



MEMORIA 2015

***SERVICIO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA***

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

AÑO 2015

**HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA VALDEMORO
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**Jefe de Departamento: Dr. Manuel Albi
Jefe de Servicio: Dr. Juan Miguel Rodríguez Candia**

1. INTRODUCCIÓN

El servicio de ginecología y Obstetricia se encuentra formado por un equipo médico de 18 profesionales, con título de especialidad vía MIR, con una amplia trayectoria tanto en la sanidad pública como la privada, aportando una experiencia suficiente como para afrontar y resolver con muy buenos resultados, la gran mayoría de procedimientos que surgen en nuestra especialidad, destacando de una forma importante la buena relación personal y profesional que existe en todo el equipo médico, así como con todo el personal sanitario del servicio (matronas/es, enfermeros/as auxiliares, celadores, administrativos, ...) así como con el resto del personal del hospital, que nos permite la realización de nuestra actividad diaria de una forma mas fluida y productiva.

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

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

En el área ginecológica se está trabajando continuamente con la intención de mejorar la calidad asistencial ofreciendo las técnicas diagnósticas y terapéuticas más innovadoras del momento. El servicio se encuentra subdividido en diversas unidades monográficas con intención de una mayor especialización en diversas patologías de la mujer:

En la unidad de suelo pélvico se esta trabajando para la introducción de nuevas técnicas quirúrgicas de la especialidad (nuevas mallas, cirugía laparoscópica,...), así co o fortalecer la unidad como unidad multidisciplinar en la que participan gran variedad de servicios del propio centro (cirugía general, urología, rehabilitación,...).

En la unidad de histeroscopia se trabaja para realización de rotaciones a nivel interno de todos los especialistas para un perfeccionamiento de la técnica por parte del todo el servicio, y en un futuro próximo intentar promover rotaciones externas de especialistas de otros centros hospitalarios así como residentes que les pudiera interesar. A su vez se ha ido afianzando técnicas que hasta ahora precisaban anestesia general y ahora se van realizando sin analgesia, como las miomectomías septoplastias, etc.

En la unidad de patología cervical se ha protocolizado y consolidado las conizaciones cervicales con anestesia local en sala de procedimientos que hasta ahora se estaban realizando con anestesia general, ofreciendo también la posibilidad de sedación si fuera deseo de la paciente. Mencionar que también se han actualizado los protocolos del screening de cáncer de cerviz, realizando los criterios de derivación a la unidad por parte de atención primaria.

En la unidad de reproducción humana/esterilidad se encuentra en pleno rendimiento, unidad que se realiza en íntima colaboración con la Fundación Jiménez Díaz., habiendo pasado de una consulta semanal a 4 semanales. Unidad donde se realiza todo el estudio y tratamiento de esterilidad, salvo los procedimientos que se precisa laboratorio de biología que se realizan en la Fundación Jiménez Díaz.

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

En la unidad de anticoncepción se ha venido desarrollando colaboraciones con los centros psiquiátricos de la zona con intención de la mejor cobertura anticonceptiva a este tipo de pacientes, así como adecuar el mejor método anticonceptivo en función de cada paciente (edad temprana, pluripatologías,...). A su vez se ha organizado unas jornadas multidisciplinarias en anticoncepción para atención primaria y se ha iniciado un proyecto para organizar un curso de anticoncepción para matronas/es.

A nivel de consultas externas se ha introducido el programa 15, que consiste en la existencia máxima de 15 días de tiempo de espera para la primera consulta, y 15 minutos máximo de espera el día de la consulta, obteniendo unos porcentajes muy elevados de cumplimiento. Y ya en los últimos meses se ha acortado el tiempo de lista de espera máxima a 7 días., lo cual nos ha obligado a crear más consultas de ginecología general.

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

Destacar así mismo, que el servicio de ginecología ha sido galardonado como finalista al mejor servicio de ginecología del 2011, 2013 y 2014 en los premios Best in Class, además de ser galardonado como el mejor servicio del Hospital Universitario Infanta Elena del 2012. Mencionar también que en 2014 el servicio ha sido nominado para los TOP 20 en a sección de la mujer.

2. CUADRO MÉDICO

Jefe de departamento:	Dr. Manuel Albi González
Jefe de servicio :	Dr. Juan Miguel Rodríguez Candia
Jefe de Sección de Obstetricia:	<i>Dra. Montserrat González Rodríguez</i>
Jefe de Sección de Ginecología:	<i>Dr. José Antonio Sevilla Ros</i>
Adjuntos:	<i>Dr. Eloy Álvarez Méndez</i> <i>Dra. Elena Artime</i> <i>Dr. Alan Miliet Bernal Rodríguez</i> <i>Dra. María Bordés Infantes</i> <i>Dra. Olga de Felipe Jiménez</i> <i>Dra. Yurena Díaz Bidart</i> <i>Dra. Consuelo Fernández Dongil</i> <i>Dra. Silvia. Fraga Campo</i> <i>Dra. María Laguna Herrera</i> <i>Dra. Virginia Martín Oliva</i> <i>Dra. Esther Pérez Carbajo</i> <i>Dra. María Jesús Pérez Molina</i> <i>Dr. Alex Pujol Sánchez</i> <i>Dra. Susana Sutil Bayo</i>
Adjuntos sustitutos y apoyo:	<i>Dra. Cristina Fernández Romero</i> <i>Dra. M^a Luisa Valdés Rodríguez</i> <i>Dra. Rosa Edith Valer Cárdenas</i> <i>Dr. Raúl Villasevil Villasevil</i>
Adjuntos apoyo de guardias:	<i>Dra. Ana Fernández Bernardo</i> <i>Dr. Manuel Duárez Coronado</i>

3. CUADRO ENFERMERÍA

a/. Matronas 1^a trimestre

Coordinadora de Matronas:	Diana Vales Fernández
<i>Ana Garrote Robles</i>	<i>Ana Belén González Vicente</i>
<i>Ana Tejada 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>Mar Escarpa Araque</i>	<i>Angela Herranz Lominchar</i>
<i>María Dolores Martínez Sierra</i>	<i>Marina Jaime Arranz</i>
<i>Miguel García Gutiérrez</i>	<i>Gema María Nieto García</i>
<i>Santiago Mozos Martínez</i>	<i>Virginia Maroto Alonso</i>
<i>Ana Sosa Gázquez</i>	

b/. Matronas 2-3-4ª trimestre

Coordinadora de Matronas:

*Alicia Sievers Escribano
Raquel Durán Venera
Lucia Fuertes Luis
Eva Prieto Valle
Marta López Bielsa*

Maria Aranzazu Perez Lopez

*María Luisa Oteo Olmeda
María Pérez Herreros
Yolanda Caballero Encinar
Marcos De Diego Domínguez
María Esther García Pérez*

c/. AUXILIARES ENFERMERÍA

Auxiliares de enfermería de paritorio:

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

Auxiliares de enfermería de consultas

*Sandra Frutos Torres
Lourdes Martínez Ariño
Lourdes Abad Vicente
M^a Paz García Gómez
Laura García Olías
María Gómez Mota
Silvia Muñoz Martínez
Patricia Priego Ruiz*

4. EQUIPAMIENTO:

Se dispone de 5 despachos en el bloque de consultas, una de ellas para la realización de ecografía de alta definición y cuatro para la actividad diaria de las distintas unidades de ginecología y obstetricia. En el bloque obstétrico se dispone de otras 2 consultas donde se realiza la actividad de fisiopatología fetal con monitorizaciones y consulta de matrona, además de pasar la unidad de anticoncepción. Debido a la demanda asistencial y disminución de lista de espera en consultas se ha proyectado abrir una nueva consulta de ginecología situada en la planta cero para primeros del 2016 donde que se habilitará para la unidad de esterilidad, la unidad de suelo pélvico y ginecología general.

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

En la planta materno-infantil hay habilitadas 13 habitaciones individuales de hospitalización, utilizada mayormente para el puerperio y patología obstétrica que precise ingreso hospitalario. En la planta quirúrgica hay habitaciones habilitadas para los ingresos con patología ginecológica, así como para las pacientes quirúrgicas, en un número que va variando según las necesidades del servicio.

La estructura del funcionamiento del servicio se basa en la cobertura diaria de las consultas, urgencias-paritorio, planta obstétrico y ginecológica, actividad quirúrgica programada los lunes y viernes, además de los miércoles alternos y los jueves un quirófano de procedimientos donde se realiza mayormente la histeroscopias diagnosticas y conizaciones, así como otros procedimientos que no precisan anestesia general

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

Área ginecológica

- Ginecología general 3 consultas de turno de mañana la semana de mañana y 5 de turno de tarde.
- Una consulta de histeroscopia los lunes en turno de tarde.
- Tres consultas de patología cervical semanales en turno de mañana (martes, jueves y viernes).
- Tres consultas de esterilidad/endocrinología en turno de mañana (lunes, miércoles y viernes) y una consulta en turno de tarde los martes.
- Una consulta de ecografía ginecológica de alta resolución los martes en turno de tarde.
- Una consulta de suelo pélvico los martes en turno de mañana.
- Tres consultas de oncología-mama los lunes, miércoles y jueves en turno de mañana..
- Una consulta de cirugía ginecológica los viernes en turno de mañana.
- Una consulta de ginecología funcional en turno de mañana (martes en semanas alternas).
- Una consulta de consultor los jueves en turno de tarde.

Bloque obstétrico

- Fisiopatología fetal martes, jueves y viernes en turno de mañana.
- Consulta de matrona martes, jueves y viernes en turno de mañana.
- Dos consultas de planificación familiar lunes y miércoles en turno de mañana y una de turno de tarde los martes.

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

	<i>SALA 1 AM</i>	<i>SALA 2 AM</i>	<i>SALA 3 AM</i>	<i>SALA 4 AM</i>	<i>SALA 5 AM</i>	<i>BLOQUE AM</i>
L	<i>Onco Mama</i>	<i>Ginecología general</i>	<i>Ecografía Doppler</i>	<i>Esterilidad/ exudados</i>	<i>Obstetricia</i>	<i>Planificación familiar</i>
M	<i>UPC</i>	<i>Ginecología Funcional/ endocrino</i>	<i>Ecografía Doppler</i>	<i>Suelo Pélvico</i>	<i>Obstetricia</i>	<i>FPF Matrona</i>
X	<i>Onco Mama</i>	<i>Ginecología general</i>	<i>Ecografía Doppler</i>	<i>Esterilidad/ exudados</i>	<i>Medicina Fetal</i>	<i>Planificación familiar</i>
J	<i>UPC</i>	<i>Ginecología general</i>	<i>Ecografía Doppler</i>	<i>Oncología Mama</i>	<i>Obstetricia</i>	<i>FPF Matrona</i>
V	<i>UPC</i>	<i>Cirugía ginecológica</i>	<i>Ecografía Doppler</i>	<i>Esterilidad/ exudados</i>	<i>Obstetricia</i>	<i>FPF Matrona</i>

	<i>SALA 1 PM</i>	<i>SALA 2 PM</i>	<i>SALA 3 PM</i>	<i>SALA 4 PM</i>	<i>SALA 5 PM</i>	<i>BLOQUE PM</i>
L		<i>Histeroscopia</i>		<i>Ginecología general</i>		
M			<i>Ecografía/Doppler ginecológica</i>	<i>Ginecología general</i>		<i>Planificación familiar</i>
X			<i>Ecografía/Doppler obstétrica</i>	<i>Ginecología general</i>		
J		<i>Ginecología general</i>		<i>Ginecología Consultor</i>		
V						

5. ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTAS

	<i>2015</i>	<i>2014</i>	<i>VARIACIÓN INTERANUAL</i>
<i>CONSULTA NORMAL</i>	<i>28.267 (89,59%)</i>	<i>26.305 (79,57%)</i>	<i>+7,45%</i>
<i>CONSULTA PREFERENTE</i>	<i>2.076 (6,55%)</i>	<i>2.823 (8,54%)</i>	<i>-26,46%</i>
<i>CONSULTA URGENTE</i>	<i>1.319 (4,16%)</i>	<i>3.930 (11,89%)</i>	<i>-66,63%</i>
<i>NO PRESENTADOS</i>	<i>3.903 (10,97%)</i>	<i>3.620 (9,86%)</i>	<i>+7,81%</i>
<i>TOTAL</i>	<i>31.662</i>	<i>33.058</i>	<i>-4,22%</i>

6. RELACIÓN CON LOS AMBULATORIOS DEL ÁREA.

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

La relación con los médicos de atención primaria de los distintos centros de salud es fluida y se programan reuniones conjuntas y de forma periódica, desplazándonos a los centros de salud periódicamente, en la actualidad se han elaborado y actualizando varios protocolos de criterios de derivación a nuestras consultas para atención primaria.

Reseñar que en el 2015 se han organizado 2 jornadas docentes para atención primaria. Una en mayo “jornada interdisciplinar en anticoncepción” y otra en Noviembre “IV jornada de ginecología y obstetricia para atención primaria”, en la que en ambos hubo una gran participación tanto por parte del servicio como por parte de atención primaria.

7. ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN URGENCIAS

En el último año se atendieron un total de 7.899 pacientes, un **8,08%** del total de las urgencias del Hospital Universitario Infanta Elena.

Respecto al año previo ha habido un ligero aumento del número de urgencias de 48 pacientes, siendo un ascenso del **0,61%**, y con una media de **21,64** pacientes que acuden diariamente a la urgencia de ginecología y obstetricia.

	<i>ene</i>	<i>feb</i>	<i>mar</i>	<i>abr</i>	<i>may</i>	<i>jun</i>	<i>jul</i>	<i>ago</i>	<i>sep</i>	<i>oct</i>	<i>nov</i>	<i>dic</i>	<i>TOTAL</i>
2011	661	602	597	690	713	693	679	636	634	661	670	652	7.579
2012	641	592	609	652	730	623	653	570	648	616	667	679	7.680
2013	630	560	613	662	619	598	636	724	647	738	590	627	7.644
2014	687	556	670	588	643	633	683	716	658	693	630	694	7.851
2015	774	587	665	697	663	663	630	609	662	695	628	626	7.899

8. CRITERIOS DE DERIVACIÓN

a/ CONSULTA MONOGRÁFICA DE MEDICINA FETAL

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

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

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

b. CONSULTA MONOGRÁFICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR GINECOLOGICA

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

<p>Mala tolerancia a anticonceptivos hormonales.</p> <p>Utilización de anticoncepción hormonal con patología previa.</p> <p>Dudas en indicación y problemas durante el manejo de anticoncepción.</p> <p>Criterios de Elegibilidad 3 y 4 de la OMS.</p> <p>Deseo de inserción de DIU de Cobre. Aportar citología reciente de menos de dos años. Acudir en los primeros 5 días de iniciada la regla los días lunes y miércoles de 8:00 a 8:25h o martes de 14:30 a 15:15h sin cita, a la consulta de anticoncepción.</p> <p>Deseo de retirada de DIU Acudir en los primeros 5 días de iniciada la regla los días lunes y miércoles 8:00 a 8:25h o martes de 14:30 a 15:15h , sin cita, a la consulta de anticoncepción</p> <p>Complicaciones en pacientes portadoras de DIU. Sospecha de expulsión-descenso del DIU.</p> <p style="text-align: right;">.....</p>
--

.....

