



Carta del Presidente de SEGO

Estimado socio/socia:

Constituye para mí una satisfacción la presentación de este primer número de la GACETA ELECTRÓNICA SEGO, que pretende ser un elemento más de comunicación, entre nosotros, de la manera más rápida y cómoda posible. Es gaceta, porque se dan noticias de distinta índole de forma periódica; es electrónica porque se canaliza vía e-mail y evidentemente es de nuestra sociedad, la SEGO. Queda pendiente el tema de la periodicidad, porque aunque inicialmente pretendemos que sea mensual, esto irá en función de las necesidades y pudiera ser más frecuente.

La gaceta está estructurada en varios apartados fijos, entre los que se incluyen los siguientes: Bibliografía, Noticias, Aspectos Jurídicos del ejercicio de la especialidad y protección de datos, Derechos reproductivos de la mujer, Bolsa de empleo, Cursos y congresos, Formación continuada de la SEGO y un último motivo, de encuesta, en el que establecemos un sistema de *feed-back* recabando vuestras opiniones sobre temas candentes.

En este número inicial, los coordinadores de las secciones han sido voluntarios "inducidos", pero es nuestra intención que el boletín sea de todos y colaboren en cada uno de sus apartados todos los que lo deseen. De

esta forma, seguro que será mucho más enriquecedor, según vayamos obteniendo más información.

Ya que la gaceta se os hará llegar vía e-mail, es fundamental disponer de la dirección de correo electrónico de todos vosotros y mantener esta información actualizada en la base de datos de nuestra sociedad para aventar vacíos de comunicación.

Los residentes o jubilados sólo tienen que facilitarnos dichos datos para que se podamos enviarles la gaceta sin ningún problema, puesto que están exentos de cuotas.

Nuestra SEGO sigue su trayectoria, con los problemas inherentes a nuestra especialidad, que no son pocos, pero afortunadamente con muy pocos internos o al menos que personalmente pueda percibir. La bonanza económica es manifiesta, os presentaremos las cuentas después de la plenaria de diciembre, el número de socios sigue aumentando, la relación entre todas las sociedades autonómicas es, desde mi percepción, de cordialidad y, desde cualquier punto de vista, de absoluta caballerosidad. Quizá los envenenados cendales que nos tiende el ejercicio de la especialidad han galvanizado nuestros objetivos y nos han unido más que nunca, unos a otros.

Seguiremos con nuestra revista *Progresos*, con nuestro boletín informativo, con nuestra página web, con los documentos SEGO, pero el proceso de comunicación internauta es imparable y esta GACETA ELECTRÓNICA es una prueba más de ello.

Esperando os sea útil y de vuestro agrado, recibid como siempre un fuerte abrazo.

J. Bajo
Presidente SEGO

Tarjetas para los socios de SEGO

La SEGO ha elaborado una tarjeta identificativa, de PVC (similares a las de crédito) personalizada con sus datos: nombre, apellidos y el número de socio actualizado.

Esta tarjeta tiene muchas ventajas, ya que interiormente va equi-

pada con un microchip y una banda magnética al mismo tiempo, y también se le puede incorporar una pequeña memoria, la cual nos permite acumular y leer datos relevantes de cada socio, como por ejemplo la dirección, tipo de socio y toda aquella información que no queramos que se vean a simple vista.

Esta tarjeta tiene múltiples aplicaciones: desde permitir de forma automatizada la entrada del socio a la sede hasta el registro de asistencia a todas las actividades for-

mativas que realice la SEGO (simposios, congresos...).

Asimismo, también puede permitir la utilización de las infraestructuras de la SEGO: biblioteca, sala de ordenadores y servicios jurídicos, por ejemplo.

La tarjeta actúa como identificador único y, además de registrar sus necesidades, puede utilizarse como llave de entrada física, permitiendo trazabilidad a las instalaciones. Al mismo tiempo, abre puertas y registra el paso.

EN ESTE
NÚMERO

• Noticias de interés en ginecología • Información protección de datos • Cursos y congresos
• Aspectos jurídicos • Oferta y demanda de empleo • Formación continuada • Bibliografía

EURORESIDENCIAS. CENTRO PARA MAYORES

La SEGO ha llegado a un acuerdo de trato preferencial (tanto en precios como en asistencia) a todas aquellas personas que sean socios y socias de la SEGO, así como para sus familiares directos, con la empresa Euroresidencias.

Dicha organización es una empresa de gestión de Residencias y Centros de Día para Personas Mayores, gestora de todos los centros que el Grupo Sacyr-Vallehermoso tiene en la actualidad.

La compañía ha desarrollado un ambicioso proyecto a nivel nacional, dentro del sector privado, con la implantación de un modelo de gestión profesional, incorporando profesionales con amplia experiencia en el mundo de la atención a personas mayores para la puesta en marcha de más de 2.000 camas en toda España.

Euroresidencias cuenta hoy con nueve centros abiertos, en Madrid, Zaragoza, Linares (Jaén), Alicante, Vigo y A Coruña. Y ha abierto siete nuevos centros en Madrid, Barcelona, Santander, Valencia... en menos de 24 meses.



Euroresidencias. Residencial Playa Grande en Denia (Alicante).

Todos nuestros centros son modernos edificios, diseñados exclusivamente para la atención a personas mayores, con magníficas instalaciones que permiten la atención integral temporal o más definitiva de los usuarios válidos y asistidos físicos y psíquicos.

Los centros cuentan con un completo servicio individualizado y pro-

gramas de atención a personas mayores, estancias temporales, estancias de día o nocturnas, posoperatorios y recuperaciones, etc., para el descanso de la familia o de su cuidador habitual.

www.euroresidencias.com

La ciudad de Sevilla candidata a la organización del XIX Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia



de la ciudad, contamos con el máximo apoyo de la Administración local. Desde este boletín queremos dar las gracias a su alcalde, el Ilustrísimo Señor Monteserín, por el apoyo incondicional prestado para tal evento.

Tras la junta plenaria celebrada el pasado julio de 2005, se eligió la ciudad de Sevilla como candidata a la organización del XIX Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia. Tras varias reuniones con el Ayuntamiento

Como es conocido por todos, en Kuala Lumpur 2006 habrá votaciones para la toma de decisión de dicha candidatura. Desde la SEGO, estamos trabajando y apostando fuerte para conseguir nuestros objetivos.



EUROPEAN BOARD

En el próximo Congreso del European Board de ginecología y obstetricia, que se celebrará en Turín del 5 al 8 de abril de 2006, se impartirán dos sesiones en español.

www.ebcog.org



**HOMENAJE
"IN MEMORIAM"
PROFESOR
F. J. RODRÍGUEZ
ESCUDERO**

Ver más información en
Sección Cursos
Simposio sobre Avances
en Ginecología y
Obstetricia

REUNIÓN PATROCINADA POR LA SEGO DENTRO DEL VII CONGRESO MUNDIAL DE MEDICINA PERINATAL



En el transcurso del VII Congreso Mundial de Medicina Perinatal, se realizó una sesión en español, que estuvo muy concurrida y en la participaron los siguientes ponentes y profesores: J. Carrera, A. González, J. Troyano, L. Mercé, M. Gallo, J. de Santiago, G. Azumendi, J. Belizán, F. Bonilla, V. Cararach y J. Parra; todo ello coordinado por el profesor Cabero. Se expusieron los siguientes temas:

- Estudio Ecográfico de la cara fetal.
- Reproducción a los 40 años.
- Salud perinatal en Latinoamérica.
- Diagnóstico ecográfico (3D y 4D) de malformaciones.
- Tratamiento conservador del síndrome de Help.
- Conducta fetal.
- Resultados de 10.000 amniocentesis genéticas.
- Salud fetal en el tercer trimestre: diagnóstico y conducta obstétrica.
- Estado actual del Doppler en el CIR.
- Manejo perinatal de la eritroblastosis fetal.
- Perfil hemodinámico fetal en vasos no habituales.
- Proyecto Fetaltest: resultados del cribado combinado en el trimestre del embarazo.

