



***MEMORIA 2012***

***SERVICIO DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA***

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

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

**Responsable del servicio: Dr. Juan Miguel Rodríguez Candia**

**CUADRO MÉDICO**

<b>Jefe de servicio :</b>	<b>Dr. Juan Miguel Rodríguez Candia</b>
<b>Jefe de sección de obstetricia:</b>	<i>Dra. Montserrat González Rodríguez</i>
<b>Jefe de sección de ginecología :</b>	<i>Dr. Jose Antonio Sevilla Ros</i>
<b>Adjuntos:</b>	<i>Dra. Silvia E. Fraga Campo</i> <i>Dra. Susana Sutil Bayo</i> <i>Dra. María Laguna Herrera</i> <i>Dra. María Jesús Pérez Molina</i> <i>Dra. Esther Pérez Carbajo</i> <i>Dra. Olga de Felipe Jiménez</i> <i>Dra. Yurena Díaz Bidart</i> <i>Dra. María Bordés Infantes</i> <i>Dra. Consuelo Fernández Dongil</i> <i>Dra. Virginia Martín Oliva</i>
<b>Otros Adjuntos:</b>	<i>Dra. Verónica Sobrino</i> <i>Dr. Santiago garcía Tizón</i> <i>Dra. María Estévez Mortes</i>
<b>Adjuntos apoyo guardias:</b>	<i>Dr. Eloy Álvarez</i> <i>Dr. Gustavo Salazar</i> <i>Dr. Antonio Viqueira</i>

**CUADRO ENFERMERÍA**

**1. Matronas**

<b>Coordinadora de Matronas:</b>	<b>Diana Vales Fernández</b>
<i>Ana Garrote Robles</i>	<i>Ana Belén González Vicente</i>
<i>Ana Tejeda Esteban</i>	<i>Antonia Rebollo Sánchez</i>
<i>Arantzazu Bueno Peral</i>	<i>Beatriz Cantalapiedra Merino</i>
<i>Diego Velasco Vázquez</i>	<i>Esther Sánchez Fernández</i>
<i>Eva Pérez Martínez</i>	<i>Francisca Pacheco Ardila</i>
<i>Griselda Delgado Mora</i>	<i>Iria Rodríguez de la Torre</i>
<i>Isabel Tostado Acero</i>	<i>Joaquina Bejarano Borrega</i>
<i>Laura Pérez Benito</i>	<i>Mar Escarpa Araque</i>
<i>María Ángeles Paredes Sierra</i>	<i>María Dolores Martínez Sierra</i>
<i>Marina Jaime Arranz</i>	<i>Marta García López</i>
<i>Miguel García Gutiérrez</i>	<i>Santiago Mozos Martínez</i>
<i>Vanesa Muñoz Rodríguez</i>	<i>Virginia Maroto Alonso</i>

## **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<sup>a</sup> Paz García Gómez*

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

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

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

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

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

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

### ***Bloque de consultas***

#### *Área obstétrica:*

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

#### *Área ginecológica*

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

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

### **Bloque obstétrico**

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

Las consultas se han ido incrementando a lo largo del año según la presión asistencial de cada unidad, que haya habido en cada momento con intención de reducir la lista de espera de consultas, ofreciendo siempre la mejor calidad asistencial

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

### **ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTAS**

	2011	2012	VARIACIÓN INTERANUAL
<b>CONSULTA NORMAL</b>	<b>24.215</b>	<b>23.586</b>	<b>- 2,59%</b>
<b>CONSULTA PREFERENTE</b>	<b>4.561</b>	<b>4.252</b>	<b>- 6,77%</b>
<b>CONSULTA URGENTE</b>	<b>3.409</b>	<b>3.160</b>	<b>-7,30%</b>
<b>NO PRESENTADOS</b>	<b>5.327</b>	<b>5.073</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>32.185</b>	<b>30.998</b>	<b>-3,68%</b>

## **ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN URGENCIAS**

En el último año se atendieron un total de 7.680 pacientes, un **9,48%** del total de las urgencias del Hospital Universitario Infanta Elena.

Respecto al año previa ha habido un incremento del número de urgencias de 101, un incremento del **1,33%**, y una media de **21** pacientes que acuden diariamente a la urgencia de ginecología y obstetricia.

	<i>ene</i>	<i>feb</i>	<i>mar</i>	<i>abr</i>	<i>may</i>	<i>jun</i>	<i>jul</i>	<i>ago</i>	<i>sep</i>	<i>oct</i>	<i>nov</i>	<i>dic</i>	<b>TOTAL</b>
2011	<b>661</b>	<b>602</b>	<b>597</b>	<b>690</b>	<b>713</b>	<b>693</b>	<b>679</b>	<b>636</b>	<b>634</b>	<b>661</b>	<b>670</b>	<b>652</b>	<b>7.579</b>
2012	<b>641</b>	<b>592</b>	<b>609</b>	<b>652</b>	<b>730</b>	<b>623</b>	<b>653</b>	<b>570</b>	<b>648</b>	<b>616</b>	<b>667</b>	<b>679</b>	<b>7.680</b>

## **RELACIÓN CON LOS AMBULATORIOS DEL ÁREA.**

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

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

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

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

<b>Factores de riesgo sociodemográficos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Edad materna &lt; 15 años</li><li>• Alcoholismo</li><li>• Drogadicción</li></ul>	<b>Antecedentes reproductivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aborto de repetición</li><li>• Antecedente de parto pretérmino</li><li>• Antecedente de nacido con CIR</li><li>• Antecedente de muerte perinatal</li><li>• Hijo con lesión residual neurológica</li><li>• Antecedente de nacido con defecto congénito</li><li>• Miomectomía previa con entrada a cavidad o múltiple. Cesárea previa hace menos de 6 meses</li></ul>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

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

### **a/. Criterios de cribado**

- *Inicio de cribado a los 3 años de inicio de las relaciones sexuales o a partir de los 25 años si la mujer es sexualmente activa.*
- *Repetición anual durante los 2 primeros años, si negativas y las siguientes citologías cada 3 años.*
- *En HIV + o inmunodeprimidas se debe hacer citología anual.*
- *Si existiera disponibilidad del test de HPV de alto riesgo: a los 35 años realizar citología y test HPV. Se enviará a estas pacientes directamente a realizar la revisión a consultas externas del Hospital. (UPC)*
- *Si ambas pruebas son negativas, se repetirán citología y test de HPV cada 5 años. El cribado finalizará a los 65 años.*
- *Mujeres mayores de 35 años que no han cumplido adecuadamente el programa de cribado (más de 5 años desde el último cribado) se les debe practicar citología y test de HPV.*

- También realizar citología y test de HPV a mujeres mayores de 65 años que no hayan cumplimentado bien el programa de cribado (al menos 2 citologías consecutivas normales).
- Si la paciente presenta una histerectomía total por proceso benigno confirmado en la pieza operatoria no hace falta realizar cribado.
- Si citología alterada remitir a consulta de UPC del Hospital de Valdemoro con la misma siguiendo los criterios de derivación.
- La vacuna no cambia de momento el programa de cribado

**b/. Paciente con citología alterada**

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

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

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

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

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

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

	<b>RESULTADOS</b>	<b>RECOMENDACIÓN</b>
	Satisfactoria	Ir a diagnósticos descriptivos
	<i>Satisfactoria pero:</i>	
	Inflamación que oculta preparación, sangre o artefactos del secado (impide ver el 50-70% de la citología pero todavía legible)	Considerar tratamiento de condiciones reversibles (ver en diagnósticos descriptivos)
<i>Adecuación de la muestra</i>	No hay zona de transformación (menos de 10 células endocervicales o metaplasia escamosa)	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>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>	<b><i>Negativa para lesión intraepitelial o malignidad</i></b>	<i>Repetir citología en 1-3 años en función de recomendaciones por edad y riesgo</i>
	<i>Infección</i>	
	<i>Trichomona vaginalis</i>	<i>Tratar a la paciente y su pareja con Metronidazol, 2 gr orales dosis única. Realizar protocolo ITS</i>
	<i>Infección por candidas</i>	<i>Tratamiento si síntomas.</i>
	<i>Datos en flora vaginal sugestivos de vaginosis bacteriana</i>	<i>Tratamiento si síntomas de vaginosis bacteriana</i>
	<i>Infección por actinomicas</i>	<i>No es preciso quitar el DIU si la paciente está asintomática</i>
	<i>Cambios asociados a infección por virus del herpes simple</i>	<i>Comentárselo a la paciente, sobre todo para que tenga en cuenta mecanismos que eviten su transmisión. Protocolo ITS</i>
<i>Diagnósticos descriptivos</i>	<i>Otros hallazgos no neoplásicos</i>	
	<i>Inflamación</i>	<i>Si no se asocia a infección no es necesario el tratamiento. En mujeres posmenopáusicas poner tratamiento con estrógenos locales al menos tres semanas. Repetir a los tres meses. Derivar a la UPC si persiste inflamación</i>
	<i>Atrofia con inflamación</i>	<i>Tratamiento si síntomas. En mujeres posmenopáusicas poner tratamiento con estrógenos locales al menos tres semanas. Repetir a los tres meses</i>
	<i>Anticonceptivo intrauterino</i>	<i>No es necesario tratamiento</i>
	<i>Radiación</i>	<i>No es necesario tratamiento</i>
	<i>Otros no especificados</i>	<i>Tratamiento si síntomas</i>
	<i>Células glandulares post-histerectomía</i>	<i>No es necesario tratamiento</i>



<i>Anomalías en células epiteliales</i>		
<i>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: <b>Derivación inmediata en inmunocomprometidas</b> 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>Células glandulares</i>		
	<i>Células glandulares mitológicamente benignas</i>	<i>Si edad <math>\geq</math> 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>