La indicación de utilización del DIU Levonogestrel se la realizará según los protocolos del propio servicio de ginecología y obstetricia

Deseo de anticoncepción definitiva

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

c. CONSULTA MONOGRÁFICA DE PATOLOGÍA CERVICAL GINECOLOGICA

El Screening de cáncer de cuello se realiza en el centro de salud correspondiente según la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.

CRIBADO

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

En caso de citología alterada, el médico de familia informará a la paciente de una forma tranquilizadora y si precisa, la remitirá a consultas externas (ginecología: unidad de patología cervical- UPC) según protocolo. En caso de que la paciente presente más dudas, ésta puede consultar una página web: www.aepcc.org, en donde encontrará información adecuada sobre su patología.

Al ofrecer la fecha de cita a la paciente, se informará de que no puede coincidir con la fecha prevista de la próxima menstruación. La paciente acudirá a consultas de Unidad de Patología Cervical (UPC), 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 fecha de la cita.

La paciente se realizará las revisiones sucesivas en esta misma "Unidad de patología cervical" 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.

CRITERIOS DE CRIBADO

Inicio de cribado a partir de los 25 años si la mujer es sexualmente activa. (NO realizar cribado a menores de 25 años independientemente de la edad de inicio de relaciones sexuales).

Posteriormente se realizará citología cada 3 años.

El cribado finalizará a los 65 años.

Si la paciente presenta una histerectomía total por proceso benigno confirmado en la pieza operatoria deben finalizar el cribado tras la histerectomía (independientemente de la edad, la existencia o no de cribado previo adecuado negativo o de factores de riesgo sexual).

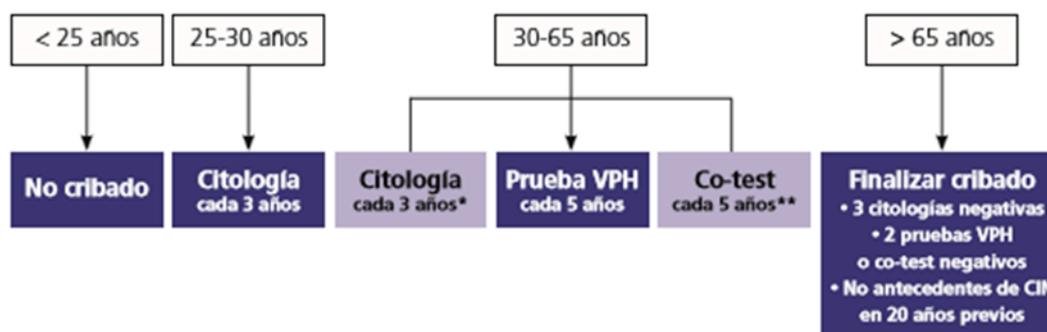
Las mujeres con histerectomía por lesión \geq HSIL/CIN 2, una vez se derivan al cribado rutinario, deben realizar seguimiento durante un período mínimo de 20 años (independientemente de la edad).

En HIV + o inmunodeprimidas:

- Citología anual a partir de los 21 años .
- A partir de los 30 años :
- Cotest (citología y VPH) cada 3 años en mujeres con CD4 >200 cl/uL o con tratamiento antirretroviral (TAR) activo
- Cotest anual si los CD4 < 200cl/uL o no reciben TAR

El servicio de Anatomía Patológica realizará el test de VPH en determinados casos de citología alterada (sin solicitud previa por parte de los centros de Atención Primaria según los protocolos establecidos).

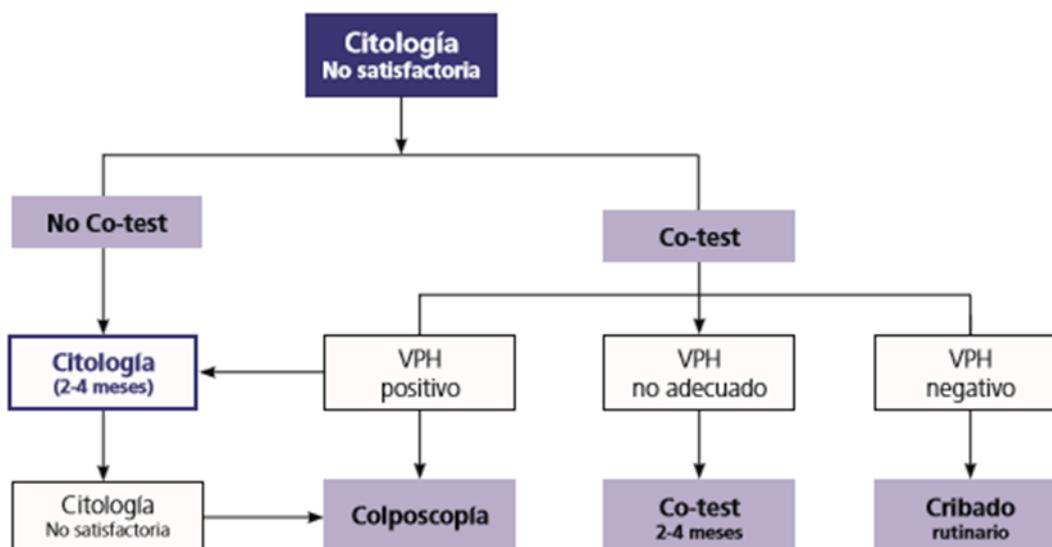
Población diana y estrategia de cribado		Niveles de evidencia	Recomendación
Mujeres que han iniciado su actividad sexual y con edad comprendida entre los 25 y 65 años de edad		Moderado	Fuerte a favor
El cribado, independientemente de la prueba utilizada, debería garantizar una propuesta de base poblacional con mecanismos de evaluación de cobertura		Moderado	Fuerte a favor
Edad	Prueba de cribado		
Antes de los 25 años	Ninguna prueba de cribado	Moderado	Fuerte a favor
Entre 25 y 30 años	Citología cervical cada 3 años	Alto	Fuerte a favor
Entre 30 y 65 años	Prueba VPH cada 5 años. (opción preferente) Prueba VPH y citología (co-test) cada 5 años. (opción aceptable) Citología cada 3 años. (opción aceptable)	Alto Bajo Moderado	Fuerte a favor Débil a favor Débil a favor
A partir de los 65 años	Finalizar cribado Cribado previo adecuado y negativo (10 años) y no CIN o CCU (20 años)	Moderado	Fuerte a favor
Histerectomía (No CIN ni CCU previos)	Ninguna prueba de cribado	Alto	Fuerte a favor
Antecedentes de lesión ≥ a HSIL/CIN2	Cribado al menos 20 años	Moderado	Fuerte a favor
Inmunodeprimidas	Citología a partir de los 21 años Co-test a partir de los 30 años	Bajo Bajo	Fuerte a favor Fuerte a favor
Obtención de muestras de cribado			
Citología en medio líquido			Preferente
Citología, extensión en portaobjetos			Aceptable
Pruebas moleculares, otros medios			Aceptable
Actuación ante una prueba de cribado anormal			
Prueba VPH	Citología "réflex" si medio líquido		Aceptable
Citología	Prueba VPH o Colposcopia (Protocolo específico)		Aceptable



Si citología alterada, remitir a la consulta de UPC del Hospital Universitario Infanta Elena según los criterios de derivación

CRITERIOS DE DERIVACION DE PACIENTES A UNIDAD DE PATOLOGIA CERVICAL (UPC)

La citología debe ser satisfactoria



En caso de que la citología no sea satisfactoria, deberá repetirse la citología (en un plazo de 2-4 meses) hasta obtener una citología satisfactoria

En menores de 30 años con ausencia de células endocervicales no es preciso repetir la citología

Si no se consigue una muestra adecuada en 3 ocasiones... remitir a UPC

Diagnósticos descriptivos:

Negativa para lesión intraepitelial o malignidad: repetir citología a los 3 años (excepto si inmunosupresión/ VIH, que sería anual según las recomendaciones indicadas previamente)

Inflamación: Si no se asocia a infección no es necesario el tratamiento.

En mujeres postmenopáusicas administrar tratamiento con estrógenos locales al menos tres semanas. Repetir a los 3-6 meses. Derivar a UPC si persiste inflamación.

Metaplasia escamosa es un hallazgo normal, no precisa derivación

Anomalías en células escamosas :

ASCUS: El servicio de anatomía Patológica realizará por protocolo el test de VPH.

Si VPH positivo: remitir a UPC

Si HPV negativo, se indica la realización de cotest (VPH y citología) en 3 años
ASC- H Remitir a UPC

LSIL Remitir a UPC

HSIL Remitir a UPC

Carcinoma epidermoide Remitir a UPC preferente

Anomalías en células glandulares:

AGUS Remitir a UPC

Sugestivo de neoplasia Remitir a UPC preferente

Adenocarcinoma in situ Remitir a UPC preferente

Adenocarcinoma Remitir a UPC preferente

Presencia de células endometriales: derivar a consulta de ginecología si menopausia o en mayores de 40 años si la citología no se realizó la semana anterior a la regla

Otras patologías:

Paciente que presenta prurito crónico que no mejora con los tratamientos pautados desde Atención Primaria.

Paciente menopáusica: iniciar tratamiento con estrógenos tópicos locales (vulva y vagina) e hidratación vulvar y si no mejoría, remitir a UPC

Paciente que presenta lesiones blanquecinas y atrofia vulva (posible liquen escleroatrófico / hiperplasia vulva), se puede iniciar tratamiento tópico con corticoides tópicos (clobetasol) previo a remitir a UPC

Pauta:

2 veces al día durante 15 días, posteriormente...

1 vez al día (15 días)...

1 vez al día en días alternos (15 días) mantenimiento 2-3 veces/ semana

Condilomas, remitir a UPC.

Úlceras vulvares remitir a UPC

Vulvodinia remitir a UPC

DERIVAR A GINECOLOGÍA GENERAL (NO ESTÁ INDICADA LA DERIVACIÓN A GINECOLOGÍA-UPC)

- Vulvovaginitis candidiásicas de repetición que no responden a tratamiento*
- Paciente con infección de transmisión sexual que no se pueda diagnosticar o tratar en Atención Primaria*
- Pólipos cervicales*

d/ CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LA CONSULTA DE PATOLOGÍA MAMARIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

La consulta de Patología Mamaria está dedicada al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de aquellas pacientes con un cáncer de mama o patología pre-invasiva. Además, abarca el seguimiento de las personas con antecedentes familiares de cáncer mamario y/o ginecológico.

Por otro lado, se realiza el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con cáncer ginecológico (endometrio, ovario, cérvix, trompa).

Fuera del ámbito oncológico, en esta consulta especializada se realiza también el seguimiento de las pacientes con lesiones mamarias de riesgo.

Dado que existe un amplio abanico de patología mamaria benigna, recientemente se han creado unos criterios de seguimiento en aquellas pacientes que presentan BIRADS-3 (hallazgos radiológicos muy probablemente benignos), para poder ofrecerles a las pacientes un seguimiento a través de la consulta no presencial.

Criterios de derivación a la consulta de Patología Mamaria:

- secreción sanguinolenta por el pezón (telorragia) de forma repentina y reiterada.
- retracción de piel o pezón que la paciente ha notado.
- lesión excrecente mamaria sugestiva de cáncer avanzado.
- lesiones BIRADS-4 en algún control radiológico por nódulo mamario u otros.
- pacientes con antecedentes familiares de cáncer de mama y/u ovario de primer y segundo grado o varios casos en la misma familia o en un varón.
- pacientes postmenopáusicas con nódulo mamario palpable.
- mastitis no puerperales de repetición y crónicas

Criterios de derivación a la consulta de Ginecología General:

- paciente premenopáusica con nódulo mamario (solicitando ecografía previa a ser posible)
- secreción de pezón no sanguinolenta
- mastalgia sin relación con el ciclo menstrual.
- pacientes con BIRADS-3.
- mastitis puntuales resistentes a tratamiento médico.
- alteraciones de prótesis.
- asimetrías mamarias primarias.
- tejido mamario ectópico.

No hace falta enviar a consulta especializada:

- BIRADS -1 ó 2, que no cumplan ningunos de los criterios anteriormente mencionados.
- control de quistes asintomáticos.

