VAGINAL

	URGENTE		PROGRAMADO		TOTAL		% OX	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
PROCEDIMIENTOS CIRUGÍA VAGINAL								
DRENAJE Y/O MARSUPIALIZACION ABSCESO BARTHOLINO	10	16	1	5	11	21		
DRENAJE ABSCESOS VULVARES	1	3	0	0	1	3		
DRENAJE HEMATOMA VULVAR/VAGINAL	0	1	0	0	0	1		
CLEISIS VAGINAL LEFORT	0	0	0	0	0	0		
CONIZACION CERVICAL	0	1	61	84	61	85		
DILATACION CERVICAL	0	0	1	2	0	2		
HISTERECTOMIA VAGINAL	0	0	12	18	12	18		
QUISTECTOMIA BARTHOLINO	0	0	2	6	2	6		
CIRUGIA IUE/ MALLA SUBURETRAL	0	0	6	13	6	13		
CORRECCIÓN CISTO/RECTOCELE	0	0	5	8	5	8		
NINFOPLASTIAS	0	0	0	3	0	3		
TUMORECTOMIA DE VULVA/VAGINA	0	0	8	8	8	8		
POLIPECTOMIA CERVICAL	0	0	1	5	1	5		
EXPLORACIÓN BAJO ANESTESIA	0	0	1	2	1	2		
HIMENOPLASTIA	0	0	0	0	0	0		
MANCHESTER	0	0	1	0	0	0		
INSERCIÓN DIU	0	0	1	0	0	0		
LINFAADENECTOMIA INGUINAL BILATERAL	0	0	0	2	0	2		
VULVECTOMIA SIMPLE	0	0	0	1	0	1		
TOTAL	<u>11</u>	<u>21</u>	<u>100</u>	<u>157</u>	<u>111</u>	<u>178</u>	<u>17,85</u> %	<u>25,83</u> %

OTROS

	URGENTE		PROGRAMADO		TOTAL	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
OTROS PROCEDIMIENTOS						
CISTORRAFIA	1	0	0	0	1	0
URETERONEOCISTOTOMIA	1	1	0	0	1	1
RESECCION INTESTINAL	0	0	0	0	0	0
OMENECTOMIA/APENDICECTOMIA	0	0	2	2	2	2

COMPLICACIONES

	2014	2013	2014	2013
<i>Total complicaciones ginecológicas</i>	7	8	1,02%	1,29%

A./ COMPLICACIONES GINECOLÓGICAS QUE PRECISARON TTO. QUIRÚRGICO (4).

<i>Revisión quirúrgica de hemorragia post-conización con anestesia general.</i>
<i>Hemoperitoneo post-quirúrgico, que preciso laparotomía exploradora, con ingreso.</i>
<i>Lesión vesical que precisó cistorrafia + reinplante ureteral</i>
<i>Hemorragia vaginal post HT vaginal que preció revisión con A. general</i>

B./ COMPLICACIONES QUE PRECISARON TRATAMIENTO MEDICO CON INGRESO (3)

<i>Absceso de cúpula vaginal secundario a hematoma cúpula que precisó ingreso hospitalario para tto médico con antibioterapia. (2 casos)</i>
<i>Dolor abdominal inespecífico que precisó ingreso y tto sintomático.</i>

C./ COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS (2)

<i>1 Hematoma/desgarro vaginal vaginal que precisó drenaje y sutura con A. general</i>
<i>1 Desgarro de IV grado que precisó sutura.</i>

9.3 UNIDAD DE HISTEROSCOPIA

Coordinador de la Unidad de Histeroscopia: Dr . José Sevilla Ros
Adjuntos: Dra. María Laguna Herrera, Dra. Virginia Martín Oliva.

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 20:00h, 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 (Quirófano N°7), ubicada en el área quirúrgica, con un intervalo entre pacientes de 30 minutos, de 08:30h a 14.30h

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	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
CONSULTA DE HISTEROSCOPIA						
PRIMERAS CONSULTAS	249	109	38	19	2	4
REVISIONES	345	406	35	55	2	0
TOTAL	594	515	73	74	4	4
VARIACION AÑO 2013 CONSULTAS	-78		-11.62%			

	CON ANESTESIA		SIN ANESTESIA	
	2013	2014	2013	2014
PROCEDIMIENTOS HSC				
<i>HSC DIAGNÓSTICA</i>	0	0	35	32
<i>HSC DIAGNÓSTICO + BX ENDOMETRIAL</i>	10	13	79	106
<i>EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO (DIU)</i>	0	0	8	3
<i>INSERCCION DISPOSITIVO ESSURE</i>	0	0	8	12
<i>POLIPECTOMÍA</i>	50	40	139	158
<i>MIOMECTOMÍA</i>	36	19	0	6
<i>ENDOMETRECTOMÍA</i>	2	0	0	0
<i>ADHERIOLISIS (ASHERMAN)</i>	0	1	0	0
<i>SEPTOPLASTIA</i>	4	1	0	0
<i>HEMATOMETRA DEHISCENCIA HISTEROTOMIA</i>	0	1	0	0
<i>RESECCION RESTOS OVULARES</i>	5	1	2	1
	107	76 (19,2%)	271 (71,5%)	318 (80,3%)
TOTAL	2013 (378)		2014 (396)	
VARIACIÓN INTERANUAL	+ 18 HSC		+ 4,76% %	

COMPLICACIONES

COMPLICACIONES HISTEROSCÓPICAS	2013	2014
<i>Cuadro vaso-vagal leve-moderado que se resuelve con observación y/o tratamiento médico.</i>	3	4
<i>Perforación uterina, que precisó lps diagnóstica con ingreso por sangrado uterino</i>	0	1
Total	3 (0,8%)	4
VARIACION INTERANUAL COMPLICACIONES	+1	

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 396 histeroscopias en 2014.

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% en los primeros años de apertura a menos de un 1%.

El objetivo de la unidad de histeroscopia del Hospital Universitario 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 2015, la reducción de procesos quirúrgicos histeroscópicos con anestesia, gracias a la consolidación de 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 así como la búsqueda de adquisición de histeroscopios de menor calibre (3,5mm) 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.

9.4. UNIDAD DE PATOLOGIA CERVICAL

Coordinador: **Dra. Silvia Fraga Campo**

Adjuntos: *Dra. Yurena Díaz Bidart*

Dra. María Laguna Herrera

Dra. María Bordés Infantes

Se ha incrementado notablemente la actividad de la Unidad por lo que ha sido necesaria la apertura de agendas por la tarde para cubrir la demanda de la lista de espera y posteriormente la apertura de una nueva agenda de Patología Cervical (martes, jueves y viernes). Por el mismo motivo se ha incrementado el número de procedimientos terapéuticos, a pesar de ser más conservadores (no se realizan conizaciones por CIN 2 en mujeres menores de 24 años dada la alta tasa de regresión de estas lesiones en pacientes jóvenes) (la edad media de las conizaciones es de 39 años). La causa de este incremento (que ya lo notamos en 2013) lo atribuimos al cambio de citología convencional a citología en medio líquido (mayor sensibilidad).