Nuevos miembros AD Eunden del Royal College de Obstetricia y Ginecología

La AD Eunden del Royal College de Obstetricia y Ginecología ha nombrado como nuevos miembros a los profesores **Arnaldo Acosta, presidente de FIGO, Robert Edwards y José Villar.**



Los profesores Arnaldo Acosta, Robert Edwards y Luis Cabero junto al profesor Bajo.

Dicho nombramiento se realizó en ceremonia realizada en Regents Park, a la que fueron invitados el profesor Cabero (vicepresidente de la FIGO) y el profesor Bajo (presidente de la SEGO).

Ampliación de la Secretaría SEGO

El pasado mes de junio de 2005 se incorporó a nuestra Secretaría Lourdes Blasco para reforzar el apoyo a todos nuestros socios. Lourdes cuenta con experiencia en la relación con sociedades científicas, ya que proviene de la organización del Departamento de Congresos e Incentivos de la empresa Viajes El Corte Inglés.



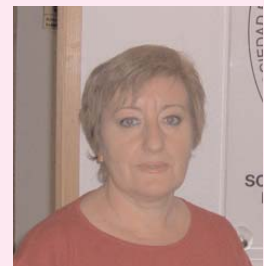
Lourdes Blasco.

En este mes de octubre se ha reincorporado a su puesto de trabajo M.^o Carmen Arcos. Como sabéis, M.^o Carmen ha estado de baja durante los últimos meses y estamos encantados de tenerla de nuevo entre nosotros.



Charo Fernández.

Queremos recordaros también que en nuestra Secretaría continúa trabajando con nosotros Charo Fernández.



M.^o Carmen Arcos.

Éstas son las tres personas de contacto a las que os podréis dirigir y solicitar cualquier cosa que necesitéis.

Formación continuada

Para el próximo curso 2006, la SEGO ha preparado un nuevo Plan de Formación Continuada, para todas aquellas personas que estén interesadas en participar.

Este plan consiste en la elaboración y publicación de un libro, que contiene todos los cursos y congresos previstos para el próximo año, ya sean impartidos por algún laboratorio, doctor en particular, sección, sociedad autonómica o propios de la SEGO.

Previamente, todos estos cursos y congresos previstos habrán tenido que ser supervisados y aceptados por la Junta Directiva de la SEGO; obteniendo así por parte de ésta, el aval correspondiente y necesario para impartir la formación y tener el reconocimiento de la SEGO.

COMITÉ DE LA FIGO PARA LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER

Es evidente que la situación de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer es muy diferente de unos países a otros, pero en muchos de ellos se producen circunstancias en las que dichos derechos son violados.

El Comité para los Derechos Sexuales y Reproductivos de la Mujer nace dentro de la FIGO en enero de 2001, y desde entonces no cesa en hacer programas en todo el mundo para intentar prevenir las altas cargas de morbilidad que las mujeres sufren a causa de su papel en la reproducción.

Los objetivos de este Comité son:

1. Enfatizar el importante rol de nuestra profesión, individual y colectivamente, en el respeto, protección y potenciación de los derechos humanos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
2. Aumentar la conciencia social y el conocimiento de estos derechos entre los miembros de nuestra profesión.
3. Animar a los miembros de las sociedades a aplicar los derechos humanos internacionales existentes para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres en sus propios países, a través de colaboración y educación social.
4. Revisar y añadir, si procede, más contenido a la definición de derechos sexuales y reproductivos.
5. Revisar y actualizar, si procede, estándares para respetar dichos derechos.
6. Monitorizar y revisar los protocolos de nuestra profesión para asegurarnos de que se cumplen esos derechos.
7. Recomendar vías por las cuales la FIGO y sus sociedades pue-



dan colaborar con las sociedades gubernamentales y no gubernamentales para avanzar en esos derechos.

8. Designar, con la aprobación de los representantes del Comité, grupos de trabajo o subcomités para la prevención de la violencia contra las mujeres.

Proponer recomendaciones para la posible expansión del trabajo realizado dentro del propio Comité.

Dra. Silvia Iniesta Pérez
Madrid
silviniestap@hotmail.com

NOTA

La SEGO, a petición de la FIGO, nombró a la Dra. Silvia Iniesta Pérez como miembro del Comité de la FIGO y como representante de la SEGO, para los Derechos Sexuales y Reproductivos de la Mujer.

Silvia Iniesta Pérez es doctora en Medicina, especialista en obstetricia y ginecología y médico adjunto del Hospital Universitario de Madrid.

COMENTARIOS SOBRE ASPECTOS JURÍDICOS DEL EJERCICIO DE LA ESPECIALIDAD

En esta ocasión, comentaremos tres aspectos:

1. La emisión de varias sentencias favorables a obstetras por haber actuado acorde al protocolo asistencial de la SEGO y, por lo tanto, acorde al Lex Artis.

Los protocolos asistenciales de la SEGO proporcionan a los juzgadores una información valiosa a la hora de ponderar la actividad asistencial objeto de la denuncia. Aunque no exista unanimidad entre los especialistas de que esta información pueda ir en detrimento de nuestra actividad, el hecho cierto es que, si se sigue el protocolo o se justifica por qué no se siguió, la defensa del especialista resulta más fácil. Tenéis que saber que, un día sí y otro también, los juzgados de toda España envían oficios a la SEGO demandando que se les remita tal o cuál protocolo asistencial.

te para otorgar voluntariamente su consentimiento, que se da después de proporcionar una información suficiente y adecuada.

No debería llevarse a cabo hoy en día ninguna intervención quirúrgica que no sea urgente, sin el consentimiento informado, hay múltiples sentencias que lo avalan.

Incluso los jueces empiezan a plantearse si la falta de consentimiento informado por sí sólo, incluso con el resultado favorable de la intervención,

No debería llevarse a cabo, hoy en día, ninguna intervención quirúrgica que no sea urgente, sin el consentimiento informado



El hecho cierto es que, si se sigue el protocolo o se justifica por qué no se siguió, la defensa del especialista resulta más fácil

Los jueces en su difícil cometido necesitan contar con una serie de ayudas que facilitan su labor, siempre difícil, de tomar decisiones. Los protocolos son para ellos, estas herramientas

2. La ineludible obligación, acorde a la ley, de utilizar los consentimientos informados

No es cuestión aquí de profundizar en la filosofía y finalidad del contenido de los mismos; señalaremos, sin embargo, que ante un juez, el consentimiento informado correctamente cumplimentado asegura que el médico ha reconocido y respetado el derecho de la pacien-

te debe ser objeto de resarcimiento.

Recomendamos el uso de los consentimientos informados de la SEGO, a sabiendas de que faltan algunos (TVT, láser, mallas, etc.), en los que estamos trabajando y que habrá que implementar.

3. En este último mes han entrado en la SEGO dos peritaciones que tienen en común que las acciones por los que se pide indemnización

ocurrieron, una hace 18 años (un parto con parálisis cerebral) y otra hace 16 años (extirpación de quiste de ovario con resultado de esterilidad posterior).

Sin entrar en el análisis del proceso, lo que nos interesa aquí resaltar es la importancia de la cláusula "Momento de la reclamación" (Claims Made).

Los que tengáis un seguro que incluya esta cláusula estaréis con cobertura en procesos semejantes. Los que no la tengáis, afrontaréis el proceso sin ella.

Es un matiz muy importante.

Prof. F. Izquierdo González
Madrid

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

La SEGO, en función de la Ley Orgánica 15/1999, ha diseñado un Plan de Protección de Datos para nuestros asociados, en un marco de colaboración tanto para la sociedad como para los socios y sus clínicas. Con este acuerdo lo que se pretende es adecuar todo lo relacionado con este tema conforme a la ley vigente (LOPD) y obtener una serie de beneficios, ya sea en precio, ventajas, etc., pudiendo gestionarlo todo a través de la SEGO.