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

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

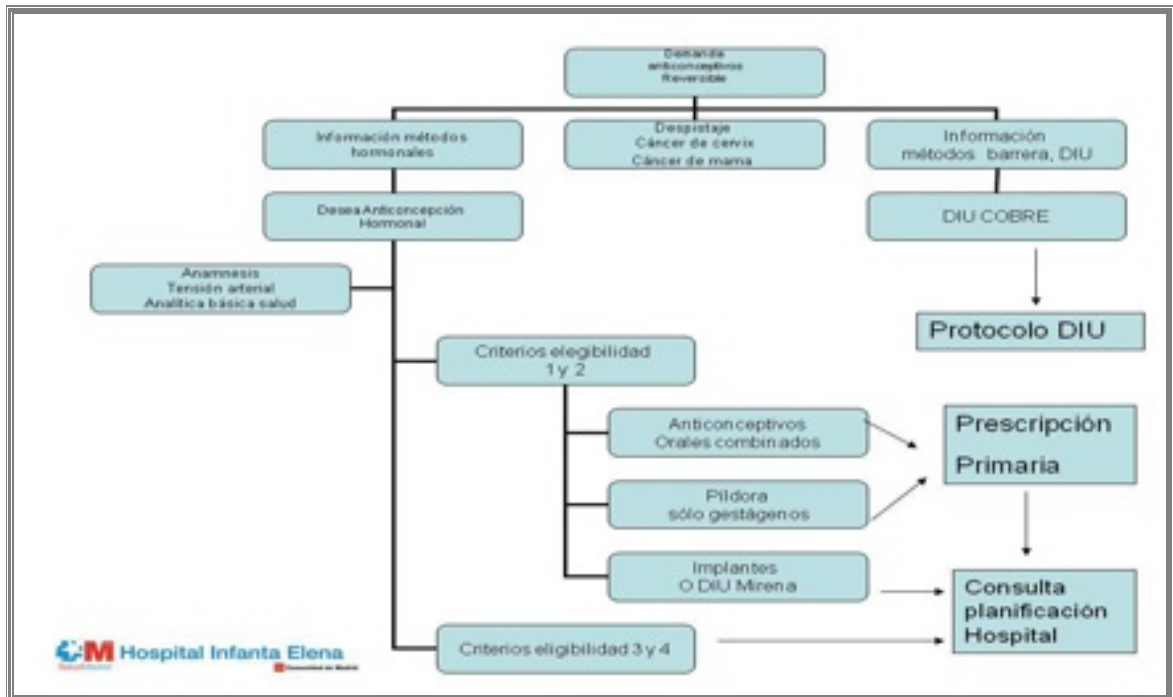
***C/. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR GINECOLOGICA***

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

***a/. Anticoncepción no permanente***

<p><b><i>Mala tolerancia a anticonceptivos hormonales.</i></b></p> <p><b><i>Utilización de anticoncepción hormonal con patología previa.</i></b></p> <p><b><i>Dudas en indicación y problemas durante el manejo de anticoncepción.</i></b></p> <p><b><i>Criterios de Elegibilidad 3 y 4 de la OMS.</i></b></p> <p><b><i>Deseo de inserción de DIU de Cu.</i></b> <i>Aportar citología reciente de menos de un año.</i> <i>Acudir en los primeros 5 días de iniciada la regla los días lunes y miércoles de 8:30 a 9:00, sin cita, a la consulta de Anticoncepción.</i></p> <p><b><i>Deseo de retirada de DIU</i></b> <i>Acudir en los primeros 5 días de iniciada la regla los días lunes y miércoles de 8:30 a 9:00, sin cita, a la consulta de Anticoncepción</i></p> <p><b><i>Complicaciones en pacientes portadoras de DIU.</i></b></p> <p><b><i>Sospecha de expulsión-descenso del DIU.</i></b></p> <p><b><i>La indicación para la utilización del DIU Levonogestrel se la realizara según los protocolos del Hospital.</i></b></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

***b/. Anticoncepción definitiva***



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

## 1. ACTIVIDAD DEL SERVICIO DURANTE EL 2012 EN LAS DISTINTAS UNIDADES

### 1.1. UNIDAD DE PARITORIO

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

Adjuntos: todos los integrantes del equipo médico

- Área de consultas: se realizaron un total de **1.309** registros cardio-tocográficos fetales.
- Área de paritorio:

<b>TOTAL PARTOS AÑOS 2012</b>	<b>1.466 (-2,07% respecto 2011)</b>
-------------------------------	-------------------------------------

#### A/. TIPO DE PARTO

<i>PROCEDIMIENTOS</i>	2011		2012	
<i>PARTO EUTÓCICO</i>	1051	70,21%	1058	72,17%
<i>PARTO INSTRUMENTAL</i>	179	11,96%	157	10,71%
<i>PARTO POR CESÁREA</i>	267	17,84%	251	17,12%
<b><u>TOTAL</u></b>	<b><u>1497</u></b>		<b><u>1466</u></b>	

#### B/. TIPO PARTO INSTRUMENTAL

<i>PROCEDIMIENTOS</i>	2011		2012	
<i>VENTOSA</i>	133	74,3%	92	58,60%
<i>FORCEPS</i>	29	16,2%	40	25,48%
<i>ESPATULAS DE THIERRY</i>	17	9,50%	25	15,92%
<b><u>TOTAL</u></b>	<b><u>179</u></b>		<b><u>157</u></b>	

#### C/. PARTO EN PRESENTACIÓN PODÁLICA

	2011		2012	
<i>VÍA VAGINAL</i>	12	21,82%	3	7,32%
<i>CESÁREA</i>	43	78,18%	38	92,68%
<b><u>TOTAL</u></b>	<b><u>55</u></b>		<b><u>41</u></b>	

D/. PARTO MULTIPLE/ GEMELAR

	2011		2012	
VÍA VAGINAL	14	60,87%	15	50,00%
CESÁREA	9	39,13%	15	50,00%
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>		<b>30</b>	

E/. INDICE EPISIOTOMÍAS

	2011		2012	
<b>INDICE DE EPISIOTOMÍA</b>	<b>260</b>	<b>21,14%</b>	<b>217</b>	<b>17,86%</b>

F/. INDICE DE PH CORDÓN MENOR 7,10

	2011		2012	
<b>PH CORDÓN &lt; 7,10</b>	<b>19</b>	<b>1,27%</b>	<b>29</b>	<b>1,98%</b>

G/. INDICACIONES DE CESAREAS

INDICACIONES CESAREAS	2011		2012	
	267 CESAREAS		251 CESAREAS	
SOPSECHA PERDIDA BIENESTAR FETAL	56	20,97%	62	24,70%
PLACENTA PREVIA/VASA PREVIA	10	3,74%	8	3,19%
DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA (DPPNI)	6	2,25%	6	2,39%
CESAREA ANTERIOR/MIOMECTOMIA	60	23,97%	58	23,11%
PROLAPSO DE CORDÓN	2	0,75%	3	1,20%
PATOLOGIA MATERNA	2	0,75%	8	3,19%
MALPOSICION FETAL (cara, frente,...)	2	0,75%	1	0,40%
SITUACION TRANSVERSA	2	0,75%	0	0,00%
PRESENTACION NALGAS	43	16,10%	38	15,14%
FRACASO DE INDUCCION/ NO PROGRESION	50	18,73%	43	17,13%
DESPROPORCION PELCICO-CEFALICA	34	12,73%	23	9,16%

G/. VERSIONES EXTERNAS

	<i>CON EXITO</i>		<i>SIN EXITO</i>		<i>TOTAL</i>
<b><i>VERSIONES EXTERNAS</i></b>	<b>9</b>	<b>60%</b>	<b>6</b>	<b>40%</b>	<b>15</b>

H/. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR COMPLICACIONES POST-PARTO

<i>PROCEDIMIENTOS</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>
<i>EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA</i>	3	4
<i>REPARACION DESGARRO VAGINAL</i>	3	6
<i>DRENAJE HEMATOMA VAGINA</i>	2	3
<i>LEGRADO PUERPERAL</i>	12	3
<i>HISTERECTOMIA OBSTÉTRICA</i>	1	0
<i>LIGADURA ART ILIACA INTERNA</i>	1	0
<i>DRENAJE HEMATOMA PARED ABDOMINAL</i>	1	0
<i>CORRECCION INVERSIÓN UTERINA</i>	1	0
<b><i>TOTAL</i></b>	<b>24 (1,60%)</b>	<b>16 (1,09%)</b>

## 1.2 UNIDAD DE CIRUGÍA GINECOLÓGICA

Coordinador de la unidad: Dr. Jose Sevilla Ros

La actividad quirúrgica se ha venido desarrollando en el transcurso del año en el BLOQUE QUIRÚRGICO, realizándose la cirugía obstétrica en el quirófano N° 1 y la cirugía programada ginecológica en el quirófano N° 2 salvo raras ocasiones que se han utilizado otros quirófanos N° 3, N° 4 ó N° 5, todos los lunes y viernes, además de los miércoles alternos.

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	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<b>CONSULTA CIRUGÍA GINECOLÓGICA</b>						
<b>PRIMERAS CONSULTAS</b>	<b>249</b>	<b>206</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>5</b>
<b>REVISIONES</b>	<b>292</b>	<b>319</b>	<b>17</b>	<b>27</b>	<b>13</b>	<b>5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>541</b>	<b>525</b>	<b>31</b>	<b>40</b>	<b>29</b>	<b>10</b>
<b>VARIACION AÑO 2012 CONSULTAS</b>	<b>-26</b>		<b>-4,32%</b>			

### B/. AREA DE QUIRÓFANO:

#### ACTIVIDAD TOTAL

	URGENTES		PROGRAMADOS		TOTAL	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<b>184</b> (32,57%)	<b>170</b> (33,14%)	<b>381</b> (67,43%)	<b>341</b> (66,86%)	<b>565</b>	<b>511</b>
<b>VARIACIÓN AÑO 2012 PROCEDIMIENTOS</b>	<b>- 54 (- 9,56%)</b>					

	URGENTES		PROGRAMADOS		% TOTAL	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<b>CIRUGÍA CON INGRESO</b>	<b>55</b>	<b>40</b>	<b>167</b>	<b>155</b>	<b>39,29%</b>	<b>38,24%</b>
<b>CIRUGÍA SIN INGRESO</b>	<b>129</b>	<b>130</b>	<b>214</b>	<b>186</b>	<b>60,71</b>	<b>61,76%</b>

**ACIVIDAD POR ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA:**

	<i>URGE.</i>		<i>PROG.</i>				
	2011	2012	2011	2012	2011 <i>TOTAL</i>	2012 <i>TOTAL</i>	<i>VARIACION</i>
<i>CIRUGÍA DE MAMA</i>	7	12	52	58	59	70	+18,64%
<i>CIRUGÍA HISTEROSCÓPICA</i>	0	1	94	93	94	94	0,00%
<i>CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA</i>	29	15	131	102	160	117	-26,87%
<i>CIRUGÍA ABDOMINAL ABIERTA</i>	6	4	21	33	27	37	+37,04%
<i>CIRUGÍA VAGINAL</i>	16	16	72	52	88	68	-22,73%
<i>CIRUGÍA OBSTÉTRICA</i>	125	123	10	3	135	126	-6,67%