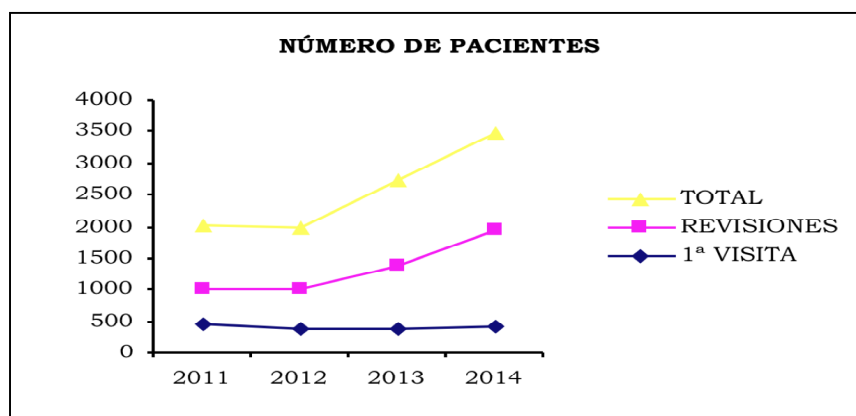
Continuamos realizando conizaciones con anestesia local en la sala de procedimientos con muy buena aceptación por parte de las pacientes así como los ginecólogos (86 % con anestesia local). A su vez seguimos insistiendo en la vacunación de VPH.

ÁREA CONSULTAS:

Primeras visitas 420.

Revisiones 1597 (muchas de ellas en vez de ser derivadas directamente desde Atención Primaria a la Unidad de patología cervical, son derivadas primero a las consultas de ginecología general, por eso constan como revisiones y no como primeras visitas)

	NORMALES		PREFERENTES		URGENTES	
	2013	2014	2013	2014	2013	2012
CONSULTA DE UPC						
PRIMERAS CONSULTAS	328	380	43	32	6	8
REVISIONES	888	1462	69	109	33	26
TOTAL	1.216	1.842	112	141	39	34
Variación interanual	+ 650 consultas			+ 47,54%		



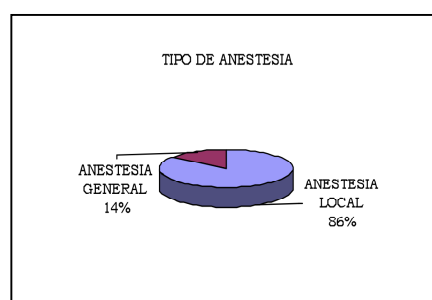
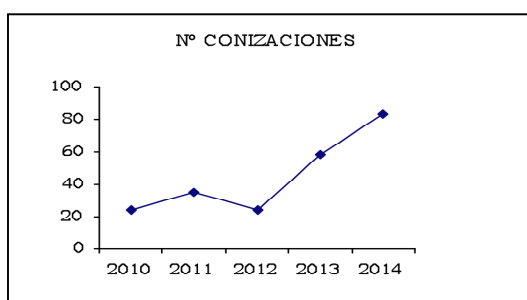
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN CONSULTA DE UPC

PROCEDIMIENTOS EN CONSULTA	2013	2014
CITOLOGÍAS	305	No registrado
BIOPSIAS DE CUELLO	251	No registrado
BIOPSIAS DE VULVA	56	No registrado
BIOPSIAS DE VAGINA	8	No registrado
LEGRADO ENDOCERVICAL (LEC)	57	No registrado
BIOPSIA ENDOMETRIAL	0	No registrado
TIPIFICACION HPV	304	No registrado
COLPOSCOPIAS	655	No registrado
VULVOSCOPIAS/VAGINOSCOPIA	197	No registrado
CRIOCOAGULACIÓN CERVICAL <i>Indicaciones coitorragias y CIN I</i>	17	29
AMPLIACIÓN VULVAR	2	No registrado
POLIPECTOMIA CERVICALES	No registrado	No registrado
TOMA DE CULTIVOS VAGINAL/ENDOCERVICAL	No registrado	No registrado

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

PROCEDIMIENTOS EN QUIRÓFANO	2013	2014
CONIZACIONES CON ASA DIATERMICA	57	83 (+26)
CONIZACIONES FRÍA (SOSPECHA ADENOCARCINOMA) <i>En una paciente embarazada con adenocarcinoma in situ para descartar adenocarcinoma, que finalmente se confirmó y otra por conización previa con asa con diagnóstico de carcinoma epidermoide microinfiltrante y CIN 3 con bordes afectados para descartar infiltración)</i>	2	2
INDICACIONES CONIZACION		
CIN I que no cumple criterios de observación	4	11
CIN I persistente	2	7
Discordancia citología/colposcopia	2	2
CIN II-III	44	49
Reconización 10 (+6) Borde endocervical positivo: 10 AP negativas 5 CIN I: 1 4 CIN 2/3: 4 (2 acabaron en histerectomía)	4	10
Sospecha de malignidad	2	4

<p>HISTERECTOMIA POR LPS (edad media 46,8 años)</p> <ol style="list-style-type: none"> Reconos previos (2) con CIN 2/3 <ol style="list-style-type: none"> por deseo paciente (AP negativa) LEC + (AP neg) Borde endocervical + (AP CIN 3) Carcinoma microinfiltrante en cono (AP negativa en útero, cono frio con CIN 3), se realizó por sangrado no controlado al realizar el cono frio Adenocarcinoma microinfiltrante en cono frio (Ap útero neg) Una paciente embarazada con adenocarcinoma infiltrante realizó cesarea-histerectomía radical ampliada y linfadenectomía en La Paz (AP útero neg) 	5	
<p>EXÉRESIS TUMORACIÓN DE VULVA (anestesia locval)</p> <ol style="list-style-type: none"> Exéresis de fibroepitelioma :1 Exéresis de carcinoma basocelular: 1 Exéresis de VIN común : 2 	2	2
<p>EXÉRESIS VAGINA. Exéresis de VAIN 2/3</p>	1	2
<p>VAPORIZACIONES CON LASER</p> <p>Desde agosto 2014 hemos iniciado tratamientos con LASER en el HUIE. De momento, con anestesia general.</p> <p>Vagina: Condilomas: 2 y VAIN 2 : 3</p>	0	5