9. AREA PARITORIO

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

- *Área de consultas: se realizaron un total de 1.460 registros cardio-tocográficos fetales, con un descenso respecto el año 2014 de un 12.62%.*
- *Área de paritorio:*

TOTAL PARTOS AÑO 2015	1.294 (-3,36% respecto 2014)
------------------------------	-------------------------------------

A/. TIPO DE PARTO

<i>PROCEDIMIENTOS</i>	<i>2015</i>		<i>2014</i>	
<i>PARTO EUTÓCICO</i>	946	73,11%	930	69,45%
<i>PARTO INSTRUMENTAL</i>	141	10,89%	149	11,13%
<i>PARTO POR CESÁREA</i>	207	16,00%	260	19,42%
<u>TOTAL</u>	<u>1.294</u>		<u>1.339</u>	

Tabla1. Tipo de parto HUIE. Año 2015

B/. TIPO PARTO INSTRUMENTAL

<i>PROCEDIMIENTOS</i>	<i>2015</i>		<i>2014</i>	
<i>VENTOSA</i>	103	73.05%	101	67,79%
<i>FORCEPS</i>	22	15.60%	32	21,48%
<i>ESPATULAS DE THIERRY</i>	16	11,35%	16	10.74%
<u>TOTAL</u>	<u>141</u>		<u>149</u>	

Tabla2. Tipo de parto instrumental HUIE. Año 2015

C/. PARTO EN PRESENTACIÓN PODÁLICA

	<i>2015</i>		<i>2014</i>	
<i>VÍA VAGINAL</i>	3	8.57%	4	9,75%
<i>CESÁREA</i>	36	91,43%	37	90,25%
<u>TOTAL</u>	<u>41</u>		<u>41</u>	

Tabla3. Tipo de parto en presentación podálica HUIE. Año 2015

D/. PARTO MULTIPLE/ GEMELAR

	2015		2014	
VÍA VAGINAL	7	35,00%	12	54,55%
CESÁREA	13	65,00%	10	45,45%
TOTAL	20		22	

Tabla 4. Tipo de parto en gestaciones múltiples HUIE. Año 2015

E/. INDICE EPISIOTOMÍAS

	2015		2014	
INDICE DE EPISIOTOMÍA	128	11,78%	174	16,13%

Tabla 5. Episiotomías HUIE. Año 2015

F/. INDICE DE PH CORDÓN MENOR 7,10

	2015		2014	
PH CORDÓN < 7,10	9	0,70%	6	0,45%

Tabla 6. Índice PH <7.0 HUIE. Año 2015

G/. INDICACIONES DE CESAREAS

	2015 207 CESAREAS		2014 260 CESAREAS	
SOSPECHA PERDIDA BIENESTAR FETAL	33	15,94%	44	16,92%
PLACENTA PREVIA/VASA PREVIA	2	0,96%	13	5,00%
DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA (DPPNI)	6	2,89%	3	1,15%
CESAREA ANTERIOR/MIOMECTOMIA	48	23,18%	48	18,46%
PROLAPSO DE CORDÓN	1	0,48%	1	0,38%
PATOLOGIA MATERNA	7	3,38%	4	1,53%
MALPOSICION FETAL (cara, frente,...)	1	0,48%	1	0,38%
SITUACION TRANSVERSA	4	1,93%	1	0,38%
PRESENTACION NALGAS	36	17,39%	37	14,23%
FRACASO DE INDUCCION/ NO PROGRESION	42	20,28%	64	24,61%
DESPROPORCION PELVICICO-CEFALICA	27	13,04%	44	16,92%

Tabla 7. Tipo de parto en gestaciones múltiples HUIE. Año 2015

H/. VERSIONES EXTERNAS

	CON EXITO		SIN EXITO		TOTAL	
	TOTAL	2015	TOTAL	2015	TOTAL	2015
VERSIONES EXTERNAS	44	12	44	7	63	19
TOTAL		63,15%		36,85%	65,08%	

Tabla 8. Tipo de parto en gestaciones múltiples HUIE. Año 2015

I/. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR COMPLICACIONES POST-PARTO

PROCEDIMIENTOS	2015	2014
EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA	4	4
REPARACION DESGARRO VAGINAL	6	1
LEGRADO PUERPERAL	8	18
HISTERECTOMIA OBSTÉTRICA	1	1
LIGADURA ART ILIACA INTERNA	0	1
DRENAJE HEMATOMA INTRA-ABDOMINAL	2	0
TOTAL	22 (1,70%)	25 (1,86%)

Tabla 9 Complicaciones parto/cesárea HUIE. Año 2015

Resultados bajo peso al nacer 2015

1292 recién nacidos: 151 recién nacidos peso menor al percentil 10 (utilizada Calculadora Clinic). (11.6% bajo peso al nacer)

DISTRIBUCIÓN DE PESOS EN TRAMOS

2.6% peso entre 1.000-1.500 gramos

7.9% peso entre 1.501-2.000 gramos

25.2% peso entre 2.001-2.500 gramos

64.2% peso >2.500 gramos

DISTRIBUCIÓN DE PESOS POR PERCENTIL

35.8% (54 pacientes) bajo peso extremo (definido como peso <percentil 3)

64.2 % (97 pacientes) (peso percentil 3-percentil 10).

DIAGNÓSTICO PRENATAL

41.1% de los bajos pesos al nacer (<p10) si presentaban diagnóstico prenatal por ecografía.

**43,5% (27 pacientes) bajo peso extremo (<percentil 3)

**56.5% (35 pacientes) percentil 3-percentil 10.

58.9% NO estaban diagnosticados anteparto

**30.7% (61 pacientes) bajo peso extremo

**69.3% (88 pacientes) peso percentil 3-percentil 10.

Bajo peso extremo (<percentil 3) (54 pacientes): 50% (27 pacientes) con diagnóstico prenatal y 50% (27 pacientes) no diagnosticados antes del parto.

Percentil percentil 3-percentil 10: 36.3% (35 pacientes) con diagnóstico prenatal y 62.9% (61 pacientes) sin diagnóstico prenatal.

RESULTADOS PERINATALES en los recién nacidos con bajo peso

11.3% Apgar <7/8

17.6% pH<7.20

21.2% parto instrumental o cesárea por registro cardiotocográfico patológico o riesgo pérdida de bienestar fetal.

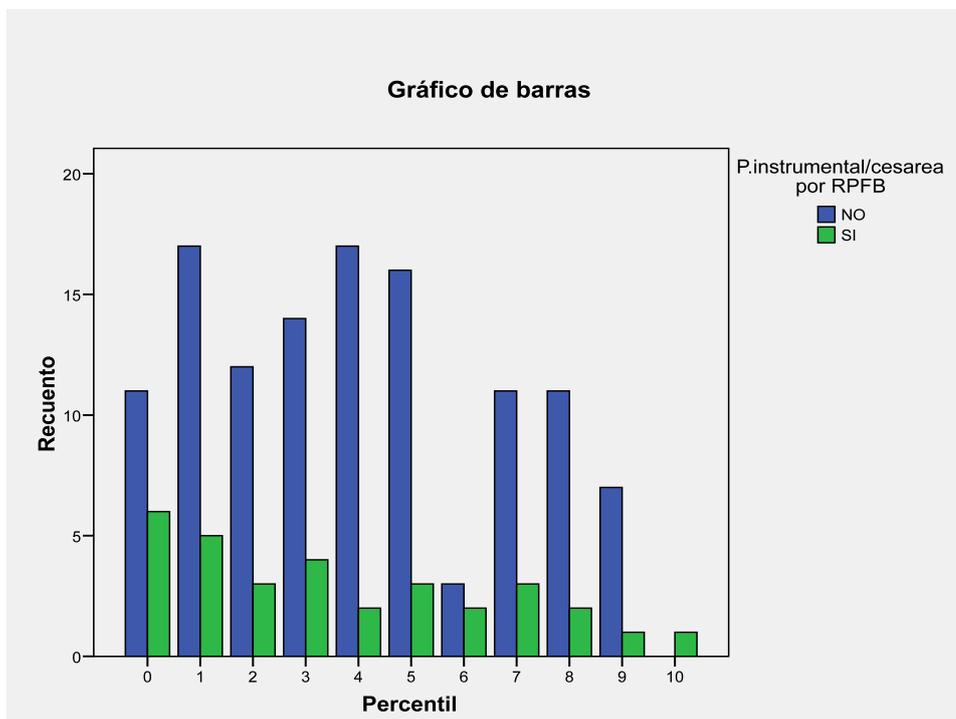


Tabla de frecuencias

P.instrumental/cesarea por RPFb

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Válidos</i>	<i>NO</i>	119	77,8	78,8	78,8
	<i>SI</i>	32	20,9	21,2	100,0
	<i>Total</i>	151	98,7	100,0	
<i>Perdidos</i>	<i>Sistema</i>	2	1,3		
<i>Total</i>		153	100,0		

Apgar <7/8

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Válidos</i>	<i>NO</i>	134	87,6	88,7	88,7
	<i>SI</i>	17	11,1	11,3	100,0
	<i>Total</i>	151	98,7	100,0	
<i>Perdidos</i>	<i>Sistema</i>	2	1,3		
<i>Total</i>		153	100,0		

Dx prenatal

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Válidos</i>	<i>NO</i>	88	57,5	58,3	58,9
	<i>SI</i>	62	40,5	41,1	100,0
	<i>Total</i>	151	98,7	100,0	
<i>Perdidos</i>	<i>Sistema</i>	2	1,3		
		153	100,0		

PH< 7,20

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Válidos</i>		2	1,3	1,3	1,3
	<i>NO</i>	124	81,0	81,0	82,4
	<i>SI</i>	27	17,6	17,6	100,0
	<i>Total</i>	153	100,0	100,0	

Frecuencias

Peso_cat

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Válidos</i>	<i>1001-1500</i>	4	2,6	2,6	2,6
	<i>1501-2000</i>	12	7,8	7,9	10,6
	<i>2001-2500</i>	38	24,8	25,2	35,8
	<i>>2500</i>	97	63,4	64,2	100,0
	<i>Total</i>	151	98,7	100,0	
<i>Perdidos</i>	<i>Sistema</i>	2	1,3		
<i>Total</i>		153	100,0		

Percentil_cat

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Válidos</i>	<i><=percentil 2</i>	54	35,3	35,8	35,8
	<i>p3-p10</i>	97	63,4	64,2	100,0
	<i>Total</i>	151	98,7	100,0	
<i>Perdidos</i>	<i>Sistema</i>	2	1,3		
<i>Total</i>		153	100,0		

Tablas de contingencia

*Tabla de contingencia Percentil_cat * Dx prenatal*

			<i>Dx prenatal</i>			<i>Total</i>
			<i>1</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>	<i>1</i>
<i>Percentil_cat</i>	<i><=percentil 2</i>	<i>Recuento</i>	0	27	27	54
		<i>% de Percentil_cat</i>	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	<i>p3-p10</i>	<i>Recuento</i>	1	61	35	97
		<i>% de Percentil_cat</i>	1,0%	62,9%	36,1%	100,0%
<i>Total</i>		<i>Recuento</i>	1	88	62	151
		<i>% de Percentil_cat</i>	,7%	58,3%	41,1%	100,0%

*Tabla de contingencia Percentil_cat * Dx prenatal*

			<i>Dx prenatal</i>			<i>Total</i>
			<i>1</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>	<i>Total</i>
<i>Percentil_cat</i>	<i><=percentil 2</i>	<i>Recuento</i>	0	27	27	54
		<i>% de Dx prenatal</i>	,0%	30,7%	43,5%	35,8%
	<i>p3-p10</i>	<i>Recuento</i>	1	61	35	97
		<i>% de Dx prenatal</i>	100,0%	69,3%	56,5%	64,2%
<i>Total</i>		<i>Recuento</i>	1	88	62	151
		<i>% de Dx prenatal</i>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

10. ACTIVIDAD DEL SERVICIO DURANTE EL 2015 EN LAS DISTINTAS UNIDADES

10.1 UNIDAD DE PATOLOGÍA CERVICAL

Coordinador: **Dra. Silvia Fraga Campo**

Adjuntos: *Dra. Yurena Díaz Bidart*

Dra. María Laguna Herrera

Dra. María Bordés Infantes

Se ha incrementado notablemente la actividad de la Unidad por lo que ha sido necesaria la apertura de agendas por la tarde para cubrir la demanda de la lista de espera y posteriormente la apertura de una nueva agenda de Patología Cervical (martes, jueves y viernes).

En 2015 hemos actualizado el protocolo siguiendo la Oncoguía de la SEGO de 2014, intentando ser lo más conservadores posibles (no se realizan conizaciones por CIN 2 en mujeres menores de 25 años dada la alta tasa de regresión de estas lesiones en pacientes jóvenes, y estamos empezando también a no realizarlas en lesiones pequeñas por CIN 2 en pacientes de menos de 30 años que cumplen ciertos criterios). Esperamos que el número de revisiones baje en 2016 por la aplicación del nuevo protocolo.

Continuamos realizando conizaciones con anestesia local en la sala de procedimientos con muy buena aceptación por parte de las pacientes así como los ginecólogos (98% con anestesia local) (los realizados con anestesia general han sido por rechazo de la paciente o por realización de otro procedimiento concomitante).

Seguimos insistiendo en la vacunación de VPH (que ha aumentado notablemente dada la inclusión financiada desde abril de 2015 en el calendario vacunal del adulto a las mujeres conizadas por CIN 2/3).

ÁREA CONSULTAS:

Primeras visitas 345

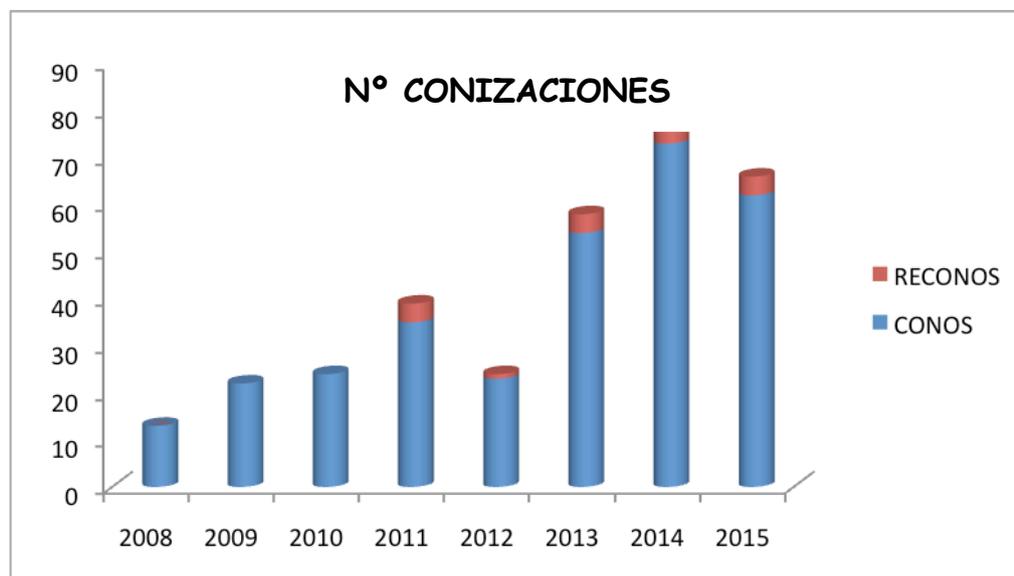
Revisiones 1770 (muchas de ellas en vez de ser derivadas directamente desde Atención Primaria a la Unidad de patología cervical, son derivadas primero a las consultas de ginecología general, por eso constan como revisiones y no como primeras visitas)

CONSULTAS DE UPC	2015	2014
PRIMERAS CONSULTAS	345	380
REVISIONES	1.770	1.462
TOTAL	2.115	1.842
Variación interanual	+ 273 consultas	+ 14,82%

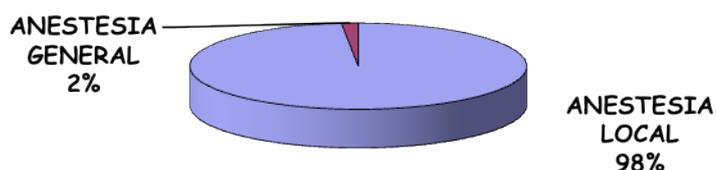
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN QUIRÓFANO: (no se incluyen los oncológicos)

1 – CONIZACIONES: 62 La edad media de las conizaciones es de 36,8 años. Todas con asa de diatermia. Ninguna conización fría.