**CIRUGÍA OBSTETRICA:**

	<i>URGENTE</i>		<i>PROGRAMADO</i>		<i>TOTAL</i>		<i>% Actividad QX</i>	
<i>PROCEDIMIENTOS CIRUGÍA ABDOMINAL</i>	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<i>CERCLAJE CERVICAL</i>	0	0	3	3	3	3		
<i>LEGRADO OBSTETRICO (ABORTO)</i>	106	111	7	0	113	111		
<i>LEGRADO PUERPERAL</i>	12	3	0	0	12	3		
<i>REPARACION DESGARRO/HEMATOMA VAGINAL</i>	6	9	0	0	6	9		
<i>DRENAJE HEMATOMA POST-CESAREA</i>	1	0	0	0	1	0		
<b><i>TOTAL</i></b>	<b>125</b>	<b>123</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>135</b>	<b>126</b>	<b>23,9%</b>	<b>24,6%</b>

**CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA:**

	<i>URGENTE</i>		<i>PROGRAMADO</i>		<i>TOTAL</i>		<i>% Actividad QX</i>	
<i>PROCEDIMIENTOS LPS</i>	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<i>CIRUGÍA ENDOMETRIOSIS</i>	2	0	22	15	24	15		
<i>CIRUGIA GESTACIÓN ECTÓPICA</i>	18	7	0	0	18	7		
<i>HISTERECTOMIA TOTAL CON/SIN DA</i>	0	0	16	12	16	12		
<i>HISTERECTOMIA SUPRACERVICAL</i>	0	0	14	14	14	14		
<i>ADHERIOLISIS PELVICA</i>	0	0	1	0	1	1		
<i>LIGADURA TUBARICA BILATERAL</i>	0	0	34	23	34	23		
<i>MIOMECTOMIA LPS</i>	0	0	2	3	2	3		
<i>OOFORRECTOMIA/ANEXECTOMIA</i>	2	1	22	7	24	8		
<i>QUISTECTOMIA DE OVARIO</i>	0	5	12	22	12	27		
<i>SALPINGUECTOMÍA</i>	0	0	8	6	8	6		
<i>EIP (ABSCESES PELVICOS)</i>	7	2	0	0	7	2		
<b><i>TOTAL</i></b>	<b>29</b>	<b>15</b>	<b>131</b>	<b>102</b>	<b>160</b>	<b>117</b>	<b>28,32%</b>	<b>22,90%</b>



**CIRUGÍA HISTEROSCÓPICA:**

<i>PROCEDIMIENTO HSC</i>	<i>URGENTE</i>		<i>PROGRAMADO</i>		<i>TOTAL</i>		<i>% Actividad QX</i>	
	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>
<i>ABLACION ENDOMETRIAL</i>	0	0	1	2	1	2		
<i>HSC DIAGNÓSTIC A+ BIOPSIA ENDOMETRIAL</i>	0	0	8	15	8	15		
<i>EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO (DIU)</i>	0	0	1	0	1	0		
<i>COLOCACIÓN DISPOSITIVO ESSURE</i>	0	0	4	2	4	2		
<i>POLIPECTOMÍA</i>	0	0	44	44	44	44		
<i>MIOMECTOMÍA</i>	0	0	33	20	33	20		
<i>SEPTOPLASTIA</i>	0	0	1	1	1	1		
<i>ADHERIOLISIS (ASHERMAN)</i>	0	0	2	1	2	2		
<i>RESECCION RESTOS OVULARES</i>	0	1	0	8	0	8		
<b><i>TOTAL</i></b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>94</b>	<b>93</b>	<b>94</b>	<b>94</b>	<b>16,63%</b>	<b>18,40%</b>

**CIRUGÍA DE MAMA**

<i>PROCEDIMIENTOS DE MAMA</i>	<i>URGENTE</i>		<i>PROGRAMADO</i>		<i>TOTAL</i>		<i>% Actividad QX</i>	
	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>
<i>TUMORECTOMIA MAMA CON ARPON</i>	0	0	7	1	7	1		
<i>TUMORECTOMIA MAMA</i>	0	0	11	22	11	22		
<i>HEMATOMA MAMA DRENAJE</i>	1	1	0	0	0	1		
<i>ABSCESO DE MAMA DRENAJE</i>	6	11	0	0	6	11		
<i>MASTECTOMIA SIMPLE</i>	0	0	1	2	1	2		
<i>LINFAADENECTOMIA AXILAR</i>	0	0	3	0	3	0		
<i>MASTECTOMIA RADICAL</i>	0	0	7	10	7	10		
<i>TUMORECTOMIA + LINFAADENECTOMIA AXILAR</i>	0	0	2	6	2	6		
<i>TUMORECTOMIA + GANGLIO CENTINELA</i>	0	0	19	7	19	7		
<i>MASTECTOMIA + G. CENTINELA</i>	0	0	0	2	0	2		
<i>GANGLIO CENTINELA</i>	0	0	0	6	0	6		
<i>AMPLIACIÓN MÁRGENES TUMORECTOMIA MAMA PREVIA</i>	0	0	2	1	2	1		
<i>BIOPSIA QUIRURGICA MAMA</i>	0	0	0	1	0	1		
<b><i>TOTAL</i></b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>52</b>	<b>58</b>	<b>59</b>	<b>70</b>	<b>10,44%</b>	<b>13,70%</b>

**CIRUGÍA ABDOMINAL ABIERTA:**

	URGENTE		PROGRAMADO		TOTAL		% Actividad QX	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<b>PROCEDIMIENTOS CIRUGÍA ABDOMINAL</b>								
<i>SALPINGUECTOMIA EXTRAUTERINO</i>	1	1	0	0	1	1		
<i>LAPAROTOMIA EXPLORADORA</i>	3	0	0	1	3	1		
<i>HISTERECTOMIA SUPRACERVICAL</i>	0	1	1	1	1	2		
<i>HISTERECTOMIA TOTAL CON/SIN DA</i>	1	0	6	9	7	9		
<i>ANEXECTOMIA/SALPINGUECTOMIA</i>	0	0	3	4	3	4		
<i>HEMOPERITONEO POST-QX</i>	1	1	0	0	1	1		
<i>MIOMECTOMIA</i>	0	0	11	15	11	15		
<i>HISTERECTOMIA RADICAL</i>	0	0	0	2	0	2		
<i>ENDOMETRIOSIS</i>	0	0	0	1	0	1		
<i>LIGADURA PUERPERAL</i>	0	1	0	0	0	1		
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>21</b>	<b>33</b>	<b>27</b>	<b>37</b>	<b>4,78%</b>	<b>7,24%</b>

**CIRUGÍA VAGINAL:**

	URGENTE		PROGRAMADO		TOTAL		% QX	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<b>PROCEDIMIENTOS CIRUGÍA ABDOMINAL</b>								
<i>DRENAJE Y/O MARSUPIALIZACION ABSCESO BARTHOLINO</i>	9	8	0	0	9	8		
<i>DRENAJE ABSCESOS VULVARES</i>	5	4	0	0	5	4		
<i>DRENAJE HEMATOMA VULVAR</i>	1	0	0	0	1	0		
<i>CLEISIS VAGINAL LEFORT</i>	0	0	1	1	1	1		
<i>CONIZACION CERVICAL</i>	0	0	35	22	35	22		
<i>REPARACION DESGARRO VAGINAL</i>	1	2	0	0	1	2		
<i>DILATACION CERVICAL</i>	0	0	4	0	4	0		
<i>HISTERECTOMIA VAGINAL</i>	0	0	7	7	7	7		
<i>ADHERIOLISIS/ ESTENOSIS VULVAR</i>	0	0	4	0	4	0		
<i>QUISTECTOMIA BARTHOLINO</i>	0	0	4	2	4	2		
<i>CIRUGIA IUE/ MALLA SUBURETRAL</i>	0	0	9	4	9	4		
<i>CORRECCIÓN CISTO/RECTOCELE</i>	0	0	3	4	2	4		
<i>NINFOPLASTIAS</i>	0	0	2	2	2	2		
<i>TUMORECTOMIA DE VULVA</i>	0	0	3	8	3	8		
<i>POLIPECTOMIA CERVICAL</i>	0	0	0	1	0	1		
<i>EXPLORACIÓN BAJO ANESTESIA</i>	0	1	0	1	0	1		
<i>HIMENOPLASTIA</i>	0	1	0	0	0	0		
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>72</b>	<b>52</b>	<b>88</b>	<b>68</b>	<b>15,58%</b>	<b>13,31%</b>

**OTROS:**

	<b>URGENTE</b>		<b>PROGRAMADO</b>		<b>TOTAL</b>	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<b>OTROS PROCEDIMIENTOS</b>						
<b>CISTORRAFIA</b>	0	1	0	0	0	1
<b>URETERONEOCISTOTOMIA</b>	0	0	0	1	0	1
<b>RESECCION INTESTINAL</b>	0	1	0	0	0	1
<b>APENDICECTOMIA LPS</b>	1	0	0	0	1	0
<b>OMENECTOMIA/APENDICECTOMIA</b>	0	0	1	0	1	0

**COMPLICACIONES**

	2012	2011	2012	2011
<b>Total complicaciones ginecológicas</b>	12	9	2,35%	1,59%

**A./ COMPLICACIONES GINECOLÓGICAS QUE PRECISARON TTO. QUIRÚRGICO (8).**

<i>Perforación intestinal en HT abdominal, corregida en mismo acto quirúrgico con resección intestinal con anastomosis latero-lateral.</i>
<i>Perforación intestinal en HT abdominal, corregida en mismo acto quirúrgico con resección intestinal con anastomosis latero-lateral.</i>
<i>Reapertura de laparotomía de HT subtotal por LPM por sangrado abdominal</i>
<i>Reintervención para drenaje de hematoma de mama, post-tumorectomía de mama</i>
<i>Reintervención de hematoma post drenaje de absceso de vulva .</i>
<i>Cistorrafía en laparotomía por miomectomía, corregida en mismo acto quirúrgico</i>
<i>Absceso herida quirúrgica umbilical post-laparoscopia, que preciso drenaje con sedación.</i>
<i>Perforación intestinal en ligadura tubárica por laparoscopia corregida en mismo acto quirúrgico.</i>
<i>Reintervención por hemoperitoneo post-anexectomía vía laparotomía.</i>