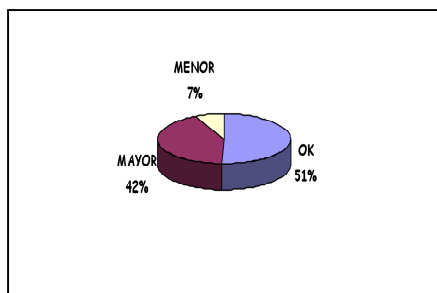


TOTAL CONIZACIONES DESDE LA APERTURA DEL HOSPITAL 260

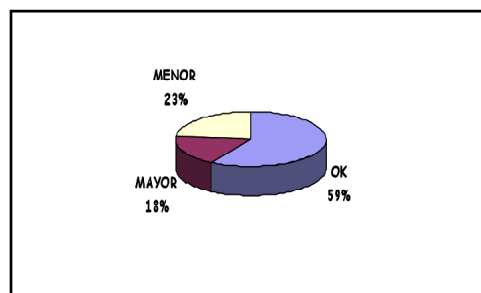
COMPLICACIONES:

	2013	2014
CONIZACIONES COMPLICACIONES		
Enfermedad inflamatoria pélvica	0	0
Hemorragia (sangrado no controlado que precisó histerectomía tras cono frio)	0	1
Bordes afectos (25 %) (12 en borde endocervical:16 %)	7	18
Bordes no valorable	3	0
Reacción a anestésico local	0	1
CONIZACIONES NEGATIVOS (+1....incremento del 9,6%)	7	8

Concordancia citología/ biopsia:



Concordancia biopsia/ cono



FORMACIÓN

1. *Tipos de cáncer y enfermedades relacionadas con el VPH* On line. Eurogin, febrero 2014.
2. *V Foro VPH-Foro Español de Actualización en virus del Papiloma Humano* Barcelona 22 de marzo 2014.
3. *Infección por VPH: una afección de abordaje multidisciplinar (1,4 créditos, 9 horas,)* Hospital Infanta Leonor , 28 mayo 2014.
4. *VIII Jornada de Formación en Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia (1,2 créditos, 11 horas lectivas)* Hospital Clínico San Carlos, Madrid (11 de junio de 2014).
5. *IX Curso Virtual de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia 2013, organizado por la SAPTGlyC (150 horas lectivas)* On line, abril 2013-julio 2014.
6. *V Capítulo de Anatomía Patológica 2013, organizado por la SAPTGlyC* organizado por la SAPTGlyC (15 horas lectivas) On line, abril 2013-julio 2014.
7. *XXV Congreso Anual de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (1,9 créditos)* Madrid (27-29 de noviembre de 2014).

ACTIVIDAD DOCENTE

1. *Ponente en Infección por VPH: una afección de abordaje multidisciplinar.*
2. *Ponencia "Historia natural del VPH" (Hospital Infanta Leonor, Madrid 28 mayo 2014).*
3. *Ponente de las III Jornadas de Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria organizadas por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Infanta Elena.*
4. *Ponencias: "Vacunación y screening de cáncer de cérvix", "Pólipo cervical" y "Prurito vulvar crónico".* 24 de noviembre 2014.

PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES

1. *Adenosarcoma en cuello uterino: caso clínico y revisión bibliográfica*
XXV Congreso Anual de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia
Madrid (27-29 de noviembre de 2014)
2. *Linfoma primario de cérvix: revisión bibliográfica*
XXV Congreso Anual de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia
Madrid (27-29 de noviembre de 2014)

REUNIONES CON PRIMARIA

A lo largo de 2014 hemos asistido al Centro de Salud del Restón en 3 ocasiones para actualizar protocolos y organizar las III Jornadas de ginecología y obstetricia para Atención Primaria.

REUNIONES CON OTROS SERVICIOS DEL HOSPITAL

Se ha creado un grupo VPH en el hospital, en el que estamos empezando a realizar protocolos de derivación entre los distintos servicios dado el carácter multifocal de la infección por el VPH. Los servicios implicados aparte del nuestro son: dermatología, cirugía general y medicina interna (VIH). El próximo objetivo sería que se ampliara a otros servicios como ORL...

Uno de los objetivos de 2015 es mejorar la relación con el servicio de Anatomía Patológica, aunque es difícil dada la escasa continuidad de los patólogos en nuestro hospital.

REUNIONES CON OTROS HOSPITALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID:

GRUPO VPH MADRID:

Formamos parte del Grupo VPH Madrid, un grupo multidisciplinar que incluye ginecólogos, patólogos, oncólogos, epidemiólogos, cirujanos, otorrinos, etc... de distintos hospitales de la Comunidad de Madrid. El objetivo del grupo es promover el conocimiento de las patologías asociadas al VPH, fomentar la vacunación, realizar estudios sobre distintas patologías, vacunación VPH ...

PROYECTOS FUTUROS

1. *Coordinación con el Servicio de Cirugía General/ Dermatología para realización de protocolo de derivación de pacientes con sospecha de lesión por VPH anal/perianal.*
2. *Disminuir el porcentaje de conos en blanco (desde el 2 trimestre de 2014 no se realiza la revisión de citologías/biopsias cervicales previos a la conización por parte del servicio de anatomía Patológica).*
3. *Nuevo protocolo de lesiones precancerosas de 2014, estamos actualizando el previo siguiendo las nuevas oncoguías (de 2014).*
4. *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 y Anatomía Patológica.*
5. *Hemos calculado que han venido a la consulta unas 100 pacientes con citología con ASCUS, si se les hubiera realizado HPV en la muestra de citología, por estadística habrían remitido a la consulta de UPC los resultados con ASCUS y VPH positivo (oscilan entre 20-35 % de los casos de ASCUS) lo cual habría ahorrado consultas (realización de VPH y resultado correspondiente).*
6. *Se espera para 2015 un cambio en el screening de cáncer de cuello uterino: Desde los 25 años con citología cada 3 años. Desde los 30 años, sería con el test de VPH cada 5 años . Es algo que no sólo depende de nosotros. Hay reuniones de un grupo de ginecólogos expertos con la Consejería de sanidad para aplicar la propuesta de cribado de cáncer de cérvix basado en el test de VPH, de mayor sensibilidad y con una relación coste/beneficio mejor (como se ha demostrado en múltiples publicaciones recientes que se pueden consultar en www.aepcc.org o en www.sego.es).*
7. *Publicación en revistas científicas.*
8. *Realización de estudios de patología del VPH en el tracto genital inferior junto con otros hospitales de la comunidad de Madrid (en relación con el “grupo VPH Madrid”).*