Total en HIE desde su apertura: 306



TIPO DE ANESTESIA



Indicaciones conización:

CIN 1 persistente, lesión amplia, no deseo control de la paciente 2

Discordancia citología/colposcopia 1

CIN 2+: 59 (3 acabaron en histerectomía)

Reconización: 4

Borde endocervical positivo: 4 (2 VIH, Una de 56 años y otra de 37 años con hematómetra y dismenorrea). AP negativas 3

CIN 2: 1 (VIH)

Complicaciones conizaciones:

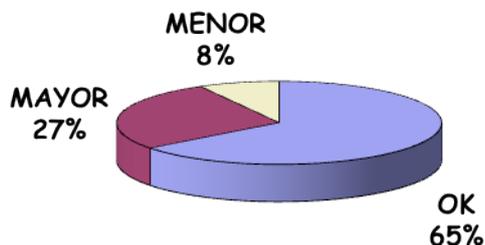
Hemorragia 3 (argenpal en urgencias)

Bordes afectos 18 (29%) (el 83,3% afectación de bordes es endocervical)

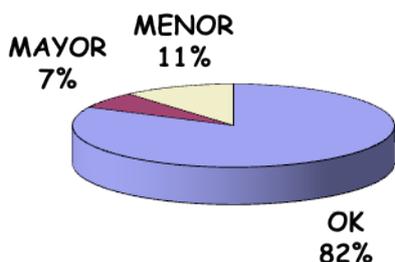
Conizaciones en blanco 4 (6,4%)

Reconizaciones 4 (3 AP negativas, son 75% reconos en blanco)

Concordancia citología/ biopsia:



Concordancia biopsia/ cono:



2-HISTERECTOMIA TOTAL: 2 (por laparoscopia) Edad media 44 años

CIN 3 + miomas (AP utero neg)

Cono con carcinoma epidermoide Ia1 (AP útero CIN 2)

Cono con carcinoma epidermoide IA1, recono por afectación de borde endocervical por carcinoma

3-OTROS PROCEDIMIENTOS:

Vulva (anestesia local)

Exéresis de fibroepitelioma :1

Exéresis de lipoma en vulva: 1

Exéresis de VIN 3: 1 (vulvectomia simple por lesión amplia, 84 años)

Vaporizaciones con LASER Continuamos los tratamientos con LASER, al inicio con anestesia general y ahora se realiza con anestesia local (57 % con anestesia general)

Vagina:

Condilomas: 1

VAIN 1: 3

VAIN 2/3: 3

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN CONSULTA:

Criocoagulaciones..... 7 (las indicaciones han sido coitorragias y CIN 1 persistente).

FORMACIÓN EN UNIDAD UPC

HPV Infection and Related Cancers. Translating Research Innovations into Improve Practice (Eurogin) Sevilla (4-7 febrero 2015).

VI Foro VPH-Foro Español de Actualización en virus del Papiloma Humano Sevilla 6 febrero 2015.

II Jornada de Infección por VPH: una afección de abordaje multidisciplinar (acreditada con 1,4 créditos, 9 horas) Hospital Infanta Leonor , 22 abril 2015.

IX Jornada de Formación en Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia (1,2 créditos, 11 horas lectivas) Hospital Clínico San Carlos, Madrid (10 de junio de 2015).

Jornada de Actualización en Cáncer de Cérvix. Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid, 17 de Noviembre de 2015.

Curso de Colposcopia (actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid-Sistema Nacional de Salud con 3,9 créditos) On line, noviembre 2015.

XXVI Congreso Anual de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. Córdoba (26-28 de noviembre de 2015).

ACTIVIDAD DOCENTE EN UNIDAD UPC

Ponente de la Jornada Multidisciplinar de Actualización en Anticoncepción organizada por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Infanta Elena Intervención: "Anticoncepción en mujeres con patología del Tracto Genital Inferior" (Hospital Infanta Elena, Valdemoro, 26 de mayo 2015).

Ponencia en las IV Jornadas de Ginecología y Obstetricia para Atención Primaria organizadas por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Infanta Elena. Intervenciones: Screening de cáncer de cuello en Atención Primaria (Hospital Infanta Elena , Valdemoro, 21 de octubre 2015).

Ponencia en la Jornada de Actualización de Cáncer de Cérvix. Ponencia "Historia natural y técnicas diagnósticas del VPH" Hospital Universitario Santa Cristina . Madrid, 17 de Noviembre de 2015.

PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES DE LA UNIDAD UPC

Carcinoma basocelular de vulva: Presentación de 2 casos clínicos y revisión bibliográfica. XXVI Congreso Anual de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. Córdoba (26-28 de noviembre de 2015)

Ocho años de conizaciones con asa de diatermia en el Hospital Universitario Infanta Elena. XXVI Congreso Anual de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. Córdoba (26-28 de noviembre de 2015)

REUNIONES CON PRIMARIA

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

REUNIONES CON OTROS SERVICIOS DEL HOSPITAL:

En 2014 se creó un grupo VPH en el hospital y se protocolizó la derivación de pacientes afectadas por patología relacionada con el VPH entre varios servicios (dado el carácter multifocal de la infección por el VPH). Los servicios implicados aparte del nuestro son: dermatología, cirugía general y medicina interna (VIH). Habría que fomentar más las reuniones del grupo y añadir a los servicios de ORL, Reumatología y Nefrología (éstos 2 últimos en relación a las pacientes inmunosuprimidas).

Se ha logrado establecer un protocolo junto con el servicio de Anatomía Patológica (en común con los 4 hospitales) para realización de VPH en determinados casos de resultados citológicos anómalos (como ASCUS en mayores de 25 años o LSIL en mayores de 50 años), lo cual disminuye el número de consultas desde atención primaria viendo solamente a las pacientes que realmente precisan una colposcopia (HPV positivas).

Se ha añadido una nueva prestación (cotest: citología y VPH) que se aplica en los casos de control postconización o control de lesiones LSIL/HSIL/ASCUS.

REUNIONES CON OTROS HOSPITALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID:

GRUPO HPV MADRID: Desde 2014 formamos parte del Grupo VPH Madrid, un grupo multidisciplinar que incluye ginecólogos, patólogos, oncólogos, epidemiólogos, cirujanos, otorrinos, etc... de distintos hospitales de la Comunidad de Madrid. El objetivo del grupo es promover el conocimiento de las patologías asociadas al VPH, fomentar la vacunación, realizar estudios sobre la patología en relación al VPH, etc.

Hemos realizado la I Jornada de Actualización de Patología Cervical (miércoles 24 de junio 2015) en la que se han reunido los médicos implicados en la Patología del Tracto Genital Inferior (ginecólogos, anatomopatólogos y microbiólogos) y se ha procedido a la Actualización del protocolo de la Unidad de Patología Cervical de los 4 hospitales (Infanta Elena, Rey Juan Carlos, Villaba y la Fundación Jimenez Díaz). Hemos realizado un nuevo protocolo de lesiones precancerosas siguiendo las nuevas Oncoguías (de 2014).

PROYECTOS FUTUROS DE LA UNIDAD UPC

Coordinación con el Servicio de Cirugía General/ Dermatología para realización de protocolo de derivación de pacientes con sospecha de lesión por VPH anal/perianal.

Nuevo colposcopio con el que podamos disponer de informes de colposcopia con imagen

Disminuir el porcentaje de conos en blanco (en 2015 ya lo hemos conseguido)

Disminuir el número de conizaciones con bordes afectados (sobre todo el endocervical)

Se esperaba para 2015 un cambio en el screening de cáncer de cuello uterino en la Comunidad de Madrid, parece ser que se dejará para 2016. Sería un cribado poblacional y no oportunista como el que tenemos (El screening se realizaría desde los 25 años con citología cada 3 años siempre que se haya tenido previamente relaciones sexuales. Desde los 30 años, sería con el test VPH cada 5 años hasta los 65).

Publicación en revistas científicas.

Realizar trabajo interhospitalario sobre valoración de cribado de cáncer anal en determinadas pacientes (mujeres conizadas y/o inmunosuprimidas)

Realización de estudios de patología del VPH en el tracto genital inferior junto con otros hospitales de la comunidad de Madrid (en relación con el “grupo VPH Madrid”)

Realizar una II Jornada de Actualización de Patología Cervical de los 4 hospitales del grupo, en la que actualicemos los protocolos existentes y propongamos realizar un protocolo de patología vulvar, incluyendo también condilomas, patología vaginal (basado en las guías AEPCC 2015 y en la Menoguía de 2014).

10.2. UNIDAD DE HISTEROSCOPIA.

Coordinador de la Unidad: Dr. Jose Sevilla Ros.

Adjuntos de la Unidad: Dra. María Bordés Infantes

Dra. María Laguna Herrera

Dra. Silvia Fraga campo

La Unidad de Histeroscopia se compone de tres áreas asistenciales:

Área de consulta externa: *una consulta semanal en turno de tarde de forma programada a lo largo del año. Y puntualmente, se abren consultas por la mañana en función de la demanda de la lista de espera. En dicha consulta se realiza la indicación, la programación de los procedimientos histeroscópicos y las revisiones de las pacientes ya intervenidas por los mismos.*

Área ambulatoria: *consulta semanal en turno de mañana, para la realización de histeroscopia diagnóstico-terapéutica sin anestesia general. Se realiza en el campo quirúrgico, sala de procedimientos (Quirófano 7). En esta consulta la paciente ingresa por la CMA con su consentimiento informado debidamente firmado, y es dada de alta tras realizar la prueba en el mismo día.*

Área quirúrgica: *aquellas histeroscopias que no se han podido realizar sin anestesia por los motivos que fueren (no deseo de la paciente, histeroscopias diagnósticas fallidas o histeroscopias quirúrgicas susceptibles de anestesia general) se realizan dentro del parte quirúrgico en el quirófano 2. No obstante, son pacientes que ingresan vía CMA y se van de alta a su domicilio 3-4 horas tras la cirugía.*

En periodo estival las consultas externas en turno de tarde y sala de procedimientos se cierran, abriéndose alguna por la mañana según demanda de lista de espera, dada la baja presión asistencial y mejor reorganización del equipo médico del Servicio.

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

Novedades:

Este año se ha comenzado a realizar procedimientos terapéuticos con la técnica de láser tanto en la sala de procedimientos como en el quirófano. Ello explica que se haya aumentado significativamente la tasa de miomectomía sin anestesia.

Tabla1. Consultas realizadas año 2015

CONSULTA DE HISTEROSCOPIA	NORMALES		PREFERENTES		URGENTES	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
PRIMERAS CONSULTAS	109	91	19	13	4	2
REVISIONES	406	458	55	98	0	4
TOTAL	515	549	74	111	4	6
VARIACIÓN INTERANUAL	+73		+10.96%			

Tabla2. Procedimientos realizados año 2015

PROCEDIMIENTOS	CON ANESTESIA		SIN ANESTESIA	
	2014	2015	2014	2015
HSC DIAGNÓSTICA + BX ENDOMETRIAL	13	9	138	212
EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO (DIU)	0	2	3	6
INSERCCION DISPOSITIVO ESSURE	0	0	12	5
POLIPECTOMÍA	40	37	158	129
MIOMECTOMÍA	19	19	6	21
ENDOMETRECTOMÍA/ABLACIÓN	0	3	0	0
ADHESIOLISIS (SÍNDROME DE ASHERMAN)	1	1	0	2
SEPTOPLASTIA	1	0	0	2
HEMATOMETRA DEHISCENCIA HISTEROTOMIA	1	1	0	0
RESECCION RESTOS OVULARES	1	3	1	0
TOTAL	76	75	318	377
VARIACIÓN INTERANUAL	+56		+14.14%	

Tabla3. Complicaciones en histeroscopia año 2015

COMPLICACIONES	2014	2015
EDEMA PULMONAR	0	1
PERFORACIÓN UTERINA	1	4 (2 con LPS)
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA	0	1
TOTAL	5	6
VARIACION INTERANUAL COMPLICACIONES	+1	

Objetivos para el próximo año:

El objetivo prioritario de la Unidad de Histeroscopia es continuar siendo un Centro altamente cualificado en esta área, tanto a nivel técnico como asistencial, con la motivación de mejorar día a día, y la incorporación de los últimos avances en este campo.

Optimizar el circuito de indicación y programación de las histeroscopias en la sala de procedimientos, desde la consulta especializada y desde la consulta de ginecología general, para así facilitar el trámite burocrático de las pacientes. Consiguiendo así, que la paciente salga directamente programada desde la consulta sin necesidad de pasar por admisión, con el consentimiento informado firmado digitalmente y su hoja de recomendaciones pre-histeroscopia.

Renovar el material instrumental y actualizarlo con las últimas tecnologías, para ofrecer a nuestras pacientes la máxima calidad asistencial.

Ampliar de nuevo las indicaciones de inserción del Dispositivo Intratubárico según el nuevo protocolo establecido a nivel interhospitalario. Reduciendo así el número de procesos de esterilización femenina invasivos, como es la ligadura tubárica bilateral.

Reducir los procesos quirúrgicos histeroscópicos con anestesia, gracias a la consolidación de las nuevas tecnologías de resección de miomas y pólipos con el sistema de morcelación mecánica y/o sistemas de vaporización con LASER, que hacen posible la realización de más procedimientos sin anestesia, con el consecuente reducción de listas de espera quirúrgicas y reducción de gasto sanitario al no precisar ningún tipo de ingreso hospitalario. También estudiaremos métodos y tratamientos para mejorar la preparación de las pacientes previa a la HSC así como la búsqueda de adquisición de histeroscopios de menor calibre (3,8mm) 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.

10. 3. UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMA Y ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA.

Coordinador de la Unidad: Dr. Susana Sutil Bayo.

Adjuntos de la Unidad: Dra. María Bordés Infantes

Dra. M^a Jesús Pérez Molina

ESTRUCTURACIÓN ASISTENCIAL:

El objetivo de la Unidad es prestar servicios de calidad acreditada en el manejo del cáncer ginecológico (vulvar, vaginal, uterino 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, tratamiento y seguimiento.

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 promover este enfoque integral de la paciente oncológica, participamos de varias entidades como son: Instituto Oncológico Quirón-Salud que aúna los hospitales de Fundación Jiménez Díaz, Hospital Rey Juan Carlos, Hospital de Villalba y Hospital Universitario Infanta Elena, y que revisa periódicamente los protocolos de actuación y actualiza los procedimientos a seguir en el tratamiento y seguimiento de estas pacientes de forma multidisciplinar.