**B/. COMPLICACIONES QUE PRECISARON TRATAMIENTO MEDICO CON INGRESO (4)**

<i>Ileo paralítico post histerectomía subtotal por LPS.</i>
<i>Ileo paralítico post salpinguectomía por gestación ectópica accidentado.</i>
<i>Ileo paralítico post histerectomía subtotal por LPS + resección intestinal.</i>
<i>Perforación uterina post-histeroscopia que preciso observación y transfusión concentrados de hematíes.</i>

**C/. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS (6)**

<i>3 Hematomas vaginales post-parto que precisaron tratamiento quirúrgico (sutura).</i>
<i>1 Hematoma vaginal que precisó drenaje y sutura en tres ocasiones.</i>
<i>1 Desgarro de IV grado que precisó sutura.</i>
<i>1 Absceso de pared quirúrgica post-cesárea que precisó drenaje y curas ambulatorias.</i>

### 1.3 UNIDAD DE HISTEROSCOPIA

**Coordinador de la Unidad de Histeroscopia: Dr. José Sevilla Ros**

**Adjuntos: Dra. María Bordés Infantes, Dra. Verónica Sobrino, Dra. Virginia Martín.**

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

#### Área consultas:

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

#### Área quirúrgica:

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

*b/. Histeroscópica sin analgesia; se realizó en la sala de procedimientos de enero a septiembre, ubicada en del área quirúrgica con un intervalo entre pacientes de 30 minutos, de 09:00h a 14.00h, y posteriormente en la sala de endoscopia ubicada en el área quirúrgica con el mismo intervalo y horario.*

*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	
<b>CONSULTA DE HISTEROSCOPIA</b>	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<b>PRIMERAS CONSULTAS</b>	<b>279</b>	<b>276</b>	<b>16</b>	<b>44</b>	<b>9</b>	<b>9</b>
<b>REVISIONES</b>	<b>188</b>	<b>237</b>	<b>48</b>	<b>68</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>467</b>	<b>513</b>	<b>64</b>	<b>112</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
<b>VARIACION AÑO 2012 CONSULTAS</b>	<b>+ 94 consultas</b>		<b>+17,31%</b>			

**BLOQUE QUIRÚRGICO:**

	<b>CON ANESTESIA</b>		<b>SIN ANESTESIA</b>	
	2011	2012	2011	2012
<b>PROCEDIMIENTOS HSC</b>				
<b>HSC DIAGNÓSTICA</b>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	36 (14,5%)	17 (5,9%)
<b>HSC DIAGNÓSTICO + BX ENDOMETRIAL</b>	8 (10,4%)	16 (17,2%)	53 (21,4%)	81 (28,0%)
<b>EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO (DIU)</b>	1 (1,3%)	0 (0,0%)	13 (5,2%)	3 (1,0%)
<b>INSERCCION DISPOSITIVO ESSURE</b>	1 (1,3%)	1 (1,1%)	35 (14,1%)	15 (5,2%)
<b>POLIPECTOMÍA</b>	30 (39,0%)	12	109 (44,0%)	160 (55,4%)
<b>MIOMECTOMÍA</b>	33 (42,8%)	20 (21,6%)	2 (0,8%)	1 (0,4%)
<b>ENDOMETRECTOMÍA</b>	1 (1,3%)	2 (2,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b>ADHERIOLISIS (ASHERMAN)</b>	2 (2,6%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)
<b>SEPTOPLASTIA</b>	1 (1,3%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b>RESECCION RESTOS OVULARES</b>	0 (0,0%)	12 (12,9%)	0 (0,0%)	8 (2,8%)
	77 (23,7%)	93 (24,4%)	248 (76,3%)	289 (75,6%)
<b>TOTAL</b>	<b>2011 (325)</b>		<b>2012 (382)</b>	
<b>VARIACIÓN INTERANUAL</b>	<b>+ 57</b>		<b>+17,54%</b>	

**COMPLICACIONES**

<b>COMPLICACIONES HISTEROSCÓPICAS</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<i>Cuadro vaso-vagal leve-moderado que se resuelve con observación y/o tratamiento médico.</i>	<b>6</b>	<b>4</b>
<i>Perforación uterina, que precisó ingreso para observación y tratamiento médico.</i>	<b>1</b>	<b>1</b>
	<b>7 (2,46%)</b>	<b>5 (1,31%)</b>
<b>VARIACION INTERANUAL COMPLICACIONES</b>	<b>- 53%</b>	

### **Comentario de la 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 382 histeroscopias en 2012. 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.*

*Los resultados que hemos obteniendo en estos cinco años han ido mejorando año tras año, consiguiendo reducir el número de histeroscopias que precisaron anestesia general, con la consiguiente reducción de pacientes que precisaron quirófano, contribuyendo al control de las listas de espera quirúrgicas de nuestro servicio.*

*A su vez hemos conseguido reducir tanto el número de complicaciones como su gravedad, pasando de un 4% a un 1,3%.*

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

*Por ello tenemos como objetivo para el 2013, la reducción de procesos quirúrgicos histeroscópicos con anestesia, gracias a las nuevas tecnologías de resección de miomas y pólipos con el sistema de morcelación mecánica y/o sistemas de vaporización con LASER, que hacen posible la realización de más procedimientos sin anestesia, con el consecuente reducción de listas de espera quirúrgicas y reducción de gasto sanitario al no precisar ningún tipo de ingreso hospitalario. También estudiaremos métodos y tratamientos para mejorar la preparación de las pacientes previa a la HSC con el fin de reducir el número de complicaciones así como aumentar la tolerabilidad del procedimiento.*

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

#### **1.4. UNIDAD DE PATOLOGIA CERVICAL**

Coordinador: Dra. Silvia Fraga Campo

Adjuntos: Dra. Yurena Díaz Bidart

#### **ÁREA CONSULTAS:**

	<b>NORMALES</b>		<b>PREFERENTES</b>		<b>URGENTES</b>	
<b>CONSULTA DE PATOLOGÍA CERVICAL</b>	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<b>PRIMERAS CONSULTAS</b>	254	252	30	51	6	9
<b>REVISIONES</b>	424	564	95	53	16	11
<b>TOTAL</b>	678	816	125	104	22	20
<b>Variación interanual</b>	+ 136 consultas			+ 15,27%		

#### **PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN CONSULTA DE UPC**

<b>PROCEDIMIENTOS EN CONSULTA</b>	2011	2012
<b>CITOLOGÍAS</b>	279	288
<b>BIOPSIAS DE CUELLO</b>	186	159
<b>BIOPSIAS DE VULVA</b>	33	36
<b>BIOPSIAS DE VAGINA</b>	10	5
<b>LEGRADO ENDOCERVICAL (LEC)</b>	32	42
<b>BIOPSIA ENDOMETRIAL</b>	0	2
<b>TIPIFICACION HPV</b>	143	135
<b>COLPOSCOPIAS</b>	386	395
<b>VULVOSCOPIAS/VAGINOSCOPIA</b>	149	183
<b>CRIOCOAGULACIÓN CERVICAL</b>	11	8
<b>AMPLIACIÓN VULVAR</b>	---	2
<b>POLIPECTOMIA CERVICALES</b>	---	17
<b>TOMA DE CULTIVOS VAGINAL/ENDOCERVICAL</b>	---	24



## **PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN QUIRÓFANO**

<b>PROCEDIMIENTOS EN QUIRÓFANO</b>	2011	2012
<b>CONIZACIONES</b>	35	24
<i>CIN I que no cumple criterios de observación</i>	6	3
<i>CIN I persistente</i>	1	4
<i>Discordancia citología/colposcopia</i>	3	1
<i>CIN II-III</i>	20	15
<i>Reconización</i>	5	1
<b>HISTERECTOMIA POR LPS</b> <i>(Ansiedad paciente, borde endocervical afecto tras reconización)</i>	0	1
<b>EXÉRESIS TUMORACIÓN DE VULVA</b> <i>Rdos AP: Fibroadenoma (1), Tumor de cel. De la granulosa (1)</i>	---	2

	2011	2012
<b>CONIZACIONES COMPLICACIONES</b>	4	0
<i>Enfermedad inflamatoria pélvica</i>	1	0
<i>Hemorragia leve post-cono</i>	3	0
<b>CONIZACIONES NEGATIVOS</b>	0	9

## **FORMACIÓN**

- VI Jornada de Formación en Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia (actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid-Sistema Nacional de Salud con 1,2 créditos, equivalente a 12 horas lectivas) Hospital Clínico San Carlos, Madrid (1 de junio de 2012)
- New Guidelines Issued on Cervical Cancer Screening (awarded by ACCME 0,25 AMA PRA Category 1 Credit) on line, noviembre 2012
- Prevención Oncológica del Cáncer asociado al Virus del Papiloma Humano (organizado por FREMAP y el Hospital Universitario Quirón Madrid) Madrid, 29 noviembre de 2012
- XXIV Congreso Anual de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (1,9 créditos) San Sebastian (22-24 de noviembre de 2012)

## **SESIONES IMPARTIDAS POR LA UNIDAD**

- Citología en medio líquido
- Novedades en vacunas VPH
- Screening de cáncer de cerviz

## **SESIONES CON SERVICIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA**

*Se han ido realizando reuniones conjuntas para revisión de las conizaciones, realización de protocolos (solicitud de test HPV por parte de Anatomía Patológica, aprovechando que disponemos de la citología en medio líquido, en las citologías con ASCUS y SIL de bajo grado en mayores de 50 años)*

## **ACTIVIDAD DOCENTE**

- *Coordinadora y Participante en calidad de Ponente de las I Jornadas de Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria. Organizadas por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Infanta Elena. Intervención: "Screening de cáncer de cervix" (Valdemoro, 25 de mayo 2012)*
- *Participante en calidad de Ponente en la I Jornada Capio Catalunya en Ginecología y Obstetricia. Curso de Patología cervical, organizada por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Catalunya. Ponencia: Novedades en vacunas VPH. (Sant Cugat del Vallés, Barcelona, 28 de septiembre de 2012)*