9.5 UNIDAD DE SUELO PÉLVICO 2014

Coordinador: Dra. María Laguna Herrera

Adjuntos: Dra. Virginia Martín Oliva

Dr. Alex Pujol Sánchez

ACTIVIDAD EN CONSULTAS

Durante el año 2014 , el número de consultas de suelo pélvico ha pasado a ser semanal, respecto al año 2013 en el que era bisemanal, debido al aumento de demanda asistencial para estas patologías

	NORMALES		PREFERENTES		URGENTES	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
CONSULTA DE SUELO PÉLVICO						
PRIMERAS CONSULTAS	125	76	11	7	0	4
REVISIONES	198	335	40	62	3	6
TOTAL	323	411	51	69	3	10
		+88		+18		+7

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DE LA UNIDAD

PROCEDIMIENTOS	2013	2014
HISTERECTOMIA VAGINAL	1	17
COLPORRAFIAS ANTERIOR ASOCIADA A TOT	1	
COLPORRAFIA ANTERIOR ASOCIADA A HT	6	
COLPORRAFIA ANTERIOR	2	23
COLPORRAFIA POSTERIOR ASOCIADA A HT	2	
COLPORRAFIA POSTERIOR	1	19
INSERCIÓN MALLA SUBURETRAL (TOT)	1	
MALLA SUBURETRAL ASOCIADO A HISTERECTOMIA	2	
INSERCIÓN MALLA 6 BRAZOS COMPARTIMENTO ANTERIOR	2	
COLPOCLEISIS VAGINAL (LEFORT)	0	
MALLAS TOT	--	13
RETIRADA DE MALLA POR EXTRUSIÓN	--	1

<i>COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
<i>TOTAL</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>Hematoma de cúpula vaginal (en paciente operada de histerectomía vaginal , que se complicó con tromboflebitis de vía periférica. Causó largo ingreso a cargo de ginecología y dos ingresos distintos en UCI durante su estancia y 4 reintervenciones quirúrgicas a cargo de ginecología).</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Retención aguda urinaria post-histerectomía Tratamiento: Observación y sondaje vesical 10 días</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
<i>RETENCIÓN URINARIA POST-MALLA TOT</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
<i>LAPAROTOMIA POR SANGRADO INTRAQUIRÚRGICO</i>	<i>0</i>	<i>1</i>

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.

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, esto hace mejorar los resultados postquirúrgicos sin necesidad de pruebas adicionales.

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, algo que ha mejorado con notoriedad la evolución clínica de nuestras pacientes subsidiarias de tratamientos conservadores.

Durante este año se han iniciado interesantes REUNIONES MULTIDISCIPLINARES de suelo pélvico junto con urólogos, rehabilitadores, cirujanos, neurofisiólogo... con la intención de realizar una más correcta valoración de las pacientes , para conseguir un tratamiento lo más adecuado posible. Estas reuniones tienen una periodicidad aproximada mensual. Como objetivo para el 2015 hemos propuesto fomentar dichas reuniones multidisciplinarias, para garantizar los mejores resultados para el paciente.

COMUNICACIONES A CONGRESOS

- *Rehabilitación de suelo pélvico en el postparto. María Laguna Herrera. (24 noviembre de 2014 , HIE)*

9.6 UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA Y GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA 2014.

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 tres 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 absesos.*
- *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	2014	2013	2014	2013	2014
CONSULTA DE PATOLOGÍA DE MAMA						
PRIMERAS CONSULTAS	313	278	72	85	4	6
REVISIONES	855	1.032	171	231	13	11
TOTAL	1.168	1.310	243	316	17	17
	+215 (>47,21%)					
CONSULTA DE ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA						
PRIMERAS CONSULTAS	22	18	18	8	4	0
REVISIONES	165	175	53	42	7	4
TOTAL	187	193	71	50	11	4
	-22 (<8,18%)					

INDICENCIA DE TUMORES DE 2013

INCIDENCIA	2014	2013	2011	2012
MAMA	46	64	36	50
VULVA	1	0	0	0
VAGINA	0	0	1	0
CÉRVIX	9	9	3	3
MIOMETRIO/SARCOMA	1	2	0	1
ENDOMETRIO	4	11	3	7
OVARIO	4	4	6	5
TROMPA	0	0	0	1
LINFOMA NO HODKING B UTERINO	0	0	0	1
SÍNDROME MEIGS	0	0	1	0
METÁSTASIS OVÁRICA DE ORIGEN INTESTINAL	1	---	---	--
TOTAL	66	90	50	68

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA:

<i>CIRUGÍA MAMA</i>	<i>BENIGNA</i>	<i>MALIGNA</i>
<i>TUMORECTOMÍA</i>	27	2
<i>TUMORECTOMÍA + BSGC</i>	0	13
<i>TUMORECTOMÍA+ LINFADENCTOMÍA</i>	0	5
<i>MASTECTOMÍA SIMPLE</i>	0	3
<i>MASTECTOMÍA SIMPLE + BSGC</i>	0	4
<i>MASTECTOMÍA RADICAL</i>	0	3
<i>BSGC PREVIO QT</i>	0	0
<i>AMPLIACIÓN MARGEN AFECTO</i>	0	2
<i>DRENAJE ABSCESO</i>	11	0
<i>RESECCIÓN RECIDIVA LOCAL</i>	0	1

<i>CIRUGÍA ONCOLÓGICA GINECOLÓGICA</i>	<i>MALIGNA</i>	
<i>CIRUGÍA DE ENDOMETRIO/CERVIX EST. I</i>	<i>VÍA LAPAROSCOPIA</i>	3
<i>CIRUGÍA REGLADA DE OVARIO</i>	<i>VÍA LAPAROTOMÍA</i>	3
<i>TUMORECTOMIA VULVAR RADICAL + LINFADENECTOMIA INGUINAL</i>	<i>VIA VULVO-VAGINAL</i>	1

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

Resaltar la implantación este año de nuevas guías de consenso con intención de disminuir la morbilidad quirúrgica con mismo beneficio oncológico, validando la realización de la biopsia de ganglio centinela tras neoadyuvancia en lugar de previa a la misma si no hay sospecha de afectación axilar en estudio de extensión así como la no realización de linfadenectomía axilar en caso de información intraoperatoria de micrometastasis en biopsia selectiva de ganglio centinela de acuerdo con criterios establecidos a nivel interhospitalario dentro del Instituto Oncológico. Ninguna biopsia se informó como macrometástasis.

Se ha hecho una rigurosa selección de candidatas por su morbilidad clínica a técnicas terapéuticas menos invasivas y más novedosas en nuestro medio para tratamiento de pequeños tumores como la radiofrecuencia o la irradiación parcial de la mama.

Por último, mencionar el caso excepcional de tres pacientes con cáncer en estado gestante, una con cáncer en estado inicial, otra con cáncer de mama metastásico y otra con cáncer de cérvix, lo que ha supuesto una coordinación extra entre los equipos de ginecología, oncología médica y obstetricia para el tratamiento óptimo de las pacientes con la menor repercusión fetal.