Y por otro lado, los Comités de Tumores inter-hospitalarios que nos reunimos semanalmente, para el estudio de los distintos casos incidentes de oncología ginecológica y mamaria, y llevar así un registro de todos los tumores anuales. Obviamente, no hay que decir que estos Comités de Tumores son multidisciplinarios a través de vídeo-conferencia con aquellos servicios que no se encuentran in situ en nuestro Centro (con la Fundación Jiménez Díaz y el Hospital Rey Juan Carlos).

A este respecto, cabe destacar que desde la incorporación del Dr Albi, como Jefe corporativo de Ginecología y Obstetricia, se han promovido reuniones/comités inter-hospitalarios solo a nivel de Oncología Ginecológica, de forma quincenal puestos en marcha a partir de enero 2016. Hecho que garantiza una mejor asistencia a nuestras pacientes, dado que en ocasiones eran derivadas a otros Centros del Grupo para recibir determinados tratamientos no asumibles en este Hospital.

ÁREA DE CONSULTAS:

Consulta externa especializada: contamos con tres consultas semanales (lunes, miércoles y jueves) en turno de mañana. Y en función de la demanda de la lista de espera, se han abierto un promedio de tres consultas extras al mes, en turno de tarde.

Consulta de Cirugía Plástica: desde finales de año, contamos con una consulta semanal (martes) en turno de tarde de Cirugía Plástica. Hecho que ha permitido reducir notablemente la tasa de derivaciones a los otros Centros del Grupo, mejorando así la asistencia de nuestras pacientes.

Consulta de Genética: este año también hemos contado con una consulta quincenal (lunes) en turno de tarde de Genética. De manera que todas aquellas pacientes susceptibles de estudio genético ya no tienen que derivarse a otros Centros, centralizando la mayoría de sus visitas en nuestro Hospital.

Consulta de Valoración Integral de Pacientes Oncológicas: también se ha puesto en marcha este año, la consulta integral de dichas pacientes, liderada por la Unidad de Paliativos y destinada principalmente a las pacientes geriátricas o pluripatológicas con el fin de optimizar la atención global de las mismas dentro de un contexto oncológico, y poder así ofrecer las mejores opciones de tratamiento dada su situación .

Consulta de Control de Síntomas: de la mano de la anterior y liderada por la misma Unidad, se ha puesto en marcha esta consulta, para la valoración y seguimiento de pacientes terminales.

Consulta de Psico-oncología: también se ha creado esta consulta desde el Servicio de Psicología del Hospital para dar soporte psicológico a aquellas pacientes que lo demanden o necesiten. Completando de esta forma la inestimable ayuda y labor que vienen realizando el voluntariado de la AECC desde el inicio del Centro.

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICO- TERAPÉUTICOS:

Diagnóstico:

En nuestro Centro se realizan todas las pruebas diagnósticas y terapéuticas que conforman el diagnóstico y tratamiento integral del proceso oncológico ginecológico y mamario, a excepción de aquellas que precisan de Medicina Nuclear (linfagammagrafías axilar e inguinal; PET-TAC; Gammagrafía ósea) que se canalizan al Hospital Rey Juan Carlos, y las biopsias guiadas por esterotaxia (BAV mamaria) o resonancia magnética (lesiones no visibles por ecografía), que se derivan a dicho Hospital.

Tratamiento quirúrgico:

En nuestro Centro realizamos todas las técnicas quirúrgicas que afectan a la mama, tanto en los procesos benignos como oncológicos (cirugía conservadora de mama y axila, cirugía radical).

Este año en caso de precisar reconstrucción mamaria inmediata o diferida se han derivado a las pacientes al Hospital Rey Juan Carlos. Hecho que a partir de enero de 2016, se contemplará en nuestro Hospital al estar ya dotado para entonces del Servicio de Cirugía Plástica.

En relación a la cirugía oncológica ginecológica, la mayor parte de estadios avanzados de cánceres de ovario, cérvix y endometrio, que eran candidatas a cirugía laparoscópica se han derivado a la Fundación Jiménez Díaz, así como los casos de carcinomatosis peritoneal al Hospital Rey Juan Carlos. Realizándose el resto de cirugías en la unidad (estadios iniciales de los cánceres mencionados anteriormente susceptibles de vía laparoscópica, todos los casos candidatos a cirugía laparotómica ya fueren avanzados o precoces y los casos de cáncer de vulva. A final de año, se ha realizado por parte de nuestra Unidad la primera cirugía de estadificación de ovario vía laparoscópica, con éxito.

Tratamiento radioterapéutico:

Las pacientes candidatas a radioterapia son canalizadas al Servicio de Radioterapia al Hospital Rey Juan Carlos, al carecer de este Servicio en nuestro Centro.

Tratamiento quimioterápico:

El tratamiento tanto adyuvante como neoadyuvante del proceso oncológico mamario se realiza a cargo del Servicio de Oncología Médica de nuestro Hospital.

Al igual que los tratamientos adyuvantes y neoadyuvantes de las pacientes con cáncer ginecológico.

No contamos con la posibilidad de realizar quimioterapia intraperitoneal, por lo que aquellas candidatas a dicha terapia se derivan al Hospital Rey Juan Carlos.

Firmas genéticas: Las pacientes candidatas a realizar firmas genéticas como las plataformas Oncotype® o MammaPrint®, se gestionan desde el Servicio de Oncología Médica.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL:

<i>CONSULTA EXTERNA</i>	<i>TIPO</i>	<i>TOTAL</i>
<i>PATOLOGÍA MAMA</i>	<i>PRIMERA</i>	<i>404</i>
	<i>SUCESIVA</i>	<i>1541</i>
<i>ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA</i>	<i>PRIMERA</i>	<i>20</i>
	<i>SUCESIVA</i>	<i>200</i>
<i>TOTAL</i>		<i>2165</i>

<i>INCIDENCIA TUMORES</i>	
<i>MAMA</i>	<i>56</i>
<i>VULVA</i>	<i>3</i>
<i>CÉRVIX</i>	<i>3</i>
<i>ENDOMETRIO</i>	<i>6</i>
<i>OVARIO</i>	<i>4</i>
<i>TUBÁRICO</i>	<i>1</i>
<i>TOTAL</i>	<i>56 / 17</i>

<i>CIRUGÍA MAMA</i>	<i>BENIGNA</i>	<i>MALIGNA</i>
<i>TUMORECTOMÍA</i>	26	0
<i>TUMORECTOMÍA + BSGC</i>		7
<i>TUMORECTOMÍA + LINFADENCTOMÍA</i>		10
<i>TUMORECTOMIA CON ARPON+BSGC</i>		14
<i>TUMORECTOMIA CON ARPON</i>		2
<i>MASTECTOMÍA SIMPLE</i>		2
<i>MASTECTOMÍA + BSGC</i>		3
<i>MASTECTOMÍA RADICAL</i>		2
<i>BSGC PREVIO QT</i>		0
<i>AMPLIACIÓN MARGEN AFECTO</i>		2
<i>DRENAJE ABSCESO</i>		
<i>CIRUGÍA GINECOLÓGICA</i>	<i>MALIGNA (14)</i>	
<i>CIRUGÍA REGLADA DE OVARIO VIA LPM</i>		1
<i>CIRUGIA REGALADA DE OVARIO VIA LPS</i>		1
<i>LINFADENECTOMIA INGUINAL</i>		1
<i>VULVECTOMIA SIMPLE</i>		1
<i>VULVECTOMIA+BSGC</i>		2
<i>HISTERECTOMIA+DOBLE ANEXECTOMIA LPS</i>		8

INDICENCIA DE TUMORES HUIE

<i>INCIDENCIA</i>	<i>2014</i>	<i>2013</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2015</i>
<i>MAMA</i>	<i>46</i>	<i>64</i>	<i>36</i>	<i>50</i>	<i>56</i>
<i>VULVA</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>3</i>
<i>VAGINA</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>CÉRVIX</i>	<i>9</i>	<i>9</i>	<i>3</i>	<i>3</i>	<i>3</i>
<i>MIOMETRIO/SARCOMA</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
<i>ENDOMETRIO</i>	<i>4</i>	<i>11</i>	<i>3</i>	<i>7</i>	<i>6</i>
<i>OVARIO</i>	<i>4</i>	<i>4</i>	<i>6</i>	<i>5</i>	<i>4</i>
<i>TROMPA</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>LINFOMA NO HODKING B UTERINO</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
<i>SÍNDROME MEIGS</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>METÁSTASIS OVÁRICA DE ORIGEN INTESTINAL</i>	<i>1</i>	<i>---</i>	<i>---</i>	<i>--</i>	<i>--</i>
<i>TOTAL</i>	<i>66</i>	<i>90</i>	<i>50</i>	<i>68</i>	<i>73</i>

NOVEDADES

A lo largo de la memoria se han ido reseñando las distintas novedades incorporadas a lo largo del año 2015:

- Incorporación en la Unidad Multidisciplinar las consultas de Cirugía Plástica; Genética; Valoración Integral de Paciente Oncológica; Control de Síntomas y Psico-oncología.*
- Creación de los criterios de consulta no presencial para las pacientes BIRADS-3. Ofreciéndole a dichas pacientes la posibilidad de realizar su seguimiento a través de la consulta no presencial, no precisando venir al hospital en todas las consultas (Anexo 1).*
- Inicio de la cirugía radical vía laparoscópica en nuestro Hospital.*
- Realización de biopsia de ganglio centinela inguinal en cáncer de vulva (3 casos) para validación de la técnica.*
- Presentación de Póster Científico en el II Congreso Nacional Multidisciplinar de Senología, en Octubre de 2015 celebrado en Madrid.*
- Tesis Doctoral con calificación de Cum Laude en “Densidad mineral ósea y cáncer de mama en la menopausia” por la UAB, de una adjunta de la Unidad (Dra Bordés).*

OBJETIVOS:

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

- *Continuar con el desarrollo y consenso de protocolos/guías asistenciales inter-hospitalarios, en coordinación con el Instituto Oncológico de Quirón-Salud, incluyendo todas las novedades y conocimientos adquiridos desde las diferentes asociaciones acreditadas, así como de los cursos/congresos a los que se asisten desde la Unidad.*
- *Realización del Máster en Senología organizado por la UB, durante dos años.*
- *Creación de los criterios de Derivación desde Atención Primaria a la Unidad, siendo la propuesta realizada la que sigue (anexo 2).*
- *Unificar los criterios de seguimiento en pacientes con riesgo oncológico o antecedentes familiares de cáncer mamario y/o ginecológico, en conjunto con el resto de Unidades del Grupo.*
- *Unificar el seguimiento multidisciplinar en las pacientes oncológicas en colaboración con Oncología Médica.*
- *Trabajar de forma conjunta con Cirugía Plástica en aquellas pacientes que lo precisen.*
- *Continuar con la labor iniciada a final de año, de realizar todas las cirugías en nuestro Centro, en colaboración con los compañeros de la Fundación Jiménez Díaz cuando precise, para así no desplazar a nuestras pacientes a otros Centros.*
- *Puesta en marcha de Comités Multidisciplinares e inter-hospitalarios específicos de Oncología Ginecológica con el resto de hospitales del Grupo a través de videoconferencia.*

Anexo 1:

VALORACIÓN ASISTENCIAL NO PRESENCIAL: CONTROL DE PRUEBAS DE IMAGEN BIRADS 3

El diagnóstico por imagen en patología mamaria ha experimentado numerosos y muy importantes avances en los últimos años, conservando su carácter de imprescindible en el manejo clínico de las enfermedades de la mama.

El sistema más utilizado universalmente es el método BI-RADS, elaborado por el Colegio Americano de Radiología. La última publicación del sistema BI-RADS corresponde a la quinta edición del año 2013. Se considera necesario que todos los estudios de diagnóstico por imagen vayan acompañados de una categoría del sistema BI-RADS.

0	Valoración incompleta. Se requieren estudios adicionales
1	Estudio normal. Seguimiento habitual para la edad de la paciente
2	Hallazgo benigno. Seguimiento habitual para la edad de la paciente
3	Hallazgo probablemente benigno. VPP < 2% seguimiento de corto intervalo (6 meses-12-24 meses)
4	Categorías 4A (baja sospecha VPP> 2%-10%), 4B (VPP > 10%-50%) 4C (VPP > 50- 95%).Se recomienda biopsia
5	Lesión altamente sospechosa de malignidad valor predictivo positivo > 95%)
6	6 Hallazgo maligno confirmado mediante biopsia

Lo importante es cuando recibamos a estas pacientes en consulta realizar una buena historia: preguntando por antecedentes familiares de cáncer ginecológico y posibles factores de riesgo, edad de la menarquía, edad de la menopausia, paridad, lactancia intervenciones sobre la mama.

En esta primera visita se realizaría exploración mamaria, explicando a la paciente cuales son los signos de alerta, y enseñando a la misma como se realizaría una correcta exploración y en qué momento del ciclo es más adecuado.

Explicaríamos a la paciente como vamos a realizar controles ecográficos durante 2 años cada 6 meses, y si estabilidad de dicha lesión se pasaran a los controles habituales que les correspondan por edad y factores de riesgo, procediendo al alta por este proceso.

Formulario para rellenar por la paciente después de cada control ecográfico

Bienvenida a la consulta de seguimiento no presencial, que usted acordó en la visita con su ginecólogo/a, para ello necesitamos que rellene el siguiente cuestionario para poder evaluar su patología:

PARÁMETRO A EVALUAR	NO	SI
¿Ha aparecido algún caso nuevo de cáncer de mama, ovario o endometrio en su madre, hija o hermana?		
¿Presenta picor en el complejo areola pezón?		
¿Presenta enrojecimiento, calor local y dolor en la mama/s?		
¿Presenta secreción por el pezón?		
¿Ha notado que el pezón se mete hacia dentro?		
¿Ha notado algún bulto en la mama?		
¿Ha notado aumento brusco de la mama o diferencia de tamaño en este tiempo?		
¿Ha notado cambios en la piel de la mama?		

10.4. UNIDAD DE CONTRACEPCION

INTRODUCCION

La consulta de contracepción del Hospital atiende a la población adscrita al Área 11 derivada de los Centros de Atención Primaria según los criterios establecidos con los médicos de atención primaria.

Uno de los aspectos más 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 2015 hemos dado continuidad al objetivo del seguimiento conjunto con la Unidad de Trabajo Social (UTS) para prestar atención multidisciplinar a mujeres adolescentes en las que se identifica riesgo psico-medico-social (exclusión social, agresión por parte de la pareja, relaciones de riesgo, IVE), actividad que venimos manteniendo desde el 2012.