La entrada en vigor de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante LOPD), fruto de la trasposición de la Directiva 95/46/CEE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, estableció una serie de obligaciones que afectan, directamente, a los especialistas en ginecología y obstetricia.

Con base en las cifras publicadas por el Registro General de Protección de Datos relativas a la inscripción de ficheros de titularidad privada se puede afirmar que las actividades sanitarias no sólo se encuentran a la cabeza, sino que cada día aumentan en mayor medida, demostrando que el sector sanitario va adquiriendo conciencia con la necesidad de cumplir con la legislación de protección de datos.

El sector sanitario va adquiriendo conciencia con la necesidad de cumplir con la legislación de protección de datos

ACTIVIDADES SANITARIAS

(Inscripción de ficheros de titularidad privada)

Octubre 2004	368
Noviembre 2004	630
Diciembre 2004	603
Enero 2005	818
Febrero 2005	825
Marzo 2005	881
Abril 2005	953
Mayo 2005	655
Junio 2005	890
TOTAL	6.623

SANCIONES

(Ficheros de titularidad privada)

LEVES	De 601,01 a 60.101,21 €
GRAVES	De 60.101,21 a 300.506,05 €
MUY GRAVES	De 300.506,05 a 601.012,10 €

Conviene aclarar, desde este momento, que los ficheros manuales existentes con anterioridad a la entrada en vigor de la LOPD —enero de 2000— gozan de un periodo de adecuación a la misma que finaliza el 24 de octubre de 2007, sin perjuicio del ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación por parte de los titulares de los datos. Frente a éstos, los ficheros creados con posterioridad a la entrada en vigor de la citada norma y los informatizados preexistentes se ven

sometidos a todas las obligaciones derivadas de la normativa de protección de datos de carácter personal.

A continuación se realizará una aproximación a las mismas, diferenciando entre sanidad pública y privada, y tomando como referencia la relación entre médico y paciente.

Sanidad privada

A. Con carácter previo a la recogida de datos

- El médico únicamente puede recoger y tratar los datos personales de los pacientes que sean adecuados, pertinentes y no excesivos en la relación con el ámbito y las finalidades para los que son recabados.
- Cuando los pacientes acuden a la clínica por primera vez y proporcionan sus datos de carácter personal, el profesional o la persona designada para ello debe informarlos de los requisitos exigidos en la LOPD, tales como existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, finalidad para la que son recogidos y posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.
- Con carácter general, el tratamiento de los datos personales requiere el consentimiento inequívoco de su titular, exigiéndose además, en relación con los relativos a la salud, que sea expreso.

B. Una vez recogidos los datos

- Los datos conservados en los ficheros de las clínicas deben ser siempre exactos y puestos al día.
- Si en algún momento un paciente desea acceder, rectificar o cancelar los datos de los que dispone su médico, éste está obligado a satisfacerle.
- No sólo el doctor, sino todo el personal de la clínica que maneja datos de carácter personal está obligado al secreto profesional respecto a los mismos.

Sanidad pública

A tenor de lo dispuesto en el artículo 20.1 de la LOPD, "la creación, modificación o supresión de los ficheros de las Administraciones públicas sólo podrán hacerse por medio de disposición general publicada en el Boletín Oficial del Estado o diario oficial correspondiente".

En definitiva, tras este breve recorrido por las obligaciones derivadas de la normativa de protección de datos, se advierte la importancia de considerar la figura del titular de los mismos como eje sobre el que descansan gran parte de los principios rectores del tratamiento de datos personales, dando cumplimiento a las premisas de información y consentimiento, y facilitando, en todo momento, el ejercicio de los derechos, para lo que también resulta de vital interés la inscripción de los ficheros en el Registro de Protección de Datos.



Sección coordinada en este número por Teresa Redondo, doctora en Medicina, médico adjunto y especialista en obstetricia y ginecología del Hospital Universitario Santa Cristina de Madrid.

Obstet Gynecol,
2005 Sep.; 106(3):573-580.

Effectiveness of treatment strategies of some women with pelvic inflammatory disease: A randomized trial.

Efectividad de los tratamientos en mujeres con enfermedad inflamatoria pélvica: un estudio randomizado.

Ness RB, Trautmann G, Richter HE, Randall H, Peipert JF, Nelson DB, Schubeck D, McNeeley SG, Tiout W, Bass DC, Soper DE.

Objetivos

La prevención de las consecuencias adversas para la reproducción en las mujeres con enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) parece ser igualmente exitosa en tratamientos ambulatorios y hospitalarios. Evaluamos si el tratamiento ambulatorio es tan eficaz como el hospitalario en relación con la edad, raza y clínica de las pacientes con EIP.

Método

Se randomizó a mujeres con signos y síntomas clínicos de EIP de leve a moderada (n=831) en un estudio multicéntrico, comparando el tratamiento hospitalario con cefoxitina y doxiciclina intravenosa frente al tratamiento ambulatorio con una única dosis intramuscular de cefoxitina y

doxiciclina por vía oral. Se compararon los dos grupos de tratamiento, en un seguimiento de 84 meses, atendiendo a embarazos, hijos vivos, tiempo hasta el embarazo, infertilidad, recurrencia de la EIP, dolor pélvico crónico y embarazos ectópicos.

Resultados

El tratamiento ambulatorio no influyó negativamente en la proporción de mujeres con uno o más embarazos, hijos vivos o embarazos ectópicos durante el seguimiento; el tiempo hasta el embarazo; la recurrencia de EIP o dolor pélvico crónico en mujeres de diferentes razas; con o sin antecedentes de EIP; con o sin *Neisseria gonorrhoeae* y/o *Chlamydia trachomatis*; con o sin fiebre alta ni leucocitosis. Estos datos se recogieron incluso entre adolescentes y mujeres sin hijos. Los embarazos ectópicos fueron más frecuentes en el grupo de pacientes con tratamiento ambulatorio que en el grupo con tratamiento hospitalario, pero esta situación fue tan poco frecuente que la diferencia no fue estadísticamente significativa (5 versus 1, odds ratio 4,91, 95% intervalo de confianza 0,57-42,25).

Conclusión

No hubo diferencias en las secuelas entre las mujeres con EIP de leve a moderada tratadas de forma ambulatoria frente al tratamiento hospitalario. Nivel de Evidencia: I.

Obstet Gynecol,
2005 Sep.; 106(3):569-572.

Compressive uterine sutures to treat postpartum bleeding secondary to uterine atony.

Suturas uterinas compresivas en el tratamiento de la hemorragia posparto en la atonía uterina.

Pereira A, Nunes F, Pedroso S, Saraiva H, Retto H, Meirinho M.

Objetivos

Demostrar la utilidad de un nuevo método de aplicación de suturas

compresivas en el tratamiento de la hemorragia posparto secundaria a una atonía uterina.

Métodos

Se aplicaron múltiples suturas longitudinal y transversalmente alrededor del útero de siete mujeres con atonía uterina y hemorragia posparto.

Resultados

El procedimiento fue satisfactorio en todos los casos.

Conclusión

Las suturas compresivas en el útero fueron eficaces en el tratamiento de la atonía uterina con hemorragia posparto. Nivel de evidencia: III.

Obstet Gynecol,
2005 Sep.; 106(3):562-568.

A Cost- Effectiveness Analysis of Prenatal Screening Strategies for Down syndrome.

El análisis coste-efectividad del screening prenatal para el síndrome de Down.

Odibo AO, Stamilio DM, Nelson DB, Sehdey HM, Macones GA.

Objetivos

Evaluar qué estrategia de screening presenta una mejor relación coste-efectividad.