OBJETIVOS:

Con la finalidad de persistir en la mejora de la asistencia a nuestras pacientes, nos marcamos unos objetivos anuales:

- Incorporación como miembros a la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria*
- Continuar con el desarrollo y consenso de protocolos y guías asistenciales interhospitalarios, en coordinación con el Instituto Oncológico de IDC Salud e incluyendo todas las novedades y conocimientos adquiridos desde las diferentes asociaciones acreditadas, así como de los cursos/congresos a los que asistimos desde la Unidad.*
- Colaboración en la creación desde la unidad de psiquiatría de una área específica de psicooncología para la adecuada atención a pacientes oncológicos y familiares.*
- Iniciar, dada la ausencia de Servicio de Cirugía Plástica en nuestro centro, una formación específica en el campo de cirugía oncológica y reconstrucción mamaria para lograr en un futuro una atención más personalizada en nuestro hospital y evitar derivaciones a otros centros.*

9.7 UNIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA GINECOLÓGICA / ESTERILIDAD

*Coordinadora de la unidad: **Dra. Virginia Martín Oliva***

Adjuntos integrantes: Dr. Eloy Álvarez Méndez

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 Chlamydias.

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

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

Durante el año 2014 ha habido un gran cambio en la forma de enfocar esta consulta. Comenzamos 2014 realizando una consulta semanal en la que se trataba principalmente patología endocrino-ginecológica: habitualmente se trataba de pacientes con síndrome de ovario poliquístico, con fallo ovárico precoz o pacientes en menopausia en tratamiento con terapia hormonal sustitutiva. Desde el punto de vista reproductivo, a principios de 2014 realizábamos el estudio previo a la mujer, sin realizar ningún tipo de estudio al varón.

En función de los resultados, si la paciente cumplía los criterios necesarios (menos de 35 años, criterios compatibles con síndrome de ovarios poliquísticos y valorando también el tiempo de esterilidad), se ofrecía realizar tratamiento empírico con citrato de clomifeno. Este tratamiento se realizaba durante 4 ciclos máximo y si la paciente no lo deseaba, se cursaba derivación a la Unidad de Reproducción Asistida de la Fundación Jiménez Díaz, que es nuestro centro de referencia.

Desde septiembre de 2014 la orientación de esta consulta ha cambiado y desde noviembre de 2014 la unidad tiene tres consultas semanales.

Continuamos realizando los controles endocrino-ginecológicos descritos previamente de tal manera que hemos realizado 429 consultas durante el año 2014 sin evidenciarse grandes cambios en el número de consultas de mes a mes. Sin embargo, las consultas de esterilidad han crecido de forma exponencial.

De enero a agosto de 2014 hemos realizado 31 consultas de esterilidad, pero desde septiembre hasta diciembre el número de consultas ha crecido hasta las 458 (un total de 489 visitas). Esto se debe a que hemos ampliado la Unidad de Reproducción, formando un equipo junto con el resto de hospitales del grupo y teniendo como referencia a la Unidad de Reproducción de la Fundación Jiménez Díaz, con la cual hay estrecha colaboración.

Actualmente en el Hospital de Valdemoro se realiza el estudio de esterilidad a la pareja: En la mujer consta de un estudio ecográfico y analítico con hemograma, bioquímica, coagulación, grupo sanguíneo, estudio serológico y hormonal. En el varón se realiza un estudio analítico básico que incluye el estudio serológico y una capacitación espermática que debe realizarse en el laboratorio de andrología de la Fundación Jiménez Díaz.

Si el resultado de estas pruebas es normal y la paciente es menor de 38 años, se indica la realización de una histerosalpingografía, y si ambas trompas son permeables, se indica la realización de inseminaciones artificiales.

Si la paciente fuera mayor de 38 años, las pruebas de reserva ovárica estuvieran comprometidas o bien el seminograma fuera patológico, se indicaría la realización de ciclos de fecundación in vitro.

El control ecográfico que precisan ambos tipos de tratamiento se realiza en el Hospital Infanta Elena, y la realización de la técnica (inseminación artificial, punción ovárica o transferencia de embriones), se realiza en la Fundación Jiménez Díaz.

De esta manera aportamos mayor comodidad a las pacientes, que se evitan múltiples viajes a la Fundación Jiménez Díaz, y también podemos ofrecer mayor número de tratamientos a las parejas con problemas de reproducción, que ya afecta a aproximadamente el 10% de la población.

Desde octubre de 2014 hasta enero 2015 hemos realizado 25 ciclos de técnicas de reproducción asistida, de los cuales:

- 14 ciclos de FIV/ICSI: 7 test de gestación positivos, de los cuales 2 han sido abortos bioquímicos, 4 gestaciones únicas evolutivas y 1 gestación gemelar*
- 11 ciclos de Inseminación Artificial con 1 gestación en curso actualmente.*

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.

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 menopaúsicas 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...

	NORMALES		PREFERENTES		URGENTES	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA						
PRIMERAS CONSULTAS	142	89	11	2	0	1
REVISIONES	312	402	25	30	13	6
TOTAL	454	491	36	32	13	7

Como objetivos en el 2015 nos planteamos continuar mejorando la calidad de nuestros ciclos de FIV/ICSI, mejorar nuestra tasa de gestación asociada a la inseminación artificial, implantar el consentimiento informado electrónico asociado a las técnicas de reproducción asistida y desarrollar los protocolos de fallo ovárico precoz y de menopausia.

9.8 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.

	NORMALES		PREFERENTES		URGENTES	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
CONSULTA DE ANTICONCEPCION						
PRIMERAS CONSULTAS	592	695	9	6	4	1
REVISIONES	699	1.178	30	33	18	13
TOTAL	1.291	1.873	39	39	22	14

	Nº		%	
	2013	2014	2013	2014
PACIENTES PRESENTADAS	1.352	1.956	79,86%	83,91%
PACIENTES NO PRESENTADAS	341	375	20,14%	16,09%
TOTAL	1.693	2.331		
+ 638 PACIENTES CITADAS RESPECTO AÑO PREVIO				

	Nº		%	
	2013	2014	2013	2014
DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	293	350	86,69%	84,33%
DIU HOSPITALARIO	43	56	12,72%	13,49%
IMPLANTES SUBDÉRMICOS	2	9	0,59%	2,16%
TOTAL	338	415		

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 Martín de la Vega en dos ocasiones para revisar el protocolo de anticoncepción y revisar conjuntamente casos clínicos.