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

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

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

Se derivaran todas las pacientes:

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

Criterios de derivación desde UTS a consulta de Contracepción.

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

Actividad realizada en la unidad durante el año 2015

	NORMALES		PREFERENTES		URGENTES	
	2015	2014	2015	2014	2015	2014
CONSULTA DE ANTICONCEPCION						
PRIMERAS CONSULTAS	681	695	11	6	162	1
REVISIONES	1.054	1.178	13	33	13	13
TOTAL	1.735	1.873	24	39	175	14

Tabla1. Pacientes citadas en consulta de contracepción. HUIE. Año 2015

	Nº		%	
	2015	2014	2015	2014
PACIENTES PRESENTADAS	1.934	1.956	81,98%	83,91%
PACIENTES NO PRESENTADAS	425	375	18,02%	16,09%
TOTAL	12.359	2.331		
+ 638 PACIENTES CITADAS RESPECTO AÑO PREVIO				

Tabla2. Asistencia de pacientes a consulta de contracepción. HUIE. Año 2015

	Nº		%	
	2015	2014	2015	2014
DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	362	350	82,00%	84,33%
DIU HOSPITALARIO	57	56	12,92%	13,49%
IMPLANTES SUBDÉRMICOS	22	9	4,90%	2,16%
TOTAL	441	415		

Tabla3. Procedimientos realizados: Inserción DIU/Implante subdérmico. Año 2015

Actividad formativa dirigida a Atención Primaria en 2015:

Se ha realizado una Jornada multidisciplinar de actualización en anticoncepción en el mes de mayo del 2015, para atención primaria. Participaron en coordinación con los facultativos del servicio de ginecología obstetricia, el servicio de Reumatología,, Psiquiatría, Asesoría jurídica del HURJ, HUIE Y HG de Villalba. Se solicitó acreditación de formación continuada de la Comunidad de Madrid para la jornada. Se acreditaron médicos de atención primaria y matronas del área y profesionales de atención primaria de otras aéreas con una participación de 60 profesionales.

Contenidos de la Jornada:

- Osteoporosis en la mujer, contraindicaciones al uso de contracepción hormonal
- Anticoncepción hormonal en mujeres con patología psiquiátrica

- Aspectos jurídicos en salud sexual y reproductiva*
- Anticoncepción hormonal en mujeres con patología ovárica*
- Anticoncepción hormonal en mujeres con sangrado menstrual abundante*
- Anticoncepción no reversible. Essure y LTB*
- Uso del DIU en mujeres nulíparas*
- Anticoncepción hormonal en mujeres con patología del tracto genital inferior*
- Taller de formación en inserción de DIU/Implante anticonceptivo subdérmico.*

PRÓXIMOS OBJETIVOS

- 1. Mejorar la coordinación con la UTS : Elaboración de sistema de registro de casos derivados y seguimiento de casos desde UTS*
- 2. Continuar con la actividad formativa con los profesionales de Atención Primaria que se dedican a la Salud Sexual y Reproductiva, en colaboración con otros servicios médicos del hospital.*
- 3. Dar continuidad a las jornadas de anticoncepción, organizando las segundas jornadas para el próximo mes de Mayo 2016, introduciendo temas de actualizad y de controversia.*
- 4. Coordinar con Atención Primaria los casos clínicos que precisan atención hospitalaria.*

10.5 UNIDAD DE CIRUGÍA GINECOLÓGICA/ENDOSCOPIA

Coordinador de la unidad: Dr. Jose A. Sevilla Ros

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

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

A/. AREA DE CONSULTA:

	NORMALES		PREFERENTES		URGENTES	
	2015	2014	2015	2014	2015	2014
CONSULTA CIRUGÍA GINECOLÓGICA						
PRIMERAS CONSULTAS	77	98	17	13	5	3
REVISIONES	323	362	23	27	2	6
TOTAL	400	460	40	40	7	9
VARIACION AÑO 2015 CONSULTAS	-62 consultas			-12,18%		

Descenso que es debido a un incremento de programación de las patologías en cada unidad monográfica.

B/. AREA DE QUIRÓFANO:

ACTIVIDAD TOTAL

	URGENTES		PROGRAMADOS		TOTAL	
	2015	2014	2015	2014	2015	2014
PROCEDIMIENTOS	104 (10,47%)	136 13,50%	889 (89,52%)	872 86,50%	993	1008
VARIACIÓN AÑO 2014 PROCEDIMIENTOS	-15 (-2,21%)					

	URGENTES		PROGRAMADOS		% TOTAL	
	2015	2014	2015	2014	2015	2014
CIRUGÍA CON INGRESO	79	116	237	260	31,82%	54,57%
CIRUGÍA SIN INGRESO	25	20	652	293	68,18%	45,43%

ACTIVIDAD POR ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA

	URGE.	URGE.	PROG.	PROG.			
	2015	2014	2015	2014	2015 TOTAL	2014 TOTAL	VARIACION
CIRUGÍA DE MAMA	12	11	100	61	112 (11,27%)	72	+ 40
CIRUGÍA HISTEROSCÓPICA	5	4	436	390	441 (44,41%)	394	+ 47
CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA	16	27	135	127	151 (15,20%)	149	+2
CIRUGÍA ABDOMINAL ABIERTA	8	12	37	37	45 (4,53%)	42	-5
CIRUGÍA VAGINAL	18	21	127	157	145 (14,60%)	178	-29
CIRUGÍA OBSTÉTRICA	45	--	50	--	95 (9,56%)	--	--
OTROS	0	1	0	2	0	3	3
TOTAL	104	--	889	--	993	--	--

CIRUGÍA OBSTETRICA

PROCEDIMIENTOS CIRUGÍA	URGENTE		PROGRAMADO		TOTAL		% Actividad QX	
	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014
CERCLAJE CERVICAL	0	1	0	2	0	3		
LEGRADO OBSTETRICO (ABORTO)	34	53	49	61	83	111		
LEGRADO PUERPERAL	8	18	1	0	9	18		
REPARACION DESGARRO/HEMATOMA VAGINAL	0	1	0	0	0	1		
DRENAJE HEMATOMA PARED POST-CESAREA	2	0	0	0	2	0		
HISTERECTOMIA PUERPERAL	1	1	0	0	1	1		
TOTAL	45	74	50	63	95	137	9,56%	19,88%

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

	URGENTE		PROGRAMADO		TOTAL		% Actividad QX	
	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014
PROCEDIMIENTOS LPS								
<i>CIRUGÍA ENDOMETRIOSIS</i>	0	1	7	18	7	19		
<i>CIRUGIA GESTACIÓN ECTÓPICA</i>	9	8	0	0	9	8		
<i>HISTERECTOMIA TOTAL CON/SIN DA</i>	0	0	26	21	26	21		
<i>HISTERECTOMIA SUPRACERVICAL</i>	0	0	8	10	8	14		
<i>ADHERIOLISIS PELVICA</i>	0	1	3	1	3	2		
<i>LIGADURA TUBARICA BILATERAL</i>	0	1	39	44	39	45		
<i>MIOMECTOMIA LPS</i>	0	0	4	1	4	1		
<i>OOFORECTOMIA/ANEXECTOMIA</i>	0	1	9	8	9	9		
<i>QUISTECTOMIA DE OVARIO</i>	5	4	27	20	32	24		
<i>SALPINGUECTOMÍA</i>	1	2	10	4	11	6		
<i>EIP (ABSCESO PELVICO)</i>	0	3	1	0	1	3		
<i>COLPOSUSPENSION</i>	1	0	1	0	2	0		
<u>TOTAL</u>	<u>16</u>	<u>21</u>	<u>135</u>	<u>127</u>	<u>151</u>	<u>149</u>	<u>15,20</u> <u>%</u>	<u>14,78</u> <u>%</u>

CIRUGÍA HISTEROSCÓPICA

	URGENTE	PROGRAMADO	TOTAL	% Actividad QX
	2015	2015	2015	2015
PROCEDIMIENTO HSC				
<i>ABLACION ENDOMETRIAL</i>	0	2	3	
<i>HSC DIAGNÓSTICA+ BIOPSIA ENDOM.</i>	1	218	219	
<i>EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO (DIU)</i>	0	9	9	
<i>COLOCACIÓN DISPOSITIVO ESSURE</i>	0	5	5	
<i>POLIPECTOMÍA</i>	0	166	166	
<i>MIOMECTOMÍA</i>	1	39	39	
<i>SEPTOPLASTIA</i>	0	0	0	
<i>ADHERIOLISIS (ASHERMAN)</i>	0	1	1	
<i>RESECCION RESTOS OVULARES</i>	0	3	3	
<u>TOTAL</u>	<u>2</u>	<u>443</u>	<u>445</u>	<u>44,81%</u>

CIRUGÍA DE MAMA

	<i>URGENTE</i>		<i>PROGRAMADO</i>		<i>TOTAL</i>		<i>% Actividad QX</i>	
	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	
PROCEDIMIENTOS DE MAMA								
<i>TUMORECTOMIA MAMA CON /SIN ARPON</i>	0	0	30	29	30	29		
<i>HEMATOMA MAMA DRENAJE</i>	0	0	0	0	0	0		
<i>ABSCESO DE MAMA DRENAJE</i>	12	11	2	0	14	11		
<i>MASTECTOMIA SIMPLE</i>	0	0	2	3	2	3		
<i>LINFAADENECTOMIA AXILAR</i>	0	0	1	0	1	0		
<i>MASTECTOMIA RADICAL</i>	0	0	3	3	3	3		
<i>TUMORECTOMIA + LINFAADENECTOMIA AXILAR</i>	0	0	2	5	2	5		
<i>TUMORECTOMIA + GANGLIO CENTINELA</i>	0	0	27	13	27	13		
<i>MASTECTOMIA + G. CENTINELA</i>	0	0	3	4	3	4		
<i>GANGLIO CENTINELA</i>	0	0	0	0	0	0		
<i>AMPLIACIÓN MÁRGENES TUMORECTOMIA MAMA PREVIA</i>	0	0	2	2	2	2		
TOTAL	12	11	72	59	84	70	+14	11,27%

CIRUGÍA ABDOMINAL ABIERTA

	<i>URGENTE</i>		<i>PROGRAMADO</i>		<i>TOTAL</i>		<i>% Actividad QX</i>	
	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014
PROCEDIMIENTOS CIRUGÍA ABDOMINAL								
<i>SALPINGUECTOMIA EXTRAUTERINO</i>	1	2	0	0	1	2		
<i>LAPAROTOMIA EXPLORADORA</i>	4	2	7	2	11	4		
<i>HISTERECTOMIA SUPRACERVICAL</i>	0	0	6	8	6	8		
<i>HISTERECTOMIA TOTAL CON/SIN DA</i>	2	0	7	15	9	15		
<i>ANEXECTOMIA/SALPINGUECTOMIA</i>	0	0	0	1	0	1		
<i>HEMOPERITONEO POST-QX</i>	1	1	0	0	1	1		
<i>MIOMECTOMIA</i>	0	0	17	9	17	9		
<i>HISTERECTOMIA RADICAL</i>	0	0	0	2	0	2		
<i>ENDOMETRIOSIS</i>	0	0	0	0	0	0		
<i>LIGADURA PUERPERAL</i>	0	0	0	0	0	0		
TOTAL	8	5	37	37	45	42	4,53%	4,16%

CIRUGÍA VAGINAL

	URGENTE		PROGRAMADO		TOTAL		% OX	
	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014
PROCEDIMIENTOS CIRUGÍA VAGINAL								
DRENAJE Y/O MARSUPIALIZACION ABSCESO BARTHOLINO	16	16	14	5	30	21		
DRENAJE ABSCESOS VULVARES	1	3	0	0	1	3		
DRENAJE HEMATOMA VULVAR/VAGINAL	0	1	0	0	0	1		
CLEISIS VAGINAL LEFORT	0	0	1	0	1	0		
CONIZACION CERVICAL	1	1	67	84	68	85		
DILATAION CERVICAL	0	0	1	2	1	2		
HISTERECTOMIA VAGINAL	0	0	7	18	7	18		
QUISTECTOMIA BARTHOLINO	0	0	2	6	2	6		
CIRUGIA IUE/ MALLA SUBURETRAL	0	0	7	13	7	13		
CORRECCIÓN CISTO/RECTOCELE	0	0	10	8	10	8		
NINFOPLASTIAS	0	0	3	3	3	3		
TUMORECTOMIA DE VULVA/VAGINA	0	0	4	8	4	8		
POLIPECTOMIA CERVICAL	0	0	5	5	5	5		
EXPLORACIÓN BAJO ANESTESIA	0	0	0	2	2	2		
MANCHESTER	0	0	0	0	0	0		
INSERCIÓN DIU	0	0	1	0	1	0		
LINFAADENECTOMIA INGUINAL BILATERAL	0	0	1	2	1	2		
VULVECTOMIA SIMPLE	0	0	4	1	4	1		
TOTAL	<u>18</u>	<u>21</u>	<u>127</u>	<u>157</u>	<u>145</u>	<u>178</u>	<u>14,60</u> %	<u>17,65</u> %

OTROS

	URGENTE		PROGRAMADO		TOTAL	
	2015	2014	2015	2014	2015	2014
OTROS PROCEDIMIENTOS						
CISTORRAFIA	1	0	0	0	1	0
URETERONEOCISTOTOMIA	0	1	0	0	0	1
RESECCION INTESTINAL	0	0	0	0	0	0
OMENECTOMIA/APENDICECTOMIA	0	0	4	2	4	2

COMPLICACIONES

	2014	2015	2014	2015
Total complicaciones ginecológicas	7	8	0.69%	0,81%

A./ COMPLICACIONES GINECOLÓGICAS QUE PRECISARON TTO. QUIRÚRGICO (6).