Métodos

Mediante modelos de decisión y análisis, comparamos la relación coste-efectividad de nueve estrategias de screening para el síndrome de Down: 1) sin screening, 2) sólo pliegue nucal (NT) en el primer trimestre, 3) combinación de NT screening bioquímico en el primer trimestre, 4) sólo screening bioquímico en el primer trimestre, 5) cuádruple screening, 6) screening integrado, 7) screening secuencial, 8) sólo screening integrado bioquímico, 9) edad

materna. Los costes incluyen el coste de las pruebas y los recursos necesarios para mantener a un niño con síndrome de Down. Se realizaron análisis univariante y multivariante para las variables de todos los modelos. En los resultados se tuvo en cuenta el coste por cada caso de síndrome de Down detectado, la incidencia de casos de recién nacidos con síndrome de Down y la tasa de embarazos perdidos con cada procedimiento de diagnóstico de cada estrategia.

Resultados

El *screening* secuencial detecta más casos de síndrome de Down en comparación con el resto de las estrategias, pero tiene una tasa más alta de pérdida de embarazos. El *screening* bioquímico integrado fue el que presentó una mejor relación coste-efectividad. Al integrar el cariotipo en las estrategias de *screening* del segundo trimestre, éstas aumentan su coste, por lo que se concluye que el *screening* combinado del primer trimestre es la estrategia que presenta una mejor relación coste-efectividad.

Conclusión

De acuerdo con nuestras hipótesis, el *screening* bioquímico integrado es la estrategia que presenta una mejor relación coste-efectividad para el *screening* del síndrome de Down. Si el coste de la realización del pliegue nucal es inferior a 57 dólares o si el cariotipo está incluido en las estrategias de *screening* del segundo trimestre, el *screening* combinado del primer trimestre resulta entonces la estrategia con mejor relación coste-efectividad. Nivel de evidencia: III.

Ultrasound Obstet Gynecol.
2005 Jul.; 26(1):67-72.

Does quantitative analysis of three-dimensional Power Doppler Angiography have a role in the diagnosis of malignant pelvic solid tumors? A preliminary study .

¿Tiene el análisis cuantitativo de la Angiografía *power doppler* tri-

dimensional un papel en el diagnóstico de tumores sólidos pélvicos malignos? Un estudio preliminar.

Testa AC, Ajossa S, Ferrandina G, Fruscella E, Ludovisi M, Malaggesse M, Scambia G, Melis GB, Guerriero S. Department of Gynecology, Catholic University, Rome, Italy.

Objetivos

Investigar el papel de un sencillo método para la cuantificación tridimensional de la vascularización tumoral en diferentes diagnósticos de masas sólidas pélvicas.

Método

Evaluamos ecográficamente en modo B seguido de *power doppler* 3D a 24 pacientes con masas sólidas pélvicas antes de la cirugía. El volumen de interés lo obtuvimos dibujando el contorno de la sección mayor en los tres planos ortogonales. Calculamos los siguientes parámetros tridimensionales en todos los pacientes: color relativo, promedio del color y medida del flujo. Empleamos el análisis de la curva ROC para elegir el mejor valor de corte. El total acuerdo entre el resultado de la prueba y el resultado actual fue calculado empleando el índice kappa.

Resultados

En 15 de los 24 pacientes encontramos masas malignas. El color relativo y la medida del flujo fueron significativamente mayores en las lesiones malignas (9,7 [8,98] y 8,95 [8,78]) (media y [rango intercuartílico (RIC)] respectivamente) que en las masas benignas (2 [4,42] y 1,79 [4,71] respectivamente, con una $p < 0,05$) pero no hubo diferencias en el color promedio. El mejor valor de corte para el color relativo y la medida del flujo fue de 3,2 y 2,8 respectivamente. El empleo del color relativo mostró una sensibilidad del 80% con una especificidad del 67% con un total acuerdo que fue mayor, aunque sólo ligeramente, que en *power doppler* cuantitativo 3D (kappa 0,47 y 0,44 respectivamente).

Conclusiones

En un grupo pequeño de masas pélvicas que parecen malignas en ecografía en modo B, el empleo de cuantificación 3D de la vascularización tumoral consigue una precisión diagnóstica similar a la que se obtiene con una valoración subjetiva de la vascularización. No obstante, sospechamos que el método cuantitativo 3D producirá resultados más consistentes entre operadores.

Ultrasound Obstet Gynecol.
2005 Aug.; 26(2):132-7.

Intraobserver and interobserver reproducibility of three-dimensional gray-scale and power doppler ultrasound examinations of the cervix in pregnant women.

Reproducibilidad intraobservador e interobservador de la escala de grises tridimensional y del examen ecográfico *power doppler* en el cérvix de las mujeres gestantes.

Rovas L, Sladkevicius P, Strobel E, Valentin L.

Department of Obstetrics and Gynecology, Malmo University Hospital, Malmo, Sweden.

Objetivos

Determinar la reproducibilidad intraobservador e interobservador de la escala de grises tridimensional y del examen ecográfico *power doppler* del cuello en mujeres gestantes.

Método

Treinta y dos mujeres gestantes fueron sometidas a un examen ecográfico del cuello uterino por dos examinadores mediante escala de grises en 3D y *power doppler*. Cada observador adquirió dos volúmenes, y cada uno de ellos analizó sus volúmenes dos veces empleando el software Vocal (Virtual Organ Computer-aided Análisis). Las variables analizadas fueron el volumen cervical (cm³), el índice de vascularización (IV), el índice de flujo (IF) y el índice de vascularización flujo

SECCIÓN BIBLIOGRÁFICA

(IVF). La repetibilidad intraobservador se expresó como la diferencia entre los resultados de las dos medidas (media de las diferencias \pm 2DS), y con el coeficiente de correlación intraclase (intra-CC). El acuerdo interobservador se expresó como la diferencia entre los resultados de los dos observadores (límites del acuerdo) y con el coeficiente de correlación interclase (inter-CC). La contribución de varios factores (examinador, adquisición y análisis de los volúmenes adquiridos) a la variación intrasujeto se estimó empleando diferentes análisis de modelos de varianza. Los resultados presentados eran aquellos que se obtuvieron después de una transformación antilogarítmica, es decir, los resultados se presentaron como rangos entre dos resultados del mismo observador, o como rangos entre los resultados del observador 1 y del observador 2.

Resultados

Todas las diferencias intraobservador e interobservador siguieron una distribución normal. No hubo ningún sesgo sistemático entre los dos observadores. Tanto el intra-CC como el inter-CC fueron altos (0,93-0,98) para todas las variables excepto para el IF (0,63-0,88), a pesar de que los límites de acuerdo eran amplios, especialmente para el IV (rango más amplio 0,4-2,4) e IVF (rango más amplio 0,3-2,6). La adquisición explica la mayoría de las variaciones intrasujeto de los IF, la contribución del observador y del análisis no fueron importantes.

Conclusiones

Debido al amplio rango entre los límites más bajo y más alto del acuerdo, probablemente no sea posible detectar nada más que grandes diferencias o cambios en el volumen cervical o en los índices de flujo cervicales empleando las técnicas 3D actuales. Debido a que la adquisición explica la mayoría de la variabilidad intrasujeto, se debería realizar la media de varias adquisiciones repetidas para aumentar la reproducibilidad. No

obstante, no vale de mucho realizar más de un análisis del volumen adquirido, porque el efecto del análisis en la medida resulta pequeño.

Ultrasound Obstet Gynecol.
2005 Aug.; 26(2):154-7.

Relationship between nuchal translucency thickness and prevalence of major cardiac defects in fetuses with normal karyotype.

Relación entre el grosor de la translucencia nuchal y la prevalencia de defectos cardíacos mayores en fetos con cariotipo normal.

Atzei A, Gajewska K, Huggon IC, Allan L, Nicolaidis KH.

Harris Birthright Research Centre for Fetal Medicine, King's College Hospital Medical School, London, UK.

Objetivo

Definir la prevalencia de defectos cardíacos mayores en relación con la medida de la TN a las 11 a 13+6 semanas en fetos con cariotipo normal.