Cursos organizados/ponencias impartidas:

Se han realizado dos cursos de actualización para médicos de familia y matronas del Área en Septiembre y Noviembre 2014, sobre métodos anticonceptivos de larga duración. Solicitada acreditación de formación a la Agencia Lain Entralgo.

Se presento una ponencia sobre anticoncepción hormonal combinada en las Jornadas del Servicio de Ginecoloía Obstetricia, realizadas en Noviembre 2014.

Criterios de derivación de pacientes desde Atención Primaria a la consulta de contracepción

Se derivaran todas las pacientes:

- *Adolescentes*
- *Con riesgo de exclusión social que solicitan contracepción*
- *Discapacidad intelectual*
- *Con patología médica asociada*
- *Con riesgo cardiovascular familiar o personal*
- *Que deseen un método contraceptivo de larga duración (DIU/Implante)*
- *Que presenten un efecto secundario durante el uso de un método anticonceptivo.*
- *Que han realizado IVE y desean un método anticonceptivo.*

Criterios de derivación desde UTS a consulta de Contracepcion.

- *Adolescentes y gestación*
- *Adolescentes con riesgo de exclusión social*
- *Si han realizado IVE*

Para el año 2015 nos planteamos mejorar la coordinación mediante :

- *Sistema de registro de casos desde UTS*
- *Sistema de alarma de casos que permita el seguimiento de pacientes desde UTS.*

9.9 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, así como un diagnóstico precoz de malformaciones fetales.*
- 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 2014:

<i>ECOGRAFÍAS OBSTÉTRICAS</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
<i>Ecografía de primer trimestre(1)</i>	<i>1.083</i>	<i>697</i>
<i>Ecografía de segundo trimestre o de diagnostico prenatal</i>	<i>1.269</i>	<i>1.338</i>
<i>Ecografía doppler obstétrica</i>	<i>----</i>	<i>3.724</i>

(1) El número de ecografías de primer trimestre es menor del real dado que el el primer trimestre del año se inició la reestructuración de la unidad unificando la ecografía de primer trimestre con la primera visita de obstetricia con el objetivo de empezar a aplicar la pirámide invertida de Nicholaides e iniciar de manera precoz la mayoría de los screening descritos en la gestación: aneuploidías, preeclampsia, 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. Algunas de las pacientes se registraron al principio como ecografía doppler obstétrica pasando a engrosar el número de éstas y no contabilizando como primeros trimestres.

<i>ECOGRAFÍAS DOPPLER OBSTÉTRICAS</i>	2013	2014
<i>MOTIVOS (No realizado contaje).</i>	-----	----
<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>		

PRUEBAS INVASIVAS

	2013	2014
<i>AMNIOCENTESIS GENÉTICA (75%)</i>	50	54
	3,66%	4,03%
<i>PÉRDIDAS GESTACIONALES RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO</i>	0 (0%)	0 (0%)
<i>Reacciones adversas al procedimiento: 1 sospecha de RPM, buena evolución y parto a término, niño sano</i>	0	1
<i>ALTERACIONES CROMOSÓMICAS NO DIAGNOSTICADAS ANTEPARTO</i>	0 (0%)	0 (0%)
<i>ALTERACIONES CROMOSÓMICAS DIAGNOSTICADAS ANTEPARTO</i> <i>Respecto total de partos 10/1.339</i> <i>Respecto total amniocentesis 10/54</i>	10 (0,74%) 10 (18,5%)	

<i>INDICACIONES DE LA AMNIOCENTÉISIS (54)</i>	2013	2014
<i>Alto riesgo SD en cribado combinado del 1º trimestre.</i>	25 (50,00%)	28 (51,85%)
<i>Test positivo en sangre materna</i>	----	4 (7,40%)
<i>Deseo materno.</i>	9 (18,0%)	4 (7,40%)
<i>Marcador de aneuploidía en ecografía morfológica precoz.</i>	1 (2,00%)	2 (3,71%)
<i>Marcador de aneuploidía en ecografía morfológica.</i>	3 (6,00%)	7 (9,47%)
<i>Antecedente de cromosomopatía familiar o personal.</i>	4 (8,00%)	2 (3,71%)
<i>Descartar infección fetal (TORCH/coriamnionitis).</i>	4 (8,00%)	1 (1,85%)
<i>No realizado PRISCA por edad gestacional en madre >35 años.</i>	4 (8,00%)	5 (9,25%)
<i>Otros Oligoamnios</i>	0 (0,00%)	1 (1,85%)

<i>CROMOSOMOPATIAS DIAGNOSTICADAS ANTEPARTO POR AMNIOCENTÉSIS</i>	2013	2014
<i>TRISOMÍA CROMOSOMA 21 (SME. DE DOWN) Todos realizaron ILE.</i>	6	6
<i>TRISOMÍA 18. Finalizado con ILE</i>	1	0
<i>TRISOMÍA 2. Finalizado con ILE</i>	1	0
<i>SÍNDROME DE NOOMAN. Finalizado con ILE</i>	1	0
<i>Infección por CMV</i>	0	1
<i>Cromosomopatías sexuales. Klinefelter</i>	0	1

<i>BIOPSIA CORIAL (25%)</i>	2013			2014		
	<i>HUIE</i>	<i>FJD</i>	<i>TOTAL</i>	<i>HUIE</i>	<i>FJD</i>	<i>TOTAL</i>
	12	0	12 (0,8%)	18	0	18 (

<i>INDICACIONES DE LA BIOPSIA CORIAL</i>	2013	2014
<i>IRC Alto riesgo</i>		14
<i>Marcador del primer trimestre (higroma quístico)</i>		1
<i>Malformaciones fetales (anencefalia)</i>		1
<i>Enfermedad hereditaria: Von Hippel Lindau en madre portadora Li Fraumeni</i>		2
<i>Alteraciones cromosómicas diagnosticadas anteparto</i>	5	4
<i>% respecto el total de partos 5/1366</i>	0,36%	0,29%
<i>% respecto total de biopsias indicadas por alto riesgo de alteración cromosómica 4/14</i>	71,40%	77,77%
<i>% respecto total de biopsias coriales indicadas 4/18</i>	41,60%	22,22%
<i>Casos de Trisomía 21</i>	2	0
<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 Nooman</i>	1	0
<i>Sme de turner</i>	0	2
<i>Reacciones adversas al procedinmiento</i>	0	0

ESTUDIO ESTADÍSTICO DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE CROMOSOMOPATÍAS	
Sensibilidad global: $VP/VP+FN: 10/(10+0)$	100%
Especificidad global: $VN/VN+FP: 1339-10/(1339+(50-10))$	97,00%
Valor predictivo positivo: $VP/VP+FP: 10/(10+(50-10))$	18,00 %
Valor predictivo negativo: $VN/FN+VN: 1339-10/(0+1339-10)$	100%

FALSOS NEGATIVOS DE SCREENING PRENATAL: 2 , revisados casos no se detectan fallos. Dado el volumen de partos del hospital hasta la fecha, (mas de 10000) recogidos 3 casos de falsos negativos de la técnica en total , se consideran menor de lo esperado estadísticamente hablando.