## **NOTAS**

- *Incorporación de la citología en medio líquido a partir de julio de 2012 con lo que se ha disminuido la proporción de citologías inflamatorias, evitándose la repetición de las mismas y disminuyendo el número de pacientes derivadas a la Unidad de Patología Cervical por citologías inflamatorias de repetición*
- *Recomendación de la vacunación contra el VPH: hemos realizado un documento en el que tras diagnóstico de CIN / LSIL/ HSIL/ VPH/ tratamientos con crioterapia y conización, recomendamos la vacunación (dada la menor probabilidad de recidiva de la enfermedad en pacientes vacunadas en relación con las no vacunadas, tal como se ha podido demostrar en los estudios realizados por ambas vacunas)*
- *En 2012 ha habido una mayor colaboración con el Servicio de Anatomía Patológica (sesiones clínicas, revisión de conizaciones, establecimiento de protocolos de screening de cáncer de cervix...)*
- *El dato de las conizaciones en blanco nos ha preocupado bastante (todos los casos corresponden al primer semestre de 2012). Revisando las historias, la mayoría eran por colposcopias no satisfactorias, con legrados endocervicales con CIN. Hemos hablado con el Servicio de Anatomía Patológica en 2012 y estamos realizando una revisión de citologías/biopsias cervicales previas a la conización.*

## **REUNIONES CON PRIMARIA**

*En el ambulatorio del Restón se han realizado 3 reuniones durante el año 2012, se han comentado los protocolos de la SEGO sobre screening de cáncer de cervix, la incorporación de la citología en medio líquido, actualización de criterios de derivación a la Unidad de Patología Cervical, insistimos en la importancia de la prevención primaria de cáncer de cervix mediante la vacuna contra el virus del papiloma. No solamente recomendándola en adolescentes según calendario vacunal (ahí es dónde se centraría la mayoría del esfuerzo, para intentar coberturas amplias de vacunación). Pero también debemos recomendar la vacunación en el resto de las mujeres (siguiendo las recomendaciones avaladas por la AEPPC, SEGO, etc...)*

## **SUGERENCIAS**

- *Incluir el test de HPV dentro del screening de cáncer de cuello uterino aprovechando la ventaja de disponer de la citología en medio líquido. Ésto nos permitiría espaciar el intervalo de screening a 5 años ( a nivel ambulatorio).*
- *Continuar insistiendo en la política de vacunación contra el VPH.*
- *Dentro del protocolo de tratamiento del CIN I (tratamiento vs observación) intentaremos realizar más tratamientos observacionales o crioterapia, siempre que se cumplan los protocolos) para disminuir el porcentaje de conizaciones en blanco.*

## 1.5 UNIDAD DE SUELO PÉLVICO 2012

Coordinador: Dra. María Laguna

Adjuntos: Dra. Virginia Martín

### ACTIVIDAD EN CONSULTAS

	NORMALES		PREFERENTES		URGENTES	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<b>CONSULTA DE SUELO PÉLVICO</b>						
<b>PRIMERAS CONSULTAS</b>	<b>106</b>	<b>97</b>	<b>8</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>REVISIONES</b>	<b>117</b>	<b>139</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>223</b>	<b>236</b>	<b>25</b>	<b>35</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

### ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DE LA UNIDAD

PROCEDIMIENTOS	2011	2012
<b>HISTERECTOMIA VAGINAL</b>	<b>8</b>	<b>6</b>
<b>COLPORRAFIAS ANTERIOR ASOCIADA A TOT</b>	<b>7</b>	<b>4</b>
<b>COLPORRAFIA ANTERIOR ASOCIADA A HT</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>COLPORRAFIA ANTERIOR</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
<b>COLPORRAFIA POSTERIOR ASOCIADA A HT</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>COLPORRAFIA POSTERIOR</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>INSERCIÓN MALLA SUBURETRAL (TOT)</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
<b>COLPOCLEISIS VAGINAL (LEFORT)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS	2011	2012
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Hematoma de cúpula vaginal Tratamiento: Observación, con resolución completa</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Retención aguda urinaria Tratamiento: Observación y sondaje vesical 10 días</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Retención aguda urinaria post- TOT Tratamiento: sección de malla</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

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

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

*6-8 pacientes para ejercicios supervisados o electroestimulación  
1 paciente para técnicas conductuales por incontinencia anal.*

*Ante mal resultado de tratamientos de primera línea para la incontinencia se han solicitado 4 estudios urodinámicos al servicio de Urología de la FJD.*

### **NOVEDADES**

*Durante este año se ha comenzado a intentar predecir , qué mujeres padecerán incontinencia urinaria de novo tras la cirugía de prolapso mediante la colocación de pesarios en la consulta y realizando Valsalva durante la bipedestación y la litotomía ( Test de esfuerzo al reducir prolapso), para asociar técnicas anti-incontinencia .*

*También se ha comenzado a medir el volumen post-micción por ecografía , evitando los incómodos sondajes para la paciente, mediante la fórmula de la elipse (  $d1 \times d2 \times d3 \times 0,5$ ).*

*Se ha actualizado el protocolo de actuación ante desgarros de III y IV grado, según lo recomendado y aceptado ya por la SEGO, que requiere profilaxis antibiótica durante la reparación y días después, y unifica las medidas higiénicas a seguir tras la reparación.*

*Inclusión en las cirugías de prolapso de la perineoplastia posterior, ya que los estudios demuestran un mejor resultado de la misma, con respecto al ángulo vaginal postquirúrgico y la incidencia de recidivas.*

*Nuestra unidad ha podido iniciarse en el uso de mini-slings de una única incisión.*

*Se ha comenzado a citar a los partos de alto riesgo de patología de suelo pélvico para revisión en nuestra consulta : partos instrumentales (ventosa, fórceps, espátulas ), grandes recién nacidos > 4.200 – 4.500 g, desgarros de III y IV grado .*

### **NECESIDADES:**

*Se necesitaría una prestación denominada ALTA RESOLUCION DE SUELO PELVICO , ya que solo existe la prestación de Alta Resolución de Ginecología .*

*Necesidad de adjuntar una coletilla en informe de alta de partos que deje claro a los pacientes que deben consultar por incontinencias de orina o de heces que ocurren y se mantienen aún después de 3 meses tras el parto.*

## **1.6 UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA Y GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA 2012.**

*Dra. Sutil Bayo, Susana. Médico adjunto.*

*Dra. Pérez Molina, María Jesús. Médico adjunto.*

*Dra. Bordés Infantes, María. Médico adjunto*

### **1. ESTRUCTURACIÓN ASISTENCIAL DE LA UNIDAD:**

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

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

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

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

*Por último, 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 recientemente 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.*

### **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	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<b>CONSULTA DE PATOLOGÍA DE MAMA</b>						
<b>PRIMERAS CONSULTAS</b>	<b>160</b>	<b>327</b>	<b>75</b>	<b>55</b>	<b>3</b>	<b>9</b>
<b>REVISIONES</b>	<b>350</b>	<b>464</b>	<b>75</b>	<b>89</b>	<b>19</b>	<b>26</b>
<b>TOTAL</b>	<b>510</b>	<b>791</b>	<b>150</b>	<b>144</b>	<b>22</b>	<b>35</b>
<b>CONSULTA DE ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA</b>						
<b>PRIMERAS CONSULTAS</b>	<b>18</b>	<b>25</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>REVISIONES</b>	<b>104</b>	<b>112</b>	<b>22</b>	<b>31</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>212</b>	<b>137</b>	<b>33</b>	<b>41</b>	<b>8</b>	<b>7</b>



**INDICENCIA DE TUMORES DE 2012**

INCIDENCIA	2012	2011
MAMA	36	50
VULVA	0	0
VAGINA	1	0
CÉRVIX	3	3
MIOMETRIO	0	1
ENDOMETRIO	3	7
OVARIO	6	5
TROMPA	0	1
LINFOMA NO HODKING B UTERINO	0	1
SÍNDROME MEIGS	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>68</b>

**ACTIVIDAD QUIRÚRGICA:**

CIRUGÍA MAMA		BENIGNA			MALIGNA
TUMORECTOMÍA	SIN MARCAJE	FAD	LIPO MA	ADENO SIS	
		21	1	1	
TUMORECTOMÍA + BSGC	CON MARCAJE	1			1
	SIN MARCAJE				5
TUMORECTOMÍA + LINFADENCTOMÍA	CON MARCAJE				4
	SIN MARCAJE				1
MASTECTOMÍA	CON MARCAJE				5
	SIN MARCAJE				2
MASTECTOMÍA SIMPLE					2
MASTECTOMÍA SIMPLE + BSGC					1
MASTECTOMÍA RADICAL					11
BSGC PREVIO QT					4
AMPLIACIÓN MARGEN AFECTO					2
DRENAJE ABSCESO		3			
COMPLICACIONES		HEMATOMA 2			CELUTITIS 1

CIRUGÍA ONCOLÓGICA GINECOLÓGICA	MALIGNA	
CIRUGÍA DE ENDOMETRIO ESTADÍO PRECOZ	VÍA LAPAROSCOPIA	3
CIRUGÍA REGLADA DE OVARIO	VÍA LAPAROTOMÍA	2

#### **4. OBJETIVOS:**

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

- *Personalización de las consultas, para poder establecer una relación médico/paciente más cercana y llevar así una evolución de todo el proceso de principio a fin. Sin que eso merme la relación entre profesionales y conocimiento general de todas nuestras pacientes por parte de las integrantes de la Unidad.*
- *Actualización de los protocolos, incluyendo todas las novedades y conocimientos adquiridos desde las diferentes asociaciones acreditadas, a las que pertenecemos, así como de los cursos/congresos a los que asistimos desde la Unidad.*
- *Seguimiento personalizado en planta de las pacientes, por el cirujano que haya realizado la intervención, así como de la psicóloga y voluntarias de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).*
- *Creación de una Unidad de Patología Mamaria interhospitalaria con los Servicios de Cirugía General y Plástica de la Fundación Jiménez Díaz, con proyección en un futuro al Hospital Rey Juan Carlos, que permita poner en común protocolos y formas de actuación, así como los casos más controvertidos, con el objeto de mejorar la calidad de asistencia a nuestras pacientes.*

#### **5. ACTIVIDAD NO ASISTENCIAL:**

*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. Así como la participación activa en la publicación de un Libro que verá la luz el próximo año.*

## **1.7 UNIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA GINECOLÓGICA / ESTERILIDAD**

*Dr. Juan Miguel Rodríguez Candia*

*Dra. Virginia Martín Oliva*

*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*
- 

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	NORMALES		PREFERENTES		URGENTES	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<b>CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA</b>						
<b>PRIMERAS CONSULTAS</b>	<b>378</b>	<b>146</b>	<b>---</b>	<b>5</b>	<b>---</b>	<b>8</b>
<b>REVISIONES</b>	<b>584</b>	<b>204</b>	<b>---</b>	<b>6</b>	<b>---</b>	<b>8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>962</b>	<b>350</b>	<b>---</b>	<b>11</b>	<b>---</b>	<b>16</b>