Método

Se realizó ecocardiografía fetal especial a 6.921 fetos con cariotipo normal o presumiblemente normal con una edad gestacional media de 20 semanas (rango 12-35). Las indicaciones para la ecocardiografía fetal fueron el aumento de la TN ($n=3.444$), ecografía del segundo trimestre detallada sin valorarse riesgo de anomalías cromosómicas ($n=2.980$) o historia previa o familiar de defectos fetales ($n=497$). Los defectos cardíacos fueron agrupados en seis categorías funcionales: defectos septales, obstrucción izquierda de entrada, obstrucción derecha de entrada, obstrucción izquierda de salida, obstrucción derecha de salida y otras.

Resultados

Se encontraron defectos cardíacos mayores en 132 fetos (19,1 por mil)

y la prevalencia aumentó desde 4,9 por mil, en aquellos fetos con TN por debajo de la media, a 8,7 en aquellos fetos con TN entre la media y por debajo del percentil 95, a 18,2 en TN entre el percentil 95 y el percentil 99, y de allí en adelante, exponencialmente a 35,2, 64,4 y 126,7 para TN de 3,5-4,4mm, 4,5-5,4mm y $\geq 5,5$ mm respectivamente. No hubo diferencias evidentes en la distribución de las TN en los diferentes tipos de TN.

Conclusiones

La prevalencia de defectos cardíacos mayores aumenta exponencialmente con el grosor del pliegue nuchal fetal y en fetos con TN=3,5 mm es mayor que en familias con historia de defectos cardíacos.

Acta obstetricia et gynecologica scandinavica.

Volume 18 Issue 7 Page 665
July 2005.

Mode of delivery in pregnant women with hypertensive disorders and unfavorable cervix following induction of labor with vaginal application of prostaglandin E₂.

Vía de parto en gestantes con trastornos hipertensivos y cervix desfavorable tras inducción del parto con prostaglandina E₂ vaginal.

Avi Ben-Haroush, Yariv Yogev, Hagit Glickman, Boris Kaplan, Moshe Hod and Jacob Bar.

Introducción

El objetivo es evaluar la vía de parto en gestantes con trastornos hipertensivos y cervix desfavorable tras inducción del parto con prostaglandina E₂ intravaginal, a término o cercano al mismo, y definir los factores predictores de parto vaginal con éxito en estas mujeres.

Métodos

En un estudio retrospectivo de casos-control, gestantes con trastornos hipertensivos a las que se les

SECCIÓN BIBLIOGRÁFICA

indujo el parto con PGE₂ (grupo estudio, n=284), se comparan con mujeres a las que se les realizó inducción electiva (grupo 2, n=115) y mujeres con inicio espontáneo del parto (grupo 3, n=510).

Resultados

El índice de cesáreas fue significativamente mayor en el grupo de estudio (25,3%) que en el grupo 2 (14,8%) y en el grupo 3 (9%). Excluyendo mujeres nulíparas del grupo estudio y de los controles, el índice de cesáreas es similar en el grupo estudio (16,9%) y en el grupo 2 (11,1%). Mujeres con preeclampsia y mujeres con HTA crónica o HTA inducida por el embarazo tienen un índice similar de cesáreas. En el modelo de regresión logística, la nuliparidad, la inducción del parto con PGE₂ y la edad materna, pero no los trastornos hipertensivos, están independientemente y de forma significativa asociados con el riesgo aumentado de cesárea.

Conclusiones

la inducción del parto con PGE₂ tiene éxito en aproximadamente el 75% de las pacientes con trastornos hipertensivos y cérvix desfavorable, sin aparentes complicaciones materno-fetales serias. La inducción del parto por sí misma, y no los trastornos hipertensivos del embarazo, es un factor de riesgo independiente para la cesárea.

Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.
Volume 18 Issue 7 Page 628
July 2005.

Outpatient misoprostol cervical ripening without subsequent induction of labor to prevent post-term pregnancy.

Maduración cervical ambulatoria con misoprostol sin inducción posterior del parto para prevenir el embarazo prolongado.

Victor O, Oboro and Tabs O, Tabowei.

Introducción

Intervenciones necesarias que pueden ayudar a acortar la duración del embarazo en una población africana donde las instalaciones para la monitorización fetal son limitadas y la inducción no está exenta de riesgos.

Objetivo

Determinar si la administración ambulatoria de misoprostol intravaginal disminuye de forma segura el intervalo hasta el parto en embarazos prolongados.

Diseño

Ensayo randomizado controlado abierto.

Métodos

77 mujeres fueron randomizadas a las 40 semanas de gestación para recibir 25 µg de misoprostol intravaginal (38) o sólo ligera valoración cervical de forma ambulatoria. A las pacientes se les dejaba evolucionar espontáneamente a no ser que tuvieran una indicación para inducción.

Principales variables

Intervalo hasta el parto, duración del parto e incidencia de efectos secundarios.

Resultados

El misoprostol se asocia con una disminución significativa en el tiempo medio hasta el parto (4,5±4,1 vs 7,4±5,2 días; p=0,008), una menor EG en el momento del parto (40,6 ±0,6 vs 41,4 ±0,05 semanas; p<0,001) y menor duración del parto (6,1 ±4,0 vs 8,2 ±5,3 horas; p=0,028), sin un aumento significativo del distrés fetal, del test de Apgar bajo al nacer u otros efectos secundarios.

Conclusiones

La administración ambulatoria de dosis bajas de misoprostol puede acortar de forma segura la duración

del embarazo en gestaciones prolongadas.

Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.
Volume 18 Issue 8 Page 802
August 2005.

Vaginal fluid b-human chorionic gonadotropin level in diagnosis of premature rupture of membranes.

Niveles de β-HCG en flujo vaginal en el diagnóstico de la rotura prematura de membranas.

Young-Han Kim, Yong-Won Park, Han-Sung Kwon, Ja-Young Kwon and Bok-Ja Kim.

Introducción

Determinar si la medición de los niveles de β-HCG en el flujo vaginal puede ser útil en el diagnóstico de la rotura prematura de membranas.

Métodos

En total, 120 gestantes participaron en el estudio. Las pacientes fueron divididas en dos grupos [grupo I, sin DU, parto y parto a término (n=38); grupo II, con APP y parto a término (n=12); grupo III, DU pretérmino y consiguiente parto pretérmino; grupo IV, DU pretérmino con rotura prematura de membranas y consiguiente parto pretérmino (n=46)]. Tras irrigar el fornix vaginal posterior con 3 ml de suero salino estéril y obteniendo el fluido vaginal del lavado, se medían los niveles de β-HCG.

Resultados

La media y el rango de los niveles de β-HCG fueron de 3,60 (0,09-30,52), 4,42 (0,33-10,02), 15,50 (0,25-378,62), y 512,53 (26,95-3507,20) mUI/ml en grupo I, grupo II, grupo III y grupo IV, respectivamente. Los niveles vaginales de β-HCG fueron significativamente mayores en pacientes con RPM seguida de parto prematuro (grupo IV) que en pacientes de los otros grupos (p<0,01). El punto de corte se estableció en 39,8 mUI/ml a través de la curva ROC. La sensibilidad

SECCIÓN BIBLIOGRÁFICA

dad, la especificidad, el VPP y el VPN fueron de 95,5, 94,7, 91,3 y 97,3%, respectivamente.

Conclusion

El estudio demuestra que la medición de la β -HCG en el fluido vaginal puede ser un test fiable, simple y rápido, para el diagnóstico de la RPM y ser usado como adyuvante en casos dudosos.

Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.

Volume 18 Issue 8 Page 756
August 2005.

Short-term and long-term results of resectoscopic myomectomy with and without pretreatment with GnRH analogs in premenopausal women.

Resultados a corto y largo plazo en la miomectomía histeroscópica sin y con tratamiento con análogos de la GnRH en mujeres premenopáusicas.

Sebastian Campo, Vincenzo Campo and Pietro Gambadauro.

Objetivo

El propósito del estudio es analizar la seguridad y eficacia de la miomectomía histeroscópica y evaluar la influencia del tratamiento previo con análogos de GnRH en el resultado de la cirugía a corto y largo plazo.