En el año 2014 se presentó otro caso de falso negativo pero el screening y la ecografía morfológica habían sido realizados extraclínica por lo que no se incluyen en esta estadística.

ALTERACIONES MORFOLOGICAS CONGENITAS DIAGNOSTICADAS :

SISTEMA NERVIOSO

1 Exencefalia

CARAYCUELLO

- 3 higromas quísticos + hidrops generalizado*
 - cariotipo normal pero con cardiopatía congénita*
 - 45 X0*
 - trisomía 21*
-

CORAZON

- 1 MAQC tipo III de resolución intraútero*
 - 2 MAQC tipo I, una de ellas en una gestación gemelar, con resolución intraútero y la otra persistente, recién nacido pendiente de intervención.*
 - 1 agenesia de ductus venoso con drenaje intrahepático, recién nacido sano*
 - 1 HIPOPLASIA DE ARTERIA PULMONAR + RIÑON EN HERRADURA + PIE EN MECEDORA : TRISOMÍA 9*
-

APARATO DIGESTIVO

2 obstrucciones intestinales:

- 1 30 SG con múltiples obstrucciones diseminadas, RN intervenido al nacer en HUGM
- 1 34 SG recién nacido con atresia duodenal

1 onfalocele: trisomía 13

APARATO GENITO- URINARIO

1 ectopia renal con fusión

1 monorroño

1 riñón pélvico

1 riñones hiperrefringentes en un gemelo exploración normal y líquido aumentado
(no se contabilizan las hidronefrosis)

INFECCIONES CONGÉTICAS

1 CMV congénito diagnosticado por amiocentesis en ecografía morfológica por presencia de atrofia SNC, ventriculomegalia , hiperrefringencia intestinal, oligoamnios,

OTRAS

Gestación gemelar bicorial biamniótica, eco de 1T TN patológico en uno de los fetos, negativa a pruebas invasivas, resto de ecografía normales salvo cavum vergae como variante de la normalidad. Al nacimiento hemangioma gigante en cara y cuello. Ambas pendientes de completar estudios neurológicos.

MUSCULO-ESQUELETICO

Manos con dedos hipoplásicos

MALFORMACIONES NO DIAGNOSTICADAS

1 atresia esofágica con fístula, caritipo realizado por marcadores de 2T normal, cámara gástrica presente en todas las ecografías, polihidramnios en 3T con parto prematuro con 34 semanas.

1 arco aórtico derecho diagnosticado en ecografía 4D extraclínica.

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, con lo que hemos añadido una exploración ecográfica transvaginal en la ecografía morfológica a todas nuestras gestantes de forma que aquellas 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 beneficiarian 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 el año anterior, 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. A lo largo de este año se continúa incluyendo pacientes en el estudio PESAPRO:. A fecha de redacción de esta memoria se ha randomizado 12 pacientes

10. ACTIVIDAD DOCENTE

10.1/ COLABORACIÓN CON LA UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA

<i>ASIGNATURA</i>	<i>TUTOR</i>	<i>HORAS</i>
<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>	9,6h
	<i>Dr. Juan Miguel Rodríguez Cándia Dra. María Bordés Dra. Susana Sutil Bayo Dra. M^a Jesús Pérez Molina Dra. Silvia Fraga Campo</i>	9,6 h
	<i>Dr. José Sevilla Ros Dra. María Laguna Herrera Dra. Virginia Martín Oliva Dra. Yurena Día Bidart</i>	9,6 h

10.2/ JORNADAS CIENTÍFICAS RELACIONADAS CON LA ESPECIALIDAD ORGANIZADAS EN EL HOSPITAL

<p><i>Organización y realización por parte de todo el servicio de ginecología y obstetricia de la</i></p> <p><i>" III Jornadas de Ginecología y Obstetricia para atención primaria a través de casos clínicos "</i></p> <p><i>realizado el 24 de Noviembre de 2014 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.</i></p>
--



III JORNADAS DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
para atención primaria a través de
casos clínicos

2. *Curso básico de lactancia materna para profesionales.*

3. *Curso de actualización en anticoncepción 2014, para Atención primaria y especializada.*

PONENCIAS DE LAS III JORNADAS

TEMA	PONENTE/AUTOR
<i>Vacunación y cribado de cáncer de cérvix</i>	<i>Dra. Silvia Fraga Campo</i>
<i>Mioma y menopausia.</i>	<i>Dr. José Sevilla Ros</i>
<i>Nódulos benignos de mama.</i>	<i>Dra. María Bordés Infantes</i>
<i>Seguimiento de la anticoncepción hormonal combinada.</i>	<i>Dra. Consuelo Fernández Dongil</i>
<i>Trombofilias y gestación.</i>	<i>Dra. Montserrat González Rodríguez Dra. Olga de Felipe Jiménez</i>
<i>Anticoncepción en la perimenopausia.</i>	<i>Dr. Alex Pujol Sánchez</i>
<i>Patología médica en la gestación.</i>	<i>Dra. Esther Pérez Carbajo</i>
<i>Metrorragia disfuncional.</i>	<i>Dr. Eloy Álvarez Méndez</i>
<i>Infecciones ginecológicas. Enfermedad inflamatoria pélvica.</i>	<i>Dr. Raúl Villasevil Villasevil</i>
<i>Prurito vulvar crónico. Pólipo cervical.</i>	<i>Dra. Silvia Fraga Campo</i>
<i>Miomas en esterilidad y embarazo.</i>	<i>Dr. José Sevilla Ros</i>
<i>Abortos de repetición.</i>	<i>Dra. Montserrat González Rodríguez</i>

<i>Fertilidad y cáncer de mama.</i>	<i>Dra. Susana Sutil Bayo</i>
<i>Menopausia precoz.</i>	<i>Dra. Virginia Martín Oliva</i>
<i>Preguntas más frecuentes en la mujer embarazada.</i>	<i>Dra. Esther Pérez Carbajo.</i>
<i>Menopausia y síndrome climatérico.</i>	<i>Dr. Álex Pujol Sánchez</i>
<i>Vacunación durante la gestación.</i>	<i>Dra. Yurena Díaz Bidart</i>
<i>Cáncer de mama y embarazo.</i>	<i>Dra. M^a Jesús Pérez Molina</i>
<i>Prevención de linfedema.</i>	<i>Dr. César Hernández de la Peña</i>
<i>Tratamiento del suelo pélvico en el postparto.</i>	<i>Dra. María Laguna Herrera</i>
<i>Rehabilitación de suelo pélvico en el puerperio.</i>	<i>Dra. María José Arriaza Gómez</i>
<i>Síndrome del ovario poliquístico. Hiperprolactinemia.</i>	<i>Dra. Virginia Martín Oliva</i>

10.3/ SESIONES HOSPITALARIAS INTERDISCIPLINARES

TEMA	PONENTE/AUTOR
<i>Rehabilitación de suelo pélvico en el postparto. (24 noviembre de 2014 , HUIE)</i>	<i>Dra. María Laguna Herrera</i>

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.