<b>CANALIZACIONES PARA TECNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<i>FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ</i>	<b>332</b>	<b>223</b>
<i>HOSPITAL 12 DE OCTUBRE</i>	<b>1</b>	<b>5</b>
<i>HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS</i>	<b>1</b>	<b>2</b>
<i>HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN</i>	<b>0</b>	<b>1</b>
<i>SERMAS</i>	<b>0</b>	<b>1</b>

## **1.8 UNIDAD DE CONTRACEPCION**

### **INTRODUCCION**

*Uno de los aspectos mas importantes de los programas de planificación familiar es la asistencia en salud sexual y reproductiva a las mujeres adolescentes, con el objetivo de evitar el embarazo no deseado en este colectivo. En este año 2012 hemos iniciado en este sentido, un 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 nos planteamos desarrollar 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 polimedicadas, de momento esta pendiente de coordinar con el Servicio de Psiquiatría para su posterior validación en el comité de calidad.*

*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.*

*En base a estos avances y problemas nos planteamos definir los objetivos específicos del año 2013 en la consulta de contracepción.*

#### **Próximos objetivos específicos.**

*Coordinar con la UTS la asistencia a mujeres adolescentes que demandan atención en salud sexual y reproductiva, con situación de riesgo psico-social.*

*Coordinar junto con el Servicio de Psiquiatra la asistencia contraceptiva a mujeres en edad reproductiva discapacitadas y/ o institucionalizadas crónicas o agudas en el Centro Benito Menni.*

#### **Objetivos específicos . Año 2012**

*Se ha consolidado la consulta de contracepción con un incremento de actividad de consultas programadas del 14.19% respecto al periodo 2011, con el mismo numero de consultas semanales.*

*Se realizo un protocolo anticonceptivo específico para mujeres discapacitadas pendiente en la actualidad de coordinar con el servicio de psiquiatría.*

*Se inicio la coordinación con la Unidad de Trabajo Social fundamentalmente para la atención a adolescentes en situación de riesgo psico-social.*

*Se elaboró una ponencia sobre anticoncepción en la adolescencia para las jornadas de ginecología obstetricia dirigidas a atención primaria realizada en mayo 2012.*

*Actividad asistencial en la consulta de contracepción:*

*El numero total de pacientes atendidas en consulta es de 1400 de las cuales el 52.35% corresponden a primeras visitas y el 47.65% a revisiones*

El incremento de actividad en consulta en lo que se refiere a la atención de pacientes tanto de primera visita como revisiones respecto al año 2011, en el que se atendieron 1226 pacientes, es de 14.19%.

Del total de pacientes citadas el 26.14% no se presentó (tabla 2), similar porcentaje que el registrado durante el año 2011.

	NORMALES		PREFERENTES		URGENTES	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<b>CONSULTA DE ANTICONCEPCION</b>						
<b>PRIMERAS CONSULTAS</b>	435	549	3	6	11	8
<b>REVISIONES</b>	256	450	10	9	23	13
<b>TOTAL</b>	691	999	13	15	34	21

	N°		%	
	2011	2012	2011	2012
<b>PACIENTES PRESENTADAS</b>	738	1035	75,15%	73,88%
<b>PACIENTES NO PRESENTADAS</b>	244	366	24,85%	26,12%
<b>TOTAL</b>	9825	1401		

	N°		%	
	2011	2012	2011	2012
<b>DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)</b>	197	305	83,12%	89,71%
<b>DIU HOSPITALARIO</b>	38	32	16,03%	9,41%
<b>IMPLANTES SUBDÉRMICOS</b>	2	3	0,84%	0,88%
<b>TOTAL</b>	237	340		

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

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

## 1.8 UNIDAD DIAGNOSTICO PRENATAL

Jefa sección obstetricia: Dra. Monserrat González Rodríguez

Adjuntos: Dra. Olga de Felipe

Dra. Esther Pérez Carbajo

Dra. Yurena Díaz Bidart

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

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

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

Número de ecografías de primer trimestre y de segundo trimestre realizadas en la unidad de diagnóstico prenatal en el año 2012:

<b>ECOGRAFÍAS OBSTÉTRICAS</b>	2011	2012
<i>Ecografía de primer trimestre</i>	<b>1270</b>	<b>1164</b>
<i>Ecografía de segundo trimestre o de diagnostico prenatal</i>	<b>1365</b>	<b>1325</b>

<b>ECOGRAFÍAS DIAGNÓSTICO PRENATAL: 1º trimestre</b>												
<i>ene</i>	<i>feb</i>	<i>mar</i>	<i>abr</i>	<i>may</i>	<i>jun</i>	<i>jul</i>	<i>ago</i>	<i>sep</i>	<i>oct</i>	<i>nov</i>	<i>dic</i>	
<b>97</b>	<b>97</b>	<b>96</b>	<b>111</b>	<b>117</b>	<b>94</b>	<b>97</b>	<b>111</b>	<b>109</b>	<b>83</b>	<b>123</b>	<b>135</b>	2011
<b>97</b>	<b>116</b>	<b>84</b>	<b>105</b>	<b>105</b>	<b>102</b>	<b>78</b>	<b>97</b>	<b>84</b>	<b>118</b>	<b>96</b>	<b>81</b>	2012

<b>ECOGRAFÍAS DIAGNÓSTICO PRENATAL: 2º trimestre</b>												
<i>ene</i>	<i>feb</i>	<i>mar</i>	<i>abr</i>	<i>may</i>	<i>jun</i>	<i>jul</i>	<i>ago</i>	<i>sep</i>	<i>oct</i>	<i>nov</i>	<i>dic</i>	
<b>135</b>	<b>117</b>	<b>146</b>	<b>104</b>	<b>92</b>	<b>141</b>	<b>109</b>	<b>105</b>	<b>98</b>	<b>109</b>	<b>101</b>	<b>108</b>	2011
<b>138</b>	<b>136</b>	<b>117</b>	<b>102</b>	<b>127</b>	<b>90</b>	<b>109</b>	<b>102</b>	<b>89</b>	<b>111</b>	<b>108</b>	<b>96</b>	2012

<b>ECOGRAFÍAS DOPPLER OBSTÉTRICAS</b>	2011	2012
<b>MOTIVOS</b> (No realizado contaje).	-----	----
<i>Ecografías de control de crecimiento fetal.</i>		
<i>Ecografías de gestaciones de alto riesgo ( diabetes, gestaciones múltiples, HTA crónicas, preclampsia, .....).</i>		
<i>Ecografía repetidas por mala transmisión sónica.</i>		
<i>Ecografías solicitadas de urgencias, ingresos en planta, ginecológicas, ....</i>		

	2011	2012
<b>AMNIOCENTESIS GENÉTICA</b>	<b>87</b>	<b>67</b>
	<b>5,81%</b>	<b>4,57%</b>
<b>PÉRDIDAS GESTACIONALES RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>0 (0%)</b>
<b>ALTERACIONES CROMOSÓMICAS NO DIAGNOSTICADAS ANTEPARTO</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>0 (0%)</b>
<b>ALTERACIONES CROMOSÓMICAS DIAGNOSTICADAS ANTEPARTO</b>		
<i>Respecto total de partos</i>	<b>4 (0,26%)</b>	<b>3 (0,2%)</b>
<i>Respecto total amniocentesis</i>	<b>4 (4,59%)</b>	<b>3 (4,91%)</b>

<b>CROMOSOMOPATIAS DIAGNOSTICADAS ANTEPARTO POR AMNIOCENTÉSIS</b>	2011	2012
<b>TRISOMÍA CROMOSOMA Nº 21 (SME DE DOWN)</b> <i>Riesgo combinado de primer trimestre (PRISCA) &gt; 1/50, con ecografía 1º trimestre sin marcadores de aneuploidia. Ambos realizaron ILE.</i>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>MOSAICISMO AL 50% DE 47XO /47 XXX ( 48% XO 52% XXX)</b> <i>Desarrollo normal hasta la fecha, pendiente consulta 6 meses.</i>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>SÍNDROME XYY O TRISOMÍA DEL CROMOSOMA Y</b> <i>Paciente 38 años, PRISCA 1/127</i>	<b>1</b>	<b>0</b>

<b>BIOPSIA CORIAL</b>	2011			2012		
	HUIE	FJD	TOTAL	HUIE	FJD	TOTAL
	¿?	¿?	<b>9 (0,6%)</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>8 (0,5%)</b>



<b>INDICACIONES DE LA AMNIOCENTÉSIS</b>	2011	2012
<i>Alto riesgo SD en cribado combinado del 1º trimestre.</i>	<b>50 (57,4%)</b>	<b>31 (46,2%)</b>
<i>Alto riesgo Sme. Edwards en cribado combinad del 1º trimestre.</i>	<b>2 (1,1%)</b>	<b>0 (0,0%)</b>
<i>Deseo materno.</i>	<b>14 (16,0%)</b>	<b>13 (19,4%)</b>
<i>Marcador de aneuploidía en ecografía morfológica precoz.</i>	<b>0 (0,0%)</b>	<b>4 (6,0%)</b>
<i>Marcador de aneuploidía en ecografía morfológica.</i>	<b>7 (8%)</b>	<b>2 (2,9%)</b>
<i>Malformación fetal mayor en ecografía de 1º trimestre.</i>	<b>1 (1,1%)</b>	<b>0 (0,0%)</b>
<i>Malformación fetal mayor en ecografía morfológica.</i>	<b>0 (0,0%)</b>	<b>6 (9,0%)</b>
<i>Antecedente de cromosopatía familiar o personal.</i>	<b>3 (3,4%)</b>	<b>6 (9,0%)</b>
<i>Descartar infección fetal (TORCH/coriamnionitis).</i>	<b>5 (5,7%)</b>	<b>6 (9,0%)</b>
<i>No realizado PRISCA por edad gestacional en madre &gt;35 años.</i>	<b>5 (5,7%)</b>	<b>2 (3,0%)</b>