Métodos

Los datos fueron recogidos de 80 miomectomías histeroscópicas realizadas en mujeres premenopáusicas. 42 pacientes (52,5%) no recibieron ningún tratamiento preoperatorio y su cirugía fue realizada durante la fase proliferativa temprana (grupo A), mientras que 38 pacientes (47,5%) han sido tratadas con dos meses de análogos de GnRH im (*triptorelin, Decapeptyl* 3,75 mg) (grupo B). Los miomas se clasificaron según la clasificación de Wamsteker. El tiempo quirúrgico, el tiempo de recuperación y las complicaciones se consideraron como resultados a corto plazo. Se realizó

un seguimiento de 24 meses para evaluar los resultados a largo plazo, tales como hemorragia uterina anormal recurrente, la recurrencia de los miomas y la necesidad de reintervención.

Resultados

La edad media de las pacientes fue de $38,8 \pm 5,39$ años (rango: 24-47) en el grupo A y de $38,97 \pm 7,46$ años (rango: 20-49) en el grupo B. Se extirparon 48 miomas en el grupo A ($1,1 \pm 0,53$ mioma por paciente; diámetro medio: $28,72 \pm 11,57$ mm) y 42 en el grupo B ($1,09 \pm 0,29$ mioma por paciente; diámetro medio: $29,73 \pm 14,47$ mm). La distribución del tipo de mioma fue similar en ambos grupos. El tiempo quirúrgico en las pacientes pretratadas (grupo B) fue significativamente mayor que en las no tratadas (grupo A: $40 \pm 18,06$ vs grupo B $57,65 \pm 29,61$ min; $p=0,002$).

No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en la estancia hospitalaria (grupo A $1,05 \pm 0,22$ días vs grupo B $1,15 \pm 0,44$). Sólo se produjo una complicación, que fue una perforación uterina. La histopatología relevó la presencia de miomas celulares, sin atipia, en tres pacientes de cada grupo. En el seguimiento, la hemorragia uterina anormal ocurrió en el 36,3% del grupo A y en el 26,6% del grupo B, pero sin presentar diferencias estadísticamente significativas ($p=0,57$). Se observó recurrencia en cinco pacientes, tres en el grupo A y dos en el grupo B. Sólo dos pacientes, una de cada grupo, requirieron una segunda resección histeroscópica.

Conclusiones

El tratamiento previo con análogos de la GnRH, aunque benefician a las pacientes con anemia severa, no parecen mejorar los resultados a corto y largo plazo tras miomectomía histeroscópica. El tiempo quirúrgico en las pacientes pretratadas es significativamente mayor, quizá

por la dificultad en la dilatación cervical, aunque son necesarios estudios posteriores para confirmar esta hipótesis.

Gynecology Oncology.

Fertility-sparing surgery for ovarian low malignant potential tumors.

Cirugía conservadora de la fertilidad para tumores de ovario con bajo potencial maligno.

Gautam G, Raoa, Elizabeth N, Skinnerb, Paola A, Gehrigb, Linda R, Duskac, David S, Millera, John O, Schorgea. Gynaecology Oncology 98 (2005) 263 - 266.

Objetivo

Los tumores de ovario con bajo potencial maligno (BPM) tienen un pronóstico excelente cuando son tratados mediante resección quirúrgica. El manejo conservador normalmente incluye dejar el útero y el ovario contra lateral para permitir gestación posterior. El propósito de este estudio era determinar el resultado de mujeres tratadas mediante cirugía conservadora de la fertilidad.

Métodos

Se identificaron todos los pacientes diagnosticados con u.

Tumores de ovario con BPM entre 1984 y 2003 en tres instituciones. Los datos se extrajeron retrospectivamente de archivos clínicos.

Resultados

38 (15%) de 249 mujeres con BPM fueron sometidas a cirugía conservadora de la capacidad reproductiva. 23 eran nulíparas y cuatro primíparas. 35 (87%) se sometieron a salpingooforectomía unilateral y cinco (13%) a quistectomía. 40 pacientes también fueron sometidas a quistectomía contralateral o biopsia. 34 (89%) estaban en estadio I, una (3%) estadio II y tres (8%) estadio III. La mayoría de los tumores tenían histología serosa (55%) o mucinosa

(42%). Ningún paciente recibió terapia adyuvante. Seis (16%) de 38 recurrieron después de un seguimiento medio de 26 meses; cinco en el ovario remanente que pudieron ser tratados mediante sólo resección quirúrgica, y ninguna murió de la recurrencia del tumor con BPM. Cinco mujeres dieron a luz seis niños a término tras el tratamiento.

Conclusión

La cirugía conservadora de la fertilidad para tumores con BPM es una opción para determinados pacientes. La preservación del anejo contralateral aumenta el riesgo de recurrencia, pero su resección quirúrgica es normalmente curativa.

Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy versus abdominal hysterectomy in stages i and ii endometrial cancer. operating data, follow up and survival.

Histerectomía vaginal laparoscópica versus histerectomía abdominal en cánceres de endometrio en estadios I y II. datos operatorios, seguimiento y supervivencia.

A. Zapico, P. Fuentes, A. Grassa, F. Aranz, J. Otazua, J. Corte's-Prieto. *Gynecologic Oncology* 98 (2005) 222 - 227.

Objetivo

Confirmar la posibilidad de la laparoscopia en el tratamiento del carcinoma endometrial en estadio temprano y resultados del seguimiento comparados con la laparotomía clásica.

Métodos

Revisión retrospectiva de 90 pacientes consecutivos con cáncer endometrial tratadas entre enero de 1997 y diciembre de 2003. Se definieron dos grupos según habían sido tratadas con laparoscopia (N=38; grupo LPS) o mediante laparotomía (N=37; grupo LPM). Se excluyeron del estudio nueve

pacientes tratadas con histerectomía vaginal y seis casos de estadios III-IV.

Resultados

Ambos grupos eran comparables en edad media y en IMC medio. La media del tiempo operatorio era más larga para el grupo LPS, $164,91 \pm 5,60$ (77-240) vs $129,97 \pm 5,08$ (60-180) min ($p < 0,05$). Dos pacientes (5,2%) inicialmente seleccionados para laparoscopia tuvieron que reconvertirse en laparotomía debido a aumento de la hipercapnia difícil de controlar. Hubo más complicaciones postoperatorias en pacientes tratados mediante laparotomía (14 casos; 38,8%) que por laparoscopia (7 casos; 18,4%) ($p < 0,05$). Fue necesario transfusión de sangre en cuatro pacientes (10,8%) en el grupo de LPM mientras que no se requirió en ninguna paciente del grupo LPS ($p < 0,01$). Sólo se registró readmisión hospitalaria en tres pacientes tratadas con laparotomía (6,7%) ($p < 0,05$). La estancia hospitalaria fue más larga en el grupo LPM $7,06 \pm 0,58$ (4-21) vs LPS $5,04 \pm 0,73$ (2-17) días ($p < 0,05$). No hubo diferencias significativas en la recurrencia de enfermedad entre los dos grupos con una media de seguimiento de $53,21 \pm 4,32$ meses para LPM (5-90) y $36,31 \pm 2,75$ meses para LPS (9-65).

Conclusión

El abordaje laparoscópico combinado con histerectomía vaginal parece ser una alternativa factible al abordaje quirúrgico clásico en pacientes con estadios tempranos I o II de carcinoma de endometrio.

Body weight and mass index and ovarian cancer risk: a case-control study in china.

Peso corporal e IMC y riesgo de cáncer de ovario. Un estudio caso-control en china.

Min Zhanga, Xing Xieb, C. D'Arcy J. Holmana. *Gynecologic Oncology* 98 (2005) 228 - 234.