10.4/ 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> <p>3 REUNIONES</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolos de derivación al Hospital 2. Consultas monográficas.
<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> <p>1 REUNIÓN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolos de derivación al Hospital 2. Consultas monográficas.
<p>Centro de Salud calle Parla (Valdemoro)</p> <p>Responsables: Dra. María Laguna Herrera, Dr. Jose Sevilla Ros</p> <p>5 DE NOVIEMBRE DE 2014</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolos de derivación al Hospital 2. Consultas monográficas.
<p>Ambulatorio de Ciempozuelos</p> <p>Responsables: Dra. María Bordes Infantes, Dra. Yurena Díaz Bidart</p> <p>9 de diciembre 2014, en C.S.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolos de derivación al Hospital 2. Consultas monográficas. 3. Indicaciones/contraindicaciones e insercción de dispositivo intradérmico (Implanon®),

10.5/ PONENCIAS

TEMA	PONENTE/AUTOR
Infección por VPH: una afección de abordaje multidisciplinar	DRA. SILVIA FRAGA CAMPO
Historia natural del VPH. (Hospital Infanta Leonor, Madrid 28 mayo 2014).	DRA. SILVIA FRAGA CAMPO
Interpretación del registro cardiotocográfico. VI curso de fundamentos en Obstetricia y Ginecología para residentes del I año. Organizado por la SEGO. Septiembre 2014. Teruel.	DRA. ESTHER PÉREZ CARBAJO

<p>Episiotomía, bartholinitis y legrado. <i>VI curso de fundamentos en Obstetricia y Ginecología para residentes del I año. Organizado por la SEGO. Septiembre 2014. Teruel.</i></p>	<p>DRA. ESTHER PÉREZ CARBAJO</p>
<p>Masa anexial complicada. <i>Curso controversias en Obstetricia y Ginecología, casos prácticos. Organizado por el servicio de Ginecología y Obstetricia, del Hospital Universitario Puerta de Hierro. Marzo 2014. Madrid.</i></p>	<p>DRA. ESTHER PÉREZ CARBAJO</p>
<p>Exploración ginecológica y mamaria. <i>Curso de ginecología en Atención Primaria y Ambulatoria, organizado por el Colegio de Médicos de Madrid. Marzo 2014. Madrid.</i> 1.</p>	<p>DRA. ESTHER PÉREZ CARBAJO</p>

10.6/ PUBLICACIONES

A. POSTERS/ COMUNICACIONES

TEMA	
<p>Gestación y DIU, Extracción por vía histeroscópica: Nuestra experiencia. Revisión bibliográfica.</p>	<p><i>IX Congreso de la Sección de Endoscopia de la SEGO, 10 AAGL International Congress on Minimally Invasive Gynaecological Surgery, 6º Congreso de la Escuela Internacional de Endoscopia Ginecológica Barcelona (5-7 junio de 2014).</i></p>
<p>Hidatidosis ovárica: Caso clínico y Revisión bibliográfica.</p>	<p><i>IX Congreso de la Sección de Endoscopia de la SEGO, 10 AAGL International Congress on Minimally Invasive Gynaecological Surgery, 6º Congreso de la Escuela Internacional de Endoscopia Ginecológica Barcelona (5-7 junio de 2014).</i></p>
<p>Adenosarcoma en cuello uterino: caso clínico y revisión bibliográfica.</p>	<p><i>XXV Congreso Anual de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia Madrid (27-29 de noviembre de 2014)</i></p>
<p>Linfoma primario de cérvix: revisión bibliográfica.</p>	<p><i>XXV Congreso Anual de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia Madrid (27-29 de noviembre de 2014).</i></p>

B./ REVISTAS

<i>TEMA</i>	<i>AUTORES</i>
<i>Secuencia anemia policitemia espontánea. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía</i>	<i>González M., Pérez E., Diaz Y., De Felipe O., Rodríguez J.M. Toko-Gin Pract, 2014, 734: 70-73</i>

C/. INTERNET

<i>TEMA</i>	
<i>Manejo del nódulo mamario.</i>	<i>Guías clínicas Fisterra. Casiterides SL. http://www.fisterra.com/guias-clinicas/nodulo-mamario/.</i>

DI. PUBLICACIONES CAPÍTULOS LIBROS

<i>TEMA</i>	<i>AUTOR</i>
<i>Urgencias en la mujer embarazada. En Bibiano Guillen et al. Manual de Urgencias. 2ª edición Saned-Edicomplet 2014; Madrid. Pág. 701-708.</i>	<i>M.González Rodríguez; O. De Felipe Jiménez.</i>
<i>Urgencias ginecológicas. En Bibiano Guillen et al. Manual de Urgencias. 2ª edición. Saned-Edicomplet 2014; Madrid. Pág. 689-700.</i>	<i>J.Sevilla Ros; JM Rodríguez Cándia.</i>
<i>Fármacos y embarazo. En Bibiano Guillen et al. Manual de Urgencias. 2ª ed. Saned-Edicomplet 2014; Madrid. 709-714.</i>	<i>E. Pérez Carbajo, Y. Díaz Bidart.</i>
<i>Agresión sexual. En Bibiano Guillen et al. Manual de Urgencias. 2ª ed. Saned-Edicomplet 2014; Madrid. 715-718</i>	<i>J.Sevilla Ros; JM Rodríguez Cándia.</i>

E/. ENSAYOS CLÍNICOS

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

11. 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 de ginecología y obstetricia, que fue rechazada por escasa actividad quirúrgica. Posteriormente se remitió alegaciones siendo rechazadas por error administrativo.

12. 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.

13. COMISIONES HOSPITALARIAS

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

Comité de Infecciones y profilaxis antibiótica (CIPA) Dr. Jose Sevilla Ros

Comité de Banco de sangre

Dr. Jose Sevilla Ros

Comité de Mortalidad

Dra Consuelo Fernández Dongil

Comité de Oncología-Mama

*Dra María Bordés Infantes, Dra M^a
Jesús Pérez Molina, Susana Dra Susana
Sutil Bayo*

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

14. PROYECTOS EN FASE DE INSTAURACION

- 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, ginecología).*