<i>1 Revisión quirúrgica de hemorragia post-conización con anestesia general.</i>
<i>1 Hemoperitoneo post-quirúrgico, que preciso laparotomía exploradora, con ingreso.</i>
<i>1 Lesión vesical que precisó cistografía intraoperatoria</i>
<i>1 Hematoma de cúpula vaginal post-histerectomía vaginal que precisó drenaje</i>
<i>2 Perforación uterina que precisó hemostasia vía laparoscópica</i>
<i>2 hemoperitoneo post-cesarea que precisó LPM exploradora</i>

B/. COMPLICACIONES QUE PRECISARON TRATAMIENTO MEDICO CON INGRESO (2)

<i>Absceso de cúpula vaginal secundario a hematoma cúpula que precisó ingreso hospitalario para tto médico con antibioterapia. (1 casos)</i>
<i>Dolor abdominal inespecífico que precisó ingreso y tto sintomático.</i>

C/. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS (4)

<i>1 Hematoma/desgarro vaginal vaginal que precisó drenaje y sutura con A. General</i>
<i>1 Desgarro de IV grado que precisó sutura.</i>
<i>1 atonía uterina que precisó histerectomía obstétrica</i>
<i>2 hematomas post-cesárea que precisó LPM exploradora y hemostasia</i>

10.6 UNIDAD DE SUELO PÉLVICO 2014

Coordinador: Dra. María Laguna Herrera

Adjuntos: Dra. Virginia Martín Oliva

Dr. Alex Pujol Sánchez

La patología que más frecuentemente se atiende en la consulta sigue siendo la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo y que es subsidiaria de tratamiento conservador con ejercicios de la musculatura del suelo pélvico. Por ese dato se podría justificar el descenso en cuanto a numero de intervenciones a ese nivel.

Al desarrollo normal, progresivo y cada vez más eficaz de la unidad de suelo pélvico multidisciplinar, muchas pacientes son derivadas al servicio de rehabilitación para un correcto aprendizaje de los ejercicios de fortalecimiento del suelo pelvico y así poder realizar un alta hospitalaria por una parte mas satisfactoria por parte de la paciente y por otra parte de forma más eficaz por parte del equipo medico.

Seguimos centrando nuestra atención especial en las mujeres con incontinencia urinaria postparto en colaboración con los rehabilitadores, mejorando así la atención multidisciplinar al embarazo, parto y al puerperio, cerrando así integramente la atención completa al ciclo fisiológico normal de la mujer embarazada.

Hemos mantenido y mejorado la estrecha colaboración entre los diferentes integrantes de la unidad para así mantener la tendencia descendiente de peticiones de pruebas complementarias tales como ecografía renales, RMN de suelo pélvico etc...

Durante este año se ha seguido consolidado la exploración y la unificación de criterios, con continuas revisiones de la literatura científica, para intentar predecir o evitar efectos adversos de la cirugía, y también para implantar técnicas novedosas como la colposacropexia por laparoscopia

Este esfuerzo se traduce en mejorar los resultados postquirúrgicos y disminuir las complicaciones, sin necesidad de pruebas adicionales.

Hemos mantenido y consolidado las reuniones entre los diferentes servicios que constituyen la unidad de suelo pélvico junto con urología, rehabilitación, cirugía general y neurofisiología.

De esta manera el intercambio de información y el correcto manejo y derivación de los pacientes entre servicios es cada vez más eficaz y fluido, con la consiguiente satisfacción por parte del paciente.

Estas reuniones siguen teniendo una periodicidad aproximada mensual. Como objetivo para el 2016 hemos propuesto integrar la realización de cirugías conjuntas con el servicio de urología o cirugía general para mejorar la atención integral para el paciente (manejo mas fluido de los prolapsos de cúpula mediante colposacropexia).

ACTIVIDAD EN CONSULTAS

Durante el año 2015, el número de consultas de suelo pélvico ha seguido siendo semanal, sin cambios respecto al año 2014, Al mismo tiempo sigue observándose un aumento de demanda asistencial a nivel global para este conjunto de patologías, cada vez más conocido por la población y en la misma línea observada en años anteriores.

Se ha reducido el número de consultas preferentes y urgentes, en parte por la mejoría de la comunicación entre profesionales, aumentado así el conocimiento de esta sub-especialidad a todos los integrantes del servicio de ginecología, y por otra parte, por la benignidad generalmente asociada a este tipo de patología, y por su evolución en el tiempo, de tipo progresivo y raramente aguda.

	NORMALES		PREFERENTES		URGENTES	
	2015	2014	2015	2014	2013	2014
CONSULTA DE SUELO PÉLVICO						
PRIMERAS CONSULTAS	65	76	5	7	0	4
REVISIONES	447	335	10	62	4	6
TOTAL	512	411	15	69	4	10
	+101		-54		-6	

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DE LA UNIDAD

La cirugía del suelo pélvico suele englobar varios procedimientos en una sola cirugía si la paciente lo necesita, siguiendo así la teoría integral de reparación completa del suelo pélvico.

PROCEDIMIENTOS	2015
HISTERECTOMIA VAGINAL	9
COLPORRAFIAS ANTERIOR ASOCIADA A TOT	4
COLPORRAFIA ANTERIOR/POSTERIOR ASOCIADA A HISTERECTOMIA	8
COLPORRAFIA ANTERIOR	3
COLPORRAFIA POSTERIOR ASOCIADA A HT	4
COLPORRAFIA POSTERIOR UNICA	0
MALLA SUBURETRAL ASOCIADO A HISTERECTOMIA	1
INSERCIÓN MALLA 6 BRAZOS COMPARTIMENTO ANTERIOR	0
COLPOCLEISIS VAGINAL (LEFORT)	1
MANCHESTER	2
MALLAS TOT	7
RETIRADA DE MALLA POR EXTRUSIÓN	0
COLPOSACROPEXIA VIA LAPAROSCOPICA	1

COMPLICACIONES

Las complicaciones observadas no difieren de las descritas en la literatura científica. Mención especial para la correspondiente a la cirugía de manchester. La paciente refiere dolor pélvico crónico que le afecta la calidad de vida y se le ha ofrecido por parte de urología (paciente seguida también por parte de su servicio) de histerosacropexia por laparoscopia así como inserción de banda TOT.

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS (todas leves y tardías)	2015
TOTAL	5
Tras cirugía de MANCHESTER, Dolor pélvico crónico, con empeoramiento de su Incontinencia urinaria mixta	1
Tras histerectomía vaginal con plastias vaginales: leve dolor a nivel de colpografía anterior pero que no afecta su calidad de vida y cistocele remanente.	1
Tras histerectomía vaginal: prolapso de cúpula, resuelto mediante inserción de pesario	1
Tras colpografía anterior, leve cistocele remanente	1
Tras cirugía de Lefort, aumento de su Incontinencia de orina mixta	1

COMUNICACIONES A CONGRESOS

“Buscando la humanización en la atención al parto”. Hospital Rey Juan Carlos, Mostoles (Madrid)

Comunicación oral: “Parto y suelo pélvico” a cargo de la Dra. Maria Laguna. Febrero 2015

Organización y realización por parte de todo el servicio de ginecología y obstetricia
“ Jornada quirúrgica de suelo pélvico. Colposacropexia vía laparoscópica ”

realizado en **Noviembre de 2015** en el salón de actos del Hospital Universitario Infanta Elena.

10.7 UNIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA GINECOLÓGICA / ESTERILIDAD

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

Adjuntos integrantes: Dr. Eloy Álvarez Méndez

Dra Elena Artime

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.

Nuestra Unidad de reproducción forma parte de la unidad de reproducción de la FJD de Madrid. Formamos un grupo junto con los Hospitales Rey Juan Carlos de Mostoles y El Hospital de Collado Villalba .

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

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

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

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

Durante el año 2015 ha habido un gran cambio en la forma de enfocar esta consulta. Comenzamos 2014 realizando una consulta semanal en la que se trataba principalmente patología endocrino-ginecológica: habitualmente se trataba de pacientes con síndrome de ovario poliquístico, con fallo ovárico precoz o pacientes en menopausia en tratamiento con terapia hormonal sustitutiva. Desde el punto de vista reproductivo, a principios de 2014 realizábamos el estudio previo a la mujer, sin realizar ningún tipo de estudio al varón.

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

Desde septiembre de 2014 la orientación de esta consulta ha cambiado y desde noviembre de 2014 la unidad ha ido incrementando el número de consultas, hasta un total de 4 semanales en la actualidad, siendo tres de turno de mañana (lunes , miércoles y viernes) y 1 de turno de tarde (martes).

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

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

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

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

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

Dentro del grupo de las pacientes con abortos de repetición se realiza el estudio de trombofilias y si es preciso, el estudio del cariotipo de los miembros de la pareja. En estas pacientes se ofrece una orientación diagnóstica y la posibilidad de plantear tratamientos precoces en las siguientes gestaciones en caso de que se encuentre alguna alteración subsidiaria de del mismo. También es importante procurar el apoyo psicológico y emocional que las pacientes con estas dificultades precisan

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

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

CONSULTAS

Primeras consultas y revisiones o sucesivas (cada 15 minutos) tenemos 46 huecos a la semana. Ecografía FIV (controles foliculares , frenaje, cada 10 minutos) total de 48 huecos a la semana. Lista de espera menor a 15 días.

	NORMALES		PREFERENTES		URGENTES	
ESTERILIDAD	2015	2014	2015	2014	2015	2014
PRIMERAS CONSULTAS	188	89	4	2	62	1
REVISIONES	1.276	402	134	30	155	6
TOTAL	1.464	491	138	32	217	7
<i>Ratio primeras/sucesivas</i>	<i>1/7,9</i>					
	NORMALES		PREFERENTES		URGENTES	
ENDOCRINO GINECOLÓGICA	2015	2014	2015	2014	2015	2014
PRIMERAS CONSULTAS	7	89	0	2	0	1
REVISIONES	234	402	4	30	2	6
TOTAL	241	491	4	32	2	7

	2015
Nº DE ECOGRAFIAS FIV	1.580
NUMERO DE CICLOS FIV	168
<i>Tasa de embarazo</i>	39.7%
NUMERO DE INSEMINACIONES ARTIFICIALES	95
<i>Tasa de embarazo</i>	18%

Como parte de la colaboración entre nuestra unidad y la unidad de reproducción de la FJD . Todos los días martes un medico adjunto de HUIE acude desde las 08:00h hasta las 14:30 a la FJD de Madrid, ha realizar actividad asistencial.

También en varias oportunidades nuestros adjuntos acudieron días puntuales a la FJD para hacer actividad extraordinaria incluyendo varios domingos del año.

En cuanto a los criterios de derivación a día de hoy se esta atendiendo a las parejas con mujer menor de 40 años y Hombre menor de 55 años. sin hijos previos sanos en común .

Las Parejas del mismo sexo y mujeres solas también son atendidas.

Es importante resaltar que no tenemos lista de espera para FIV a día hoy. Desde la primera consulta al inicio del ciclo ya sea de IA o FIV pasan aproximadamente 3 meses.

Como objetivos en el 2016 nos planteamos continuar mejorando la calidad de nuestros ciclos de FIV/ICSI, mejorar nuestra tasa de gestación asociada a la inseminación artificial, implantar el consentimiento informado electrónico asociado a las técnicas de reproducción asistida y desarrollar los protocolos de fallo ovárico precoz y de menopausia.

10.8 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, así como un diagnóstico precoz de malformaciones fetales.*
- *Morfológica de la 20 semana: pretende hacer un barrido en la anatomía del feto buscando la presencia de malformaciones morfológicas.*
- *Tercer trimestre: su función fundamental es valorar la posición y el crecimiento fetales.*

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

Número de ecografías de primer trimestre y de segundo trimestre realizadas en la unidad de diagnóstico prenatal en el año 2015:

<i>ECOGRAFÍAS OBSTÉTRICAS</i>	<i>2015</i>	<i>2014</i>
<i>Ecografía de primer trimestre(1)</i>	<i>1.059</i>	<i>697</i>
<i>Ecografía de segundo trimestre o de diagnostico prenatal</i>	<i>1.203</i>	<i>1.338</i>
<i>Ecografía doppler obstétrica</i>	<i>4.012</i>	<i>3.724</i>

<i>ECOGRAFÍAS DOPPLER OBSTÉTRICAS</i>	<i>2015</i>	<i>2014</i>
<i>MOTIVOS</i> (No realizado contaje).	<i>-----</i>	<i>-----</i>
<i>Ecografías de control de crecimiento fetal.</i>		
<i>Ecografías de gestaciones de alto riesgo (diabetes, gestaciones múltiples, HTA crónicas, preclampsia,).</i>		
<i>Ecografía repetidas por mala transmisión sónica.</i>		
<i>Ecografías solicitadas de urgencias, ingresos en planta, ginecológicas,</i>		

PRUEBAS INVASIVAS

	2015	2014
<i>AMNIOCENTESIS</i>	35 (67,3%)	54 (75%)
<i>BIOSIAS CORIALES</i>	17 (32,4%)	18 (25%)
<i>TOTAL</i>	52	72

	2015	2014
<i>AMNIOCENTESIS GENÉTICA (67,3%)</i>	35	54
<i>PÉRDIDAS GESTACIONALES RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO</i>	0 (0%)	0 (0%)
<i>Reacciones adversas al procedimiento: 1 sospecha de RPM, buena evolución y parto a término, niño sano</i>	0	1
<i>ALTERACIONES CROMOSÓMICAS NO DIAGNOSTICADAS ANTEPARTO</i>	0 (0%)	0 (0%)
<i>ALTERACIONES CROMOSÓMICAS DIAGNOSTICADAS ANTEPARTO</i> <i>Respecto total de partos 10/1.279</i>	10 (0,78%)	

<i>INDICACIONES DE LA AMNIOCENTÉSIS (54)</i>	2015	2014
<i>Alto riesgo SD en cribado combinado del 1º trimestre.</i>	13	28 (51,85%)
<i>Test positivo en sangre materna</i>	1	4 (7,40%)
<i>Ansiedad materna + edad.</i>	5	4 (7,40%)
<i>Marcador de aneuploidía en ecografía morfológica precoz.</i>		2 (3,71%)
<i>Agenesia ductos venoso</i>	2	
<i>Marcador de aneuploidía en ecografía morfológica.</i>	8	7 (9,47%)
<i>Edema nucal</i>		
<i>Riñón en herradura</i>		
<i>Oligoamnios + RCIU precoz</i>		
<i>Fisura palatina</i>		
<i>Hidrocefalia severa</i>		
<i>ARSA + ectasia pie'lica</i>		
<i>Corazón izquierdo hipoplásico</i>		
<i>ARSA + CIA + no screening (única que ha sido + para trisomía 21)</i>		
<i>Antecedente de cromosopatía familiar o personal.</i>	3	2 (3,71%)
<i>Descartar infección fetal (TORCH/coriamnionitis).</i>	0	1 (1,85%)
<i>No realizado PRISCA por edad gestacional en madre >35 años.</i>	2	5 (9,25%)
<i>Holoprosencefalia alobar</i>	1	
<i>Otros Oligoamnios</i>	0	1 (1,85%)

<i>CROMOSOMOPATIAS DIAGNOSTICADAS ANTEPARTO POR AMNIOCENTÉSIS</i>	2015	2014
<i>TRISOMÍA CROMOSOMA 21 (SME. DE DOWN) Todos realizaron ILE.</i>	3	6
<i>TRISOMÍA 18. Finalizado con ILE</i>	1	0
<i>Infección por CMV</i>	0	1
<i>Cromosopatías sexuales. Klinefelter</i>	0	1

<i>INDICACIONES DE LA BIOPSIA CORIAL</i>	2015	2014
<i>IRC Alto riesgo</i>	13	14
<i>Marcador del primer trimestre (higroma quístico)</i>	0	1
<i>Malformaciones fetales</i>		
<i>Exencefalias</i>	2	1
<i>Enfermedad hereditaria: Von Hippel Lindau en madre portadora</i>	0	2
<i>Li Fraumeni</i>		
<i>Fibrosis quística</i>	1	0
<i>Test positivo en sangre</i>	1	0
<i>Alteraciones cromosómicas diagnosticadas anteparto</i>	6	4
<i>% respecto el total de partos 6/1294</i>		
<i>Casos de Trisomía 21</i>	4	0
<i>Caso Trisomía 18</i>	2	0
<i>Caso de Trisomía 13</i>	0	1
<i>Sme de turner</i>	0	2
<i>Fibrosis quística</i>	1	0
<i>Reacciones adversas al procedimiento</i>	0	0
<i>Biopsia fallida que resultó posteriormente aborto retenido con T18</i>	1	
<i>Material insuficiente en sme de regresión caudal que finalizó en ILE</i>	1	
<i>Falsos negativos</i>	0	0

A destacar el importante descenso de número de pruebas invasivas, fundamentalmente a expensas de las amniocentesis que son 19 menos que el año pasado debido a la aparición del test prenatal en sangre materna.