Métodos

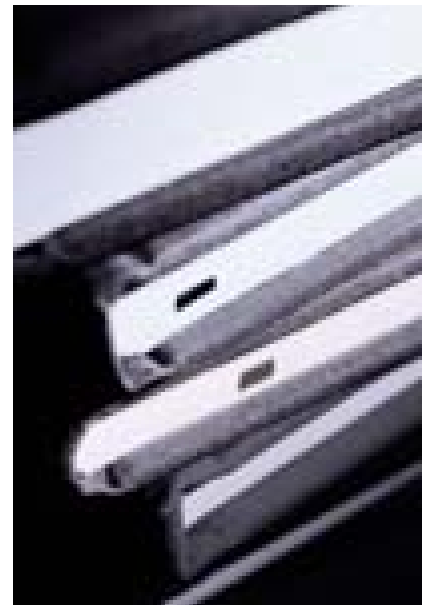
Se realizó un estudio hospitalario caso control en China de 1999 a 2000. La muestra del estudio incluyó 254 casos con cáncer epitelial de ovario confirmado histopatológicamente y 652 controles. Los datos se recogieron mediante un formulario estructurado entrevistando cara a cara a los pacientes y preguntando por su peso y altura en el momento del diagnóstico, cinco años antes y a los 21 años. La odds ratio y el IC (95%) se obtuvieron mediante análisis de regresión logística incondicional.

Resultados

El riesgo de cáncer de ovario estaba aumentado significativamente con el peso más alto y con el IMC más elevado cinco años antes del diagnóstico, pero no con el IMC a los 21 años. La odds ratio ajustada fue de 1,67 (IC 95%, 1,04-2,67) para pesos > 60 kg vs $= 50$ kg y 1,75 (IC 95% = 1,13-2,72) para IMC=25 vs 18,5-21,9 cinco años antes del diagnóstico. No se encontró asociación entre talla y riesgo de cáncer de ovario.

Conclusión

El peso corporal premórbido y el IMC se asociaron con riesgo aumentado de cáncer de ovario en mujeres chinas.





V CURSO SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER GINECOLÓGICO

Acreditado con 1,7 créditos.

I SYMPOSIUM SOBRE AVANCES EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Acreditado con 1,5 créditos.

Fecha: 3, 4 y 5 de noviembre de 2005.
Programa de Formación Continuada de la SEGO.

Organizado por

El Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

Sede: Hotel Monasterio.

El Puerto de Santa María. Cádiz.

C/ Virgen de los Milagros, 27.

Secretaría técnica

Torrestrella.

C/ Guatemala, edif. Andalucía, núcleo 2, local 5.

11405 Jerez de la Frontera. Cádiz.

Tels.: 956 304 168 / 954 314 065

e-mail: torrestrella@torrestrella.com

CURSO SOBRE ECOGRAFÍA TRIDIMENSIONAL EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA 3D

Curso acreditado con 4,6 créditos.

Coordinador: Dr. Luis T. Mercé Alberto.

Madrid (Hotel Melía Barajas).

11 y 12 de noviembre de 2005

Contacto: Sta. Charo Fernández (SEGO).

Tel.: +34 91 350 98 16

Fax: +34 91 350 98 18

Limitado a 30 personas.

CURSO DE NIVEL II DE ECOGRAFÍA

Fecha: 24-28 de octubre.

Hospital Universitario Santa Cristina.

Srta. Raquel. Tel.: 91 557 45 19

Curso Acreditado con 3,5 créditos.

IV CURSO INTERNACIONAL SOBRE DOPPLER Y ECOGRAFÍA 3D

Pamplona, viernes 7 y sábado 8 de octubre de 2005.

Sede

Salón de Actos Facultad de Medicina.

Universidad de Navarra.

Organiza

Dpto. de Obstetricia y Ginecología

Clínica Universitaria.

Facultad de Medicina.

Universidad de Navarra.

Secretaría

Feli Galar y Cristina Bolaños.

Dpto. de Obstetricia y Ginecología

Clínica Universitaria de Navarra.

Apdo.: 4209. 31080 Pamplona.

Tel.: 948 296 234. Fax: 948 296 500

e-mail: fgalar@unav.es / cbolanos@unav.es

CRÉDITOS RECONOCIDOS POR EL EUROPEAN ACCREDITATION COUNCIL FOR CME (EACCME) DE LA UEMS.

Actividad acreditada sobre la base de la encomienda de gestión concedida por los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte, y de Sanidad y Consumo al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, con 2,7 créditos, equivalentes a 12 horas lectivas y 15 minutos.

X REUNIÓN DE LA SECCIÓN DE ENDOSCOPIA DE LA SAGO

Fecha: 21 y 22 de octubre de 2005.

Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Hospital Universitario Reina

Sofía, Córdoba.

Inscripciones y Secretaría técnica

Tempo tours viajes.

Tel.: 957 484 883

Fax: 957 482 358

C/ Reyes Católicos, 12.

14001 Córdoba.

Secretaría científica

Secretaria del Servicio de Ginecología y Obstetricia (Dña. Concha Martínez).

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Avda. Menéndez Pidal s/n. 14004, Córdoba.

Tel.: 957 010 352

Más información: www.sego.es



CURSOS Y CONGRESOS

CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA DE CIRUGÍA VAGINAL



Fundación
Hospital Alcorcón.
Alcorcón (Madrid).

Fecha:
17 y 18 de noviembre
de 2005.

El objetivo del curso es actualizar conocimientos y técnicas quirúrgicas y presentar novedades de cirugía vaginal. El curso se compondrá de parte teórica y práctica, con transmisión de inter-

vencciones desde los quirófanos de la Fundación Hospital Alcorcón. Presentaremos las novedades técnicas que han surgido por la aparición de nuevos materiales protésicos, diferentes criterios terapéuticos y por el descubrimiento de vías de acceso alternativas. Contamos con la colaboración de destacados compañeros que seguro que nos aportarán ideas novedosas y claras.

La actividad está acreditada sobre la base de la encomienda de gestión concedida por los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte, y de Sanidad y Consumo

al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos con 2,3 créditos, equivalentes a 15,30 horas lectivas.

Todos los miembros de la SEGO que deseen una formación continuada en cirugía vaginal son bienvenidos, y esperamos que el curso sea de su agrado e interés.

Un saludo.

A. López Salvá

*Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Fundación Hospital Alcorcón*

Secretaría técnica del curso

Srta. Marta Ruiz Cantos.

Secretaría técnica. Fundación Hospital Alcorcón,
Servicio de Ginecología.

Budapest, 1. 28922 Alcorcón (Madrid).

Tel.: 91 621 95 21

Más información: www.sego.es

Para agilizar la tramitación de su inscripción, le recomendamos que la realice remitiendo un e-mail con los datos personales de este boletín y los datos de su transferencia bancaria a la secretaría del congreso:
mruiz@fhalconcon.es

Tras confirmar los datos, le responderemos comunicándole su inclusión en el curso.

III CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO SOBRE CIRUGÍA DEL SUELO PELVIANO

Fecha: del 21 a 25 de noviembre de 2005.

Durante el curso los alumnos rotarán por quirófano, consulta de suelo pelviano y consulta de rehabilitación, que está integrada en la Unidad del Suelo Pélvico del Departamento de Obstetricia y Ginecología.

Dos alumnos en cada uno de los dos quirófanos en los que diariamente se programarán seis pacientes (tres en cada uno) con anomalías del suelo pelviano (prolapsos e incontinencias).

Los alumnos participarán directamente en las intervenciones quirúrgicas. La programación se hará de forma que cada alumno participe en todas las técnicas quirúrgicas que en la actualidad se utilizan para tratar estas anomalías.

Dos alumnos en la consulta de ginecología de suelo pelviano, en la que se citarán pacientes con el objetivo de ver todas las patologías pelvianas.

Dos alumnos en la consulta de rehabilitación, en la que tendrán la oportunidad de ver el proceso de diagnóstico y tratamiento con las técnicas más modernas de esta especialidad.

Pendiente de acreditación por Seaformec

Secretaría departamento

Tel./Fax: 91 390 83 76

Encarna Juárez.

Unidad de Suelo Pelviano

Departamento de Obstetricia y Ginecología.