<b>INDICACIONES DE LA BIOPSIA CORIAL</b>	2011	2012
<i>Alteraciones cromosómicas diagnosticas anteparto</i>	<b>9</b>	<b>8</b>
<i>% respecto el total de partos</i>	<b>0,6%</b>	<b>0,4%</b>
<i>% respecto total de biopsias indicadas por alto riesgo de alteración cromosómica</i>	<b>¿?</b>	<b>85,7%</b>
<i>Casos de Trisomía 21</i>		<b>4 (1 FJD)</b>
<i>Caso de Trisomía 13</i>		<b>1</b>
<i>Caso de trisomía 18 y trisomía X</i>		<b>1 (1FJD)</b>
<i>Estudio de Von Hippel Lindau en madre portadora afecta</i>		<b>1 (1 FJD)</b>

<b>ESTUDIO ESTADÍSTICO DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL PARA EL DIAGNÓSYTICO DE CROMOSOMOPATÍAS</b>	
<i>Sensibilidad global: VP/VP+FN: 3/(3+0)</i>	<b>100%</b>
<i>Especificidad global: VN/VN+FP: 1164-3/(1161+(61-3) )</i>	<b>95,2%</b>
<i>Valor predictivo positivo: VP/VP+FP: 3/(3+(61-3))</i>	<b>4,9%</b>
<i>Valor predictivo negativo: VN/FN+VN: 1161/(0+1161)</i>	<b>100%</b>

## **ALTERACIONES MORFOLOGICAS CONGENITAS DIAGNOSTICADAS :**

*Riñón derecho multiquistico unilateral +Hidronefrosis IV contralateral + Arritmia fetal diagnosticado en segundo trimestre. Cariotipo: 46xx. Deseo parto en otro centro.*

*Hernia diafragmática diagnosticada extraclínica, confirmado diagnóstico en unidad. Se Canaliza a H. U. La Paz*

*Ventriculomegalia 2º gemelo + anhidramnios. RPM 20 sem: 1º gemelo: CIR tipo III sem 29, 2º gemelo: anhidramnios+CIR severo precoz.*

*Meningocele+Arnold-Chiari II diagnosticado en segundo trimestre. Cariotipo: 46xx. ILE.*

*Atresia tricuspídea: hipoplasia cavidades derechas+CIIV. Derivada a Hospital Doce de Octubre.*

*Displasia renal multiquistica izquierda en primer gemelo de gestación gemelar bicorial-biamniótica. Síndrome. HELLP en semana 30. Cesárea.*

*Canal A-V completo. Cariotipo: Trisomía 21. Derivada a Hospital la Paz. Cesárea en semana 31 por fracaso de inducción.*

*Derrame pericardico+hipertrofia VD. Control de gestación posterior en Rumanía.*

*Calcificación intrahepática sin infección fetal no fibrosis quística.*

*Hidronefrosis grado III derecha: obstrucción pielo-calicial*

*Transposición de grandes arterias no corregida. Seguimiento posterior en FJD.*

*Mielomeningocele-Arnold Chiari II. ILE*

*Pseudoaneurisma vena umbilical. Parto eutócico a término de varón sano.*

*Ventriculomegalia 2º gemelo. CIR selectivo de 1 gemelo con muerte intrauterina. Seguimiento posterior en Hospital Gregorio Marañón.*

*Primoinfección congénita por CMV. Hallazgo ecográfico prenatal: ventriculomegalia limite unilateral y oligoamnios severo. Cesárea por presentación podálica en semana 36.*

*Agenesia ductus venoso con drenaje intrahepático a sistema porta. Cariotipo: 46 XY. Estudio Síndrome de Noonan negativo. En seguimiento prenatal en este hospital.*

## **ILE (INTERRUPCIONES LEGALES DEL EMBARAZO)**

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

<b>ILE</b>	2011	2012
<i>Trisomía 21</i>	<b>4</b>	<b>5</b>
<i>Exencefalias</i>	<b>2</b>	<b>0</b>
<i>Holoprosencefalia alobar</i>	<b>1</b>	<b>0</b>
<i>Malformación cardiaca mayor</i>	<b>1</b>	<b>0</b>
<i>Poliquistosis renal fetal. Sme. De Potter</i>	<b>1</b>	<b>0</b>
<i>Trisomía 13 (tras biopsia corial)</i>	<b>0</b>	<b>1</b>
<i>Trisomía 18 + Trisomía X (tras biopsia corial)</i>	<b>0</b>	<b>1</b>
<i>Defectos del tubo neural diagnosticada en eco morfológica</i>	<b>0</b>	<b>2</b>

*Además del estudio genético y morfológico de los fetos, durante en el último años hemos desarrollado nuevas actividades aplicadas a la prevención de patología gestaciones frecuentes como son la amenaza de parto prematuro, la preeclampsia y el retraso de crecimiento intrauterino.*

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

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

*Siguiendo con la obstetricia comentar que uno de los nuevos proyectos para el 2013 se encamina a cambiar el método de inducción del parto de nuestras gestantes. Hemos decidido iniciar el uso de misoprostol vaginal para la maduración cervical y estamos planteando la maduración mecánica con sonda de Foley para aquéllos casos en los que estén contraindicadas las prostaglandinas como son las cesáreas anteriores o en los fetos con CIR tardío que son más sensibles a las hiperdinamias y taquisistolias que pueden desarrollar las mismas.*

## ACTIVIDAD DOCENTE

### 1. CURSOS CON ATENCIÓN PRIMARIA

LUGAR	TEMA
<p><b>Centro de Salud del Restón (Valdemoro)</b></p> <p><b>Responsables:</b></p> <p><i>Dra. Susana Sutil Bayo</i></p> <p><i>Dra. Silvia Fraga Campo</i></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Protocolo cáncer de cérvix (criterios derivación)</li><li>2. Protocolo de anticoncepción (criterios derivación)</li><li>3. Derivación de ecografías ginecológicas.</li><li>4. Recomendación vacunación VPH.</li><li>5. Resolución de dudas en cuestiones obstétrico ginecológicas</li></ol>
<p><b>Centro de Salud de San Martín de la Vega</b></p> <p><b>Responsables:</b></p> <p><i>Consuelo Fernández Dongil</i></p> <p><i>Mª Jesús Pérez Molina</i></p> <p><i>Olga De Felipe Jiménez</i></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Protocolo de citología.</li><li>2. Protocolo de anticoncepción.</li><li>3. Hemorragia uterina disfuncional</li><li>4. Exudados vaginales.</li></ol>
<p><b>Centro de Salud calle Parla (Valdemoro)</b></p> <p><b>Responsables:</b></p> <p><i>Dra. María Laguna Herrera</i></p> <p><i>Dr. Jose Sevilla Ros</i></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Criterios de derivación a las consultas del Servicio</li><li>2. Actualización de protocolos</li><li>3. Presentación de las Primeras Jornada del servicio para atención primaria.</li></ol>
<p><b>Ambulatorio de Ciempozuelos</b></p> <p><b>Responsables:</b></p> <p><i>Dra. María Bordes Infantes</i></p> <p><i>Dra. Yurena Díaz Bidart</i></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Criterios de derivación a las consultas del Servicio</li><li>2. Actualización de protocolos</li><li>3. Presentación de las Primeras Jornada del servicio para atención primaria.</li></ol>

Organización y realización por parte de todo el servicio de ginecología y obstetricia de la “**I Jornada de Ginecología y Obstetricia para atención primaria**”, realizado 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 Comunidad de Castilla La Mancha.

**SESIONES HOSPITALARIAS INTERDISCIPLINARES**

<b>TEMA</b>	<b>PONENTE/AUTOR</b>
<i>“Diagnóstico y tratamiento de las TORCH”</i>	<i>Dra. Montserrat González Dra. María Laguna Herrena</i>
<i>“Enfermedades tiroideas y embarazo”</i>	<i>Dra. Yurena Díaz Bidart</i>
<i>Charla interna de los servicio de Ginecología - Obstetricia y de Pediatría: “Neuroprotección con sulfato de magnesio.</i>	<i>Dra. Montserrat González</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.*

**SESIONES CLÍNICAS INTERNAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRÍCIA**

<b>TEMA</b>	<b>PONENTE/AUTOR</b>
<i>“Nueva clasificación colposcópica” I – II parte.</i>	<i>Dra. Silvia Fraga Campo</i>
<i>“Asistencia al parto en presentación podálica”</i>	<i>María Bordés Infantes</i>
<i>“Revisión del protocolo de versión externa”</i>	<i>Dra. Montserrat González Rodríguez</i>
<i>“Neuprotección con sulfato de Magnesio</i>	<i>Dra. Montserrat González Rodríguez</i>
<i>“Actitud y criterios quirúrgicos de patología ginecológica benigna: miomas, pólipos endometriales y quistes de ovario”</i>	<i>Dra. Consuelo Fernández Dongil</i>
<i>“Actualización sobre colestasis gestacional”</i>	<i>Dra. Esther Pérez Carbajo</i>
<i>“Hemorragia genital”</i>	<i>Dr. José Sevilla Ros</i>
<i>“Embolización de miomas”</i>	<i>Dr. José Sevilla Ros</i>
<i>“Parálisis braquial post parto”</i>	<i>Dr. Juan Miguel Rodríguez Candia</i>
	<i>Continúa.....</i>

... ..	
<b>“Nuevos medicamentos para la osteoporosis. Denosumap”</b>	<i>Dr. Juan Miguel Rodríguez Candia</i>
<b>“Hormonoterapia en el cáncer de mama”</b>	<i>Dra. M<sup>a</sup> Jesús Pérez Molina</i>
<b>“Patología de mama: protocolo de revisiones y derivación a consulta especializada”</b>	<i>Dra. Susana Sutil Bayo</i>
<b>“Screening del cáncer de cérvix”</b>	<i>Dra. Silvia Fraga Campo</i>
<b>“Screening del cáncer de mama”</b>	<i>Dra. Susana Sutil Bayo</i>
<b>“Hemorragia uterina disfuncional”</b>	<i>Dr. José Sevilla Ros</i>
<b>“Derivación de pacientes a la Unidad de Suelo Pélvico”</b>	<i>Dra. María laguna Herrera</i>
<b>“Esterilidad y amenorrea”</b>	<i>Dra. Verónica Sobrino Mota</i>
<b>“Menopausia y THS”</b>	<i>Dra. María Bordes Infantes</i>
<b>“Anticoncepción en la adolescencia”</b>	<i>Dra. Consuelo Fernández Dongil</i>
<b>“Nuevo protocolo de Inducción con Misofar”</b>	<i>Dra. Esther Pérez Carbajo</i>
<b>“Síndrome de Lynch”</b>	<i>Dra. María Bordés Infantes</i>
<b>“Citología en medio líquido”</b>	<i>Dra. Silvia Fraga Campo</i>
<b>“Nuevo Protocolo de tromboprolifaxis en la embarazada”</b>	<i>Dra. Olga De Felipe Jiménez</i>
<b>“Actualización sobre el nuevo DIU Mirena”</b>	<i>Dra. Consuelo Fernández Dongil</i>
<b>“Nuevo protocolo de amenaza de parto prematuro”</b>	<i>Dra. Montserrat González Rodríguez</i>
<b>“Avances en prematuridad”</b>	<i>Dra. Montserrat González Rodríguez</i>
<b>“Evaluación de la proteinuria en gestantes”</b>	<i>Dra. Virginia Martín Oliva</i>
<b>“Control del embarazo en el Área del HUIE”</b>	<i>Dra. Montserrat González Rodríguez</i>
<b>“Cirugía en directo on-line: Linfaadenectomía para-aórtica en adenocarcinoma de endometrio”</b>	UNIVADIS
<b>Ponencia en directo on-line sobre miomas.</b>	UNIVADIS