Se mantiene el número de biopsias coriales, que además son más rentables porque se siguen realizando en los riesgos más altos y en las malformaciones mayores diagnosticadas en el primer trimestre. Así este año las biopsias coriales han sido 1 de cada 3 pruebas invasivas, mejorando el 1 de cada 4 del año pasado.

ALTERACIONES MORFOLOGICAS CONGENITAS DIAGNOSTICADAS :

SISTEMA NERVIOSO

- 2 Exencefalia*
 - 1 Holoprosencefalia semilobar*
 - 1 Hidrocefalia triventricular severa*
 - 1 Agenesia del cuerpo calloso*
 - 1 Tercer ventrículo mayor P97*
-

CARAYCUELLO

- 1 labio leporino + fisura palatina*
-

CORAZON

- 1 Doble arcoaórtico*
 - 1 Corazón izquierdo hipoplásico*
 - 1 Agenesia del ductos venoso con drenaje intrahepático*
 - 1 MAQC tipo I*
 - 1 Derrame pleural*
-

APARATO DIGESTIVO

- 1 Atresia intestinal alta*
 - 1 Onfalocele*
-

APARATO GENITO- URINARIO

- 1 Riñón en herradura*
 - 1 Quiste anexial*
 - 1 Agenesia renal unilateral*
 - 1 Ureterohidronefrosis + megavejiga a término*
-

MUSCULO-ESQUELETICO

- 1 sme de regresión caudal*
-

MALFORMACIONES NO DIAGNOSTICADAS

- 1 Neuroblastoma sacro*
 - 1 Sme. de Di George*
-

CONCLUSIÓN

A raíz de la publicación de estudios PECEP sobre el empleo del pesario cervical en mujeres gestantes con cérvix corto asintomáticas para prevenir los parto prematuros, son muchas las voces de renombre que recomiendan la realización de una cervicometría en la ecografía de la 20 semana de gestación para detectar esta patología e iniciar así el tratamiento. Debido a la evidencia existente, nosotros lo hemos introducido a nuestro protocolo, con lo que hemos añadido 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.

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

A destacar, en cuanto a las técnicas de diagnóstico prenatal, el aumento del porcentaje de biopsias que se realiza en nuestro centro , dado que gracias a la curva de aprendizaje realizada por las facultativas se ha conseguido que no sea necesario derivar a las pacientes a la FJD con el consecuente beneficio para las mismas, evitándo traslados a otros centros. Este año no ha sido necesario derivar a ninguna paciente a otro centro sanitario para la realización d eeste procedimiento

Como proyecto importante iniciado hace dos años, destaca la inclusión de nuestro centro en el estudio PESAPRO: ensayo clínico multicéntrico aleatorizado dirigido por el Hospital Puerta de Hierro cuyo principal objetivo es comparar en términos de eficacia dos estrategias terapéuticas, Progesterona Vaginal frente colocación de Pesario Cervical en gestantes con cuello corto, en términos de proporción de partos prematuros espontáneos antes de la 34 semanas de gestación. Durante este año se ha finalizado el reclutamiento de pacientes, siendo 14 pacientes finalmente randomizadas desde nuestro centro.

Para el próximo año queda pendiente la implantación del test no invasivo como alternativa para despistaje de aneuploidías en el primer trimestre en determinados casos seleccionados en un protocolo pendiente de validar por el servicio de genética.

11. ACTIVIDAD DOCENTE

11.a/ COLABORACIÓN CON LA UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA

<i>ASIGNATURA</i>	<i>TUTOR</i>	<i>HORAS</i>
<i>Profesor/Tutor en la asignatura de "Habilidades y competencias Interpersonales" de 1º de medicina.</i> UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA	<i>Dra. Consuelo Fernández Dongil Dra. Montserrat González Rodríguez Dra. Olga de Felipe Jiménez Dra. Esther Pérez Carbajo</i>	9,6h
	<i>Dr. Juan Miguel Rodríguez Cándia Dra. María Bordés Dra. Susana Sutil Bayo Dra. M^a Jesús Pérez Molina Dra. Silvia Fraga Campo</i>	9,6 h
	<i>Dr. José Sevilla Ros Dra. María Laguna Herrera Dra. Virginia Martín Oliva Dra. Yurena Día Bidart</i>	9,6 h
<i>Profesor/Tutor en la asignatura de "Ginecología y Obstetricia" 5º de medicina.</i> <i>Curso 2014-2015 (6 alumnos)</i> <i>Curso 2015-2016 (15 alumnos)</i> UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA	<i>Dra. Consuelo Fernández Dongil Dra. Montserrat González Rodríguez Dra. Olga de Felipe Jiménez Dra. Esther Pérez Carbajo Dr. Juan Miguel Rodríguez Cándia Dra. María Bordés Dra. Susana Sutil Bayo Dra. M^a Jesús Pérez Molina Dra. Silvia Fraga Campo Dr. Juan Miguel Rodríguez Cándia Dra. María Bordés Dra. Susana Sutil Bayo Dra. M^a Jesús Pérez Molina Dra. Silvia Fraga Campo</i>	

11.b/ JORNADAS CIENTÍFICAS RELACIONADAS CON LA ESPECIALIDAD

<p><i>Organización y realización por parte de todo el servicio de ginecología y obstetricia</i></p> <p><i>" IV Jornadas de Ginecología y Obstetricia para atención primaria "</i></p> <p><i>realizado el 24 de Noviembre de 2015 en el salón de actos del Hospital Universitario Infanta Elena. Con la asistencia de médicos de atención primaria, matronas y diplomados en enfermería de los distintos centros de salud del área, así como de otras áreas de la comunidad de Madrid y otras comunidades autónomas vecinas.</i></p>
--

Organización y realización por parte de todo el servicio de ginecología y obstetricia y en colaboración con otros servicios del propio hospital

“ I Jornada Multidisciplinar de actualización en anticoncepción “

realizado el 26 de Mayo de 2015 en el salón de actos del Hospital Universitario Infanta Elena.
Con la asistencia de médicos de atención primaria, matronas y diplomados en enfermería de los distintos centros de salud del área, así como de otras áreas de la comunidad de Madrid y otras comunidades autónomas vecinas.

Organización y realización por parte de todo el servicio de ginecología y obstetricia
“ Jornada quirúrgica de suelo pélvico. Colposacropexia vía laparoscópica”

realizado en Noviembre de 2015 en el salón de actos del Hospital Universitario Infanta Elena.

PONENCIAS DE LAS IV JORNADAS

TEMA	PONENTE/AUTOR
<i>Detención precoz del cáncer de mama</i>	<i>Dra. Susana Sutil Bayo</i>
<i>Diagnóstica prenatal no invasivo en sangra materna</i>	<i>Dra. Olga de Felipe Jiménez</i>
<i>Mastitis puerperal</i>	<i>Dra. Montserrat González Rodríguez</i>
<i>Vacunación Tosferina en embarazadas</i>	<i>Dra. Montserrat González Rodríguez</i>
<i>Detección precoz del cáncer de cervix en atención primaria</i>	<i>Dra. Silvia Fraga Campo</i>
<i>Menopausia e Isoflavonas</i>	<i>Dra. Virginia Martín Oliva</i>
<i>Aspectos jurídicos sobre la vida sexual y reproductiva</i>	<i>Esperanza Hernado Calvo</i>

PONENCIAS DE LA I JORNADA MULTIDISCIPLINAR EN ANTICONCEPCION

TEMA	PONENTE/AUTOR
<i>Osteoporosis y anticoncepción</i>	<i>Dra. Virginia Martín Oliva Dra. Pilar Ahijado Guzmán</i>
<i>Anticoncepción y enfermedad mental</i>	<i>Dra. Luisa Martín Calvo</i>
<i>.../...</i>	<i>.../...</i>
<i>Aspectos jurídicos sobre la vida sexual y reproductiva</i>	<i>Esperanza Hernando Calvo</i>
<i>Anticoncepción en formaciones ovárica y oncología ginecológica</i>	<i>Dra. María Bordés Infantes</i>
<i>Anticoncepción en mujeres con sangrado</i>	<i>Dr. Eloy Alvarez Méndez</i>
<i>Anticoncepción definitiva</i>	<i>Dr. Jose A. Sevilla Ros</i>
<i>Anticoncepción en mujeres nulíparas</i>	<i>Dra. Consuelo Fernández Dongil</i>
<i>Anticoncepción y patología de tracto genital inferior</i>	<i>Dra. Silvia Fraga Campo</i>
<i>Talleres de colocación de DIU</i>	<i>Servicio de Ginecología y obstetricia</i>
<i>Talleres de colocación de implante subdérmico</i>	<i>Servicio de Ginecología y obstetricia</i>

11.c./ SESIONES CON ATENCIÓN PRIMARIA

LUGAR	TEMA
<p>Centro de Salud del Restón (Valdemoro) Responsables: Dra. Susana Sutil Bayo, Dra. Silvia Fraga Campo</p>	<ol style="list-style-type: none"> <i>1. Protocolos de derivación al Hospital</i> <i>2. Consultas monográficas.</i>

.../...	
Centro de Salud de San Martín de la Vega <i>Responsables: Dra. Consuelo Fernández Dongil, Dra M^a Jesús Pérez Molina, Dra. Olga De Felipe Jiménez</i>	1. <i>Protocolos de derivación al Hospital</i> 2. <i>Consultas monográficas.</i>
Centro de Salud calle Parla (Valdemoro) Responsables: <i>Dra. María Laguna Herrera, Dr. Jose Sevilla Ros</i>	1. <i>Protocolos de derivación al Hospital</i> 2. <i>Consultas monográficas.</i>
Ambulatorio de Ciempozuelos Responsables: <i>Dra. María Bordes Infantes, Dra. Yurena Díaz Bidart</i>	1. <i>Protocolos de derivación al Hospital</i> 2. <i>Consultas monográficas.</i>

11.d. / SESIONES HOSPITALARIAS INTERDISCIPLINARES

TEMA	PONENTE/AUTOR
“Curso elemental de lactancia materna para profesionales” 16,13 30 Octubre y 6,113 de Noviembre de 2015	<i>Dra. Montserrat González Rodríguez</i>
“Curso de formación en lactancia materna para profesionales” 5 y 6 de Mayo de 2015	<i>Dra. Montserrat González Rodríguez</i>
“Buscando la humanización en la atención al parto”. Hospital Rey Juan Carlos, Mostoles (Madrid) Comunicación oral: “Parto y suelo pelvico”	<i>Dra. María Laguna Herrera</i> Febrero 2015

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.

12. MEMORIA CIENTIFICA DEL SERVICIO

A. TESIS DOCTORALES

“DENSIDAD MINERAL OSEA Y CÁNCER DE MAM EN LA MENOPAUSIA”	<i>DRA. MARÍA BORDÉS INFANTES UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA 30 DE NOVIEMBRE DE 2015</i>
---	---

B. POSTERS / COMUNICACIONES

TEMA	AUTOR
<i>FIBROSARCOMA MAMARIA. UN TUMOR A TENER EN CUENTA</i>	<i>Bordés Infantes M^a, Sutil Bayo S, Pérez Molina MJ, Sevilla Ros JA, Díaz Miguel MasedaM, Rodríguez Candia JM.</i>
<i>CARCINOMA BASOCELULAR DE VULVA: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</i>	<i>S.Fraga Campo; M. Laguna Herrera; Y. Díaz Bidart; S. Sutil Bayo; J Sevilla Ros; JM Rodriguez Candia</i>

C. PUBLICACIONES INDEXADAS/ PUBLICACIONES CAPÍTULOS LIBROS

TEMA	AUTOR
.....

E. ENSAYOS CLÍNICOS

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

13. SESIONES CON OTROS SERVICIOS DEL HOSPITAL

PEDIATRÍA:

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

DERMATOLOGÍA:

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

ANATOMÍA PATOLÓGICA:

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

14. COMISIONES HOSPITALARIAS

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

<i>Comité de Infecciones y profilaxis antibiótica (CIPA)</i>	<i>Dr. Jose Sevilla Ros</i>
<i>Comité de Banco de sangre</i>	<i>Dr. Jose Sevilla Ros</i>
<i>Comité de Mortalidad</i>	<i>Dra Consuelo Fernández Dongil</i>
<i>Comité de Oncología-Mama</i>	<i>Dra María Bordés Infantes, Dra M^a Jesús Pérez Molina, Susana Dra Susana Sutil Bayo</i>
<i>Comité de Seguridad</i>	<i>Dra María Laguna Herrera</i>
<i>Comité de Farmacia</i>	<i>Dra Susana Sutila Bayo</i>
<i>Comité de Formación</i>	<i>Dra. Olga De Felipe Jiménez</i>
<i>Comité de dolor crónico</i>	<i>Dra Virginia Martín Oliva</i>

15. PROYECTOS FUTUROS

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

16. PREMIOS Y RECONOCIMIENTOS

Nominado a los premios TOP 20 2015 en el área de la mujer

Finalista al mejor servicio de ginecología y obstetricia en los X premios Best in Class 2015.

Valdemoro 01 de marzo 2016