Hospital Doce de Octubre.

e-mail: pfuente.hdoc@salud.madrid.org

II JORNADAS SOBRE EL CÁNCER DE MAMA

Fecha: 14 de octubre de 2005.

Lugar: Hotel Sheraton Mencey.
Santa Cruz de Tenerife.

Horario: De 16 a 20 horas.

Organiza: Unidad de Patología Mamaria Hospiten.

Reconocida por la SEGO

Más información: Cursos en www.hospiten.com

Cristina Badillo

Tel.: 922 629 455



CURSO EDUCACIONAL DE LA INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY (ICS)

Barcelona 11 y 12 de noviembre.

Desde la Sección del Suelo Pélvico (SESP) de la SEGO y de acuerdo con nuestro compromiso de colaborar en la formación continuada de los ginecólogos en el ámbito de la patología del suelo pélvico, os remitimos la siguiente información:

El curso va dirigido a médicos jóvenes que pueden tener más dificultades para obtener financiación para asistir a los Congresos anuales de la ICS, pero está abierto a cualquier profesional interesado en el tema. El programa del curso es accesible a través de la página web de la ICS.

www.icsoffice.org

X WORKSHOP PRÁCTICO DE HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA

Fecha: 7-19 de octubre de 2005.

Director : E. Cayuela.

Cordinadores: J. Grau, S. Moros, R. Cos.

Secretaría

Ester Freixa.

Institut Universitari Parc Taulí.

Universitat Autònoma de Barcelona.

Tel.: 93 723 66 73

Fax: 93 717 50 67

e-mail: efreixa@cspt.es

Hospital General de Vic. Barcelona.

Ver programa completo.

REUNIÓN-CURSO SOBRE SALUD DE LA MUJER

Zaragoza, 17 y 18 de noviembre de 2005.

Estimado/a colega,

Mediante la presente me dirijo a ti para señalarte que los próximos 17 y 18 de noviembre tendrá lugar, en el Centro de Exposiciones y Congresos de Ibercaja, la Tercera Reunión sobre Salud de la Mujer.

Como verás en el programa, tanto la temática (uroginecología, reproducción y envejecimiento) como los ponentes que participan son del máximo interés y actualidad.

Puedes consultar más información en la página oficial del congreso.

Esperamos contar con tu presencia, recibe un cordial saludo.

Dr. Faustino R. Pérez-López

Jefe del Servicio. Prof. titular de Ginecología

www.unizar.es/gine/Mujer2005.htm

NOTA

Dado el interés del programa científico, tanto por su contenido como por el reconocido prestigio de los ponentes, la SESP considera que es una actividad formativa de gran interés para la formación continuada de los profesionales interesados en el tema. Por esta razón la SESP solicitó a la directora del curso que considerara la posibilidad de que hubiera traducción simultánea al español, que no estaba prevista. Hemos recibido confirmación de que esta posibilidad se ha estudiado y que va haber disponibilidad de traducción.

Si estáis interesados, no demoréis vuestra inscripción para poder hacer un cálculo aproximado del número de aparatos de traducción necesarios.

SIMPOSIO SOBRE AVANCES EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

In memoriam profesor F. J. Rodríguez-Escudero

Fecha: 18 y 19 noviembre de 2005.

Lugar: Salón de Actos del Hospital de Cruces.

INFORMACIÓN

Srta. M.ª Antonia Pereda.

Secretaría del Departamento de Obstetricia y Ginecología.

Hospital de Cruces. Tel.: 94 600 63 54

Inscripción gratuita a través de esta dirección

e-mail: secretaria.ginecologicacru.osakidetza.net

ELABORACIÓN BASE DE DATOS PERINATAL 2004

Estimado compañero:

Me dirijo a ti en nombre del presidente de la SEGO, el profesor Bajo Arenas, y del presidente de la Sección Española de Medicina Perinatal, el profesor Antonio González, para solicitar una vez más tu colaboración en la elaboración de la Base de Datos del año 2004.

Tu participación es fundamental para poder valorar la situación actual de la asistencia obstétrica en nuestro país. Los datos facilitados son totalmente confidenciales y los resultados, como en ocasiones anteriores, serán publicados globalmente la *Revista Progressos en Obstetricia y Ginecología* y en la web <www.sego.es>. En ambos medios ya figuran los correspondientes a los años 2000 y 2002.

En el caso de que hayas contestado ya a nuestra solicitud, hemos de darte una vez más las gracias, pero si no lo has hecho esperamos poder contar pronto con tu respuesta.

Un afectuoso saludo

Nieves L. González González
Coordinadora de la Base Nacional de Datos Perinatales

OFERTA Y DEMANDA

OFERTAS DE EMPLEO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MADRID

Precisa de ginecólogos/as para contrato de médico adjunto. Tel.: 610 573 998.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MADRID

Necesita plazas de ginecólogos/as con contrato de médico adjunto. Tel.: 91 557 45 19.

EL CENTRO MÉDICO NAME

El primer centro de medicina privada de Badalona, Barcelona, precisa incorporar un ginecólogo-obstetra a su actual equipo, a tiempo parcial o total. Contrato estable y excelentes condiciones económicas.

Interesados contactar en el teléfono 93 464 43 94 (Dr. Guardia) o a través de la web: www.centremedicname.com

CLÍNICA PRIVADA DE MADRID

Precisa ginecóloga para trabajo estable.

Interesados llamar al teléfono 605 85 60 16.

PLAZAS DE FEA EN GINECOLOGÍA. CONTRATO DE LARGA DURACIÓN

Complejo Hospitalario La Mancha-Centro (Alcázar de San Juan, Manzanares) oferta plazas de FEA en Ginecología. Se ofrece contrato de larga duración. Incorporación inmediata. Al ser un complejo en expansión y ampliación, la oferta tiene unas perspectivas profesionales inmejorables.

Interesados enviar CV a:

jmpenuela@sescam.jccm.es

SE PRECISA MÉDICO ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Se precisa médico especialista en obstetricia y ginecología para ocupar plaza de FEA en el Hospital Público Ernest Lluch de Calatayud (salud). Contrato de larga duración.

Tel.: 619 01 25 85
Correo: marubios@sego.es

SE PRECISA CONTRATAR CON CARÁCTER ESTABLE A UN GINECOLOGO

El Hospital da Barbanza, situado en la localidad de Ribeira (A Coruña), precisa la contratación de un facultativo de obstetricia y ginecología vía MIR o título homologado. Se precisan conocimientos básicos de cirugía laparoscópica e histeroscopia.

Se ofrece interinidad con incorporación inmediata e integración en la plantilla del Servicio de Ginecología y Obstetricia: trabajo de mañana (en consultas y hospitalización) y guardias de presencia física.

Contacto: Enviar CV a Dirección Médica: bbzdmed@sergas.es o contactar con la Secretaría de Dirección: 981 835 986.

DEMANDAS

COMPRO ECÓGRAFO PARA USO OBSTÉTRICO

Ubicado en las islas canarias. Tel.: 922 210 789.

CONTACTO SECRETARÍA SEGO

Para todos aquellos que quieran actualizar, rectificar o modificar todos sus datos personales o laborales, deberán ponerse en contacto con la Secretaría de la SEGO, para proceder a dicho cambio.

Persona de contacto: Srta. Charo.
Tel.: 91 350 98 16 / Fax: 91 350 98 18
e-mail: sego@sego.es

Les recordamos que para cualquier consulta o gestión se pongan en contacto con la Secretaría, desde el mes de septiembre, su horario es el siguiente:

De lunes a jueves: 9 a 19 horas.

Los viernes: 9 a 14 horas.

SEGO Sociedad Española de
Ginecología y Obstetricia

Secciones científicas, Formación, Noticias, Actualidad, Agenda de eventos, Secretaría

... y además una nueva sección,
de encuestas para pulsar la opinión
de nuestros asociados respecto
a temas candentes

Visita nuestra web,

www.sego.es

tu web