**MEMORIA CIENTIFICA DEL SERVICIO**

**1. PUBLICACIONES**

<b>TEMA</b>	<b>AUTOR</b>
<b><i>Gestación ectópica recurrente: gestación ectópica en muñón de salpinguectomía en paciente con antecedentes de 2 embarazos ectópicos previos en la misma trompa y ligadura tubárica contralateral</i></b>	<i>Pérez Carbajo E, Laguna Herrera M., Pomares A., González Rodríguez M., Rodríguez Candia J.M.</i>  <b><i>Toko - Gin Pract, 2012; 71 (2): 37-39</i></b>
<b><i>Gestación gemelar complicada con feto acardio. Presentación de un caso y revisión de la literatura</i></b>	<i>González-Rodríguez, M.M.</i>  <b><i>Clin invest ginecol obstet. 2012; 39:38-41. - vol.39 núm. 01.</i></b>
<b><i>Secuencia anemia policitemia espontánea.</i></b>  <i>Presentación de un caso y revisión de la bibliografía</i>	<i>González Rodríguez M., Díaz Bidart Y., Pérez Carbajo E., Rodríguez Candia J.M..</i>  <b><i>Presentado al concurso de casos clínicos en obstetricia de los laboratorios Merck</i></b>
<b><i>A propósito de un caso: revisión de pacientes nacidos vivos con síndrome de Edwards.</i></b>	<i>Bordés Infantes, M.; Sobrino Mota, V.; González Rodríguez, M.; Rodríguez Candia, J.M..</i>  <b><i>Presentado al concurso de casos clínicos en obstetricia de los laboratorios Merck</i></b>  .....
.....  <b><i>“Marcadores bioquímicos de cromosomopatía (PAPP-A y B-hcg) como predictores de alteraciones de crecimiento fetal.</i></b>	<i>Pérez Carbajo E, González Rodríguez M, Rodríguez Candia JM.</i>  <b><i>Prog Obstet Ginecol 2012.</i></b>
<b><i>Libro: Control de Bienestar Fetal Intraparto.</i></b>  <i>Capítulo “Tipo y elementos de un monitor”</i>	<i>Esther Pérez Carbajo.</i>  <b><i>Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. 2012. I.S.B.N: 978-84-695-6031-0.</i></b>

## 2. POSTERS / COMUNICACIONES

<b>TEMA</b>	<b>AUTOR</b>
<p><i>Comunicación</i></p> <p><b>Técnicas de reconstrucción vulvar inmediata tras cirugía radical de vulva.</b></p>	<p><i>Verónica Sobrino Mota</i></p> <p>31 Reunión Nacional de la Sección de Ginecología Oncológica y Patología Mamaria de la SEGO. Sevilla, 26-28 Octubre 2012.</p>
<p><i>Póster</i></p> <p><b>Estudio Descriptivo del Tratamiento del Cáncer de Endometrio en una serie de 94 casos. Valoración del Abordaje Laparoscópico.</b></p>	<p><i>Verónica Sobrino Mota</i></p> <p>31 Reunión Nacional de la Sección de Ginecología Oncológica y Patología Mamaria SEGO. Sevilla, 26-28 Octubre 2012.</p>
<p><i>Póster</i></p> <p><b>Colpextomía vía Laparoscópica en un caso de recidiva de cáncer epidermoide en cúpula vaginal.</b></p>	<p><i>Verónica Sobrino Mota</i></p> <p>31 Reunión Nacional de la Sección de Ginecología Oncológica y Patología Mamaria. SEGO. Sevilla, 26-28 Octubre 2012.</p>
<p><i>Póster</i></p> <p><b>Atresia duodenal en trisomía 18 con diagnóstico prenatal y supervivencia neonatal tardía.</b></p>	<p><i>M. González Rodríguez, O. De Felipe Jiménez, Y. Díaz Bidart. E Pérez Carbajo, J.M. Rodríguez Candia.</i></p> <p>27 Congreso Nacional de Ecografía Obstétrica Ginecológica SESEGO. 17-19 Mayo 2012. Madrid</p>

## 3. PONENCIAS

<b>TEMA</b>	<b>AUTOR</b>
<p><i>1ª Jornada Capiro Catalunya en Ginecología y Obstetricia. Curso de Patología cervical.</i></p> <p><i>Organizada por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Catalunya. . (Sant Cugat del Vallés, Barcelona, 28 de septiembre de 2012)</i></p> <p><b>“Novedades en vacunas VPH”</b></p>	<p><i>Dra. Silvia Fraga campo</i></p>
<p><i>Curso de Ginecología en Atención Primaria y ambulatoria”</i></p> <p><i>Organizado por el Colegio de Médicos de Madrid.</i></p> <p><b>“Exploración ginecológica y mamaria”</b></p>	<p><i>Dra. Esther Pérez Carbajo</i></p>



<p><i>I Jornada en Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria organizado por Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro.</i></p> <p><b>“Fármacos y embarazo.</b></p>	<p><i>Dra. Esther Pérez Carbajo</i></p>
<p><i>V curso de fundamentos en obstetricia y ginecología para residentes de I año. Organizado por la S.E.G.O. Teruel.</i></p> <p><b>“Episiotomía, bartholinitis y legrado”</b></p>	<p><i>Dra. Esther Pérez Carbajo</i></p>
<p><i>Profesora . V curso de fundamentos en obstetricia y ginecología para residentes de I año. Organizado por la S.E.G.O. Teruel.</i></p> <p><b>“Taller de parto normal y tocurgia en modelo anatómico”</b></p>	<p><i>Dra. Esther Pérez Carbajo</i></p>
<p><i>I Jornada en Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria organizado por Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro.</i></p> <p><b>“Hemorragia uterina anormal”</b></p>	<p><i>Dr. José Sevilla Ros</i></p>
<p><i>IX Jornadas de salud para mujeres en el climaterio y menopausia. Ayuntamiento de Valdemoro.</i></p> <p><b>“Los cambios en la mujer por la menopausia”</b></p>	<p><i>Dr. Juan Miguel Rodríguez Candia</i></p>
<p><i>I Jornada en Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria organizado por Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro.</i></p> <p><b>“Esterilidad y Amenorrea”.</b></p>	<p><i>Dra. Verónica Sobrino Mota</i></p>
<p><i>I Jornada en Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria organizado por Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro.</i></p> <p><b>“Estados Hipertensivos del Embarazo e Infecciones Perinatales”</b></p>	<p><i>Dra. Olga De Felipe Jiménez</i></p>
<p><i>I Jornada en Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria organizado por Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro.</i></p> <p><b>“Screening de cáncer de mama”</b></p>	<p><i>Dra. Susana Sutil bayo</i></p>
<p><i>I Jornada en Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria organizado por Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro.</i></p> <p><b>“Control de gestación en el área del hospital Infanta Elena”</b></p>	<p><i>Dra. M. González Rodríguez</i></p>
<p><i>I Jornada en Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria organizado por Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro.</i></p> <p><b>“Criterios de derivación a la unidad de suelo pélvico”</b></p>	<p><i>Dra. María Laguna Herrera</i></p>
<p><i>I Jornada en Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria organizado por Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro.</i></p> <p><b>“Anticoncepción”</b></p>	<p><i>Dra. Consuelo Fdez. Dongil</i></p>

<p><i>II Curso de abordaje multidisciplinar del paciente hospitalario. Hospital Universitario Infanta Elena</i></p> <p><b>"Infecciones de transmisión vertical"</b></p>	<p><i>Dra. María Laguna Herrera</i></p>
<p><i>I Jornada en Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria organizado por Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro.</i></p> <p><b>"Menopausia, terapia hormonal"</b></p>	<p><i>Dra. María Bordés Onfantes</i></p>
<p><i>I Jornada en Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria organizado por Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro.</i></p> <p><b>"Patología cervical"</b></p>	<p><i>Dra. Silvia Fraga campos</i></p>
<p><i>Actualización en lactancia materna para profesionales organizado por la comisión de lactancia del hospital infanta Elena</i></p> <p><b>"Anatomía y fisiología de la mama"</b></p>	<p><i>Dra. Montserrat González Rodríguez</i></p>
<p><i>II Curso de abordaje multidisciplinar del paciente hospitalario. Hospital Universitario Infanta Elena</i></p> <p><b>"Diagnóstico y tratamiento de las TORCH"</b></p>	<p><i>Dra. Montserrat González Dra. María Laguna Herrena</i></p>
<p><i>II Curso de abordaje multidisciplinar del paciente hospitalario. Hospital Universitario Infanta Elena</i></p> <p><b>"Enfermedades tiroideas y embarazo"</b></p>	<p><i>Dra. Yurena Díaz Bidart</i></p>

#### **4. DOCENCIA**

<b>TEMA</b>	<b>TUTOR</b>	<b>HORAS</b>
<p><i>Profesor/Tutor en la asignatura de "Habilidades y competencias Interpersonales" de 1º de medicina.</i></p> <p><b>UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA</b></p>	<p><i>Dra. Consuelo Fernández Dongil</i></p>	<p><i>7,2 h.</i></p>
	<p><i>Dr. Juan Miguel Rodríguez Cándia</i></p>	<p><i>7,2 h.</i></p>
	<p><i>Dr. José Sevilla Ros</i></p>	<p><i>7,2 h.</i></p>