

## Sumario

Carta del presidente - Noticias: **Fundación SEGO - Homenaje al Dr. Nicolás Jiménez - XX Congreso Nacional de Medicina Perinatal - Dos nuevos socios colaboradores - Nuevo presidente de la Sección de Perinatología - XXVIII Congreso Español de Ginecología y Obstetricia - Formación continuada - Derechos sexuales: Objetivos de desarrollo del milenio: mejorar la salud materna - Temas jurídicos - Bibliografía - Cursos y congresos - Oferta y demanda**



## Carta del presidente

### El concepto de la obstetricia y ginecología

Cuando allá por los años cuarenta mi padre terminó sus estudios, le concedieron un título en el que rezaba: licenciado en Medicina y Cirugía. Durante muchos años le oí decir que aquella licencia le permitía legalmente ejercer la medicina y la cirugía sin más límites que los que la conciencia acerca de sus habilidades y conocimientos le autoimpusiera.

Pasados los años, identificadas y desarrolladas las especialidades y los periodos de residencia, la legislación cambió y el título que actualmente se expide es el de licenciado en Medicina, soslayándose la Cirugía, para la que ya se ha acotado otra formación y límites. Lo mismo ocurrió con la Obstetricia y Ginecología que conformada como especialidad adquirió su identidad. Durante mucho tiempo (y, desde luego, en las que a mí me interesaron) en las oposiciones a profesor adjunto y a catedrático el primer ejercicio consistía en exponer el concepto de la obstetricia y ginecología. El opositor novel, al principio, no entendía bien el porqué de repetir cansinamente los conceptos ya trillados por otros. Con el paso de los años y en la medida en que uno se va haciendo añoso, empieza a entender que aquel ejercicio, hoy erradicado de las oposiciones, no tenía nada de falaz y que la noción de qué es lo que abarca nuestra especialidad precisa de continua meditación y reflexión, está sujeta a sempiternos vaivenes y es algo que no puede dejarse al albur de la espontaneidad. Viene esto a colación porque dentro de los socios de la SEGO hay una recóndita preocupación por la atomización de la especialidad y una contestación fuerte por la proliferación de *titulitos* al margen de la especialidad, empezando por los de Ecografía, que bastantes polémicas han levantado y que ya hemos empezado a simplificar.

Acorde con Ley, en nuestro territorio nacional lo que existe es un título de obstetra-ginecólogo que se obtiene agotadas las situaciones especiales (Mestos), por la vía MIR. Existe, y lo vengo repitiendo en todos los foros que puedo para mentalizar a la mayoría, una obligación también por Ley (LOPS Nov. 2003) de recertificar la Continuidad en la Habilitación cada tres años.

La Comisión Nacional de la Especialidad es la encargada de fijar el programa de la especialidad y, por tanto, de establecer a qué capacita el título de Obstetricia y Ginecología. Se puede fácilmente colegir que a controlar y asistir embarazos y partos, y a realizar técnicas diagnósticas y terapéuticas relacionadas con la especialidad. Capacita, por tanto, para la ecografía, colposcopia, laparoscopia e histeroscopia, que entran dentro de lo que los residentes deberían haber aprendido durante su periodo de formación. Igualmente, el diagnóstico y tratamiento de los problemas relacionados con la reproducción de la mujer, tanto en el sentido de control de la misma (anticoncepción) como en el de incitarla cuando espontáneamente no se produce (tratamiento de la esterilidad), son temas que entran dentro de las competencias del ginecólogo y a las que en manera alguna estamos dispuestos a renunciar. No se necesitan de más adobos ni aderezos para realizar estas funciones. La misión de todas nuestras secciones de la SEGO, por tanto, es facilitar, impeler, proveer y, si me apuráis, controlar que esta docencia se da en los centros que tienen formación para residentes. No deben convertirse en expedidores de titulaciones paralelas porque, aunque lo quisieran, no están capacitadas para ello. Posteriormente, podremos ver la cómo se mantiene cada tres años el proceso de formación continuada, donde tenemos un importante papel que cumplir, y donde entiendo que sólo nosotros (SEGO) somos competentes. La reevaluación no deberían hacerla los políticos por mucho que se empeñen. Esa recertificación deberían hacerla las sociedades científicas, y nosotros la haremos. De cualquier manera, es un proceso distinto. *Ad initium* y tras finalizar la residencia se da por supuesto que todos deben estar preparados para realizar las técnicas diagnósticas y terapéuticas mencionadas; si no, el proceso

de formación no se habría realizado bien. Quiero desde aquí llevar tranquilidad, a los que últimamente nos han escrito expresando esta preocupación. Desde la SEGO y desde la Comisión Nacional (su presidente, el profesor Cabero, respalda totalmente esta decisión) trabajaremos para asegurar una buena formación como obstetras y ginecólogos que ataje, además, atisbos de fragmentación de la especialidad en su base troncal.

Recibid, como siempre con mi afecto, un fuerte abrazo.

J. Bajo  
Presidente de SEGO.

---

## Noticias SEGO

---



### La Fundación SEGO concede becas a la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología

La fundación SEGO concederá tres becas a la Sociedad Cubana homónima para que tres ginecólogos cubanos, recién acabado el periodo de residencia en su país, puedan completar sus estudios en España. En la imagen, el Dr. Cabrillo, la Dra. Blanca Manzano, presidenta de la Sociedad Cubana, y el presidente de la SEGO el día del acuerdo.

### Fundación SEGO

Durante todo el año 2005, la Fundación SEGO ha estado trabajando y colaborando activamente para promover y mejorar el desarrollo de nuestra especialidad, tanto en España como en otros países.

Entre todas las actividades llevadas a cabo, la Fundación SEGO ha concedido un total de 55 becas, promocionando de esta forma los estudios científicos basados en nuestra especialidad.

La Fundación financiará un simposio en Perú, así como una Reunión en el Congreso Europeo (EBOG). Igualmente, será la encargada de financiar dos sesiones en español en el Congreso Mundial de la FIGO.



### Homenaje al doctor Nicolás Jiménez

Organizada por el Servicio de Ginecología del Hospital General, se ha celebrado en Segovia la Reunión Anual de la Sociedad Ginecológica de Castilla y León, el día 26 de noviembre de 2005, con una connotación especial, ya que se ha aprovechado la ocasión para rendir un merecido homenaje al Dr. N. Jiménez Muñoz-Delgado, recientemente fallecido, que durante 30 años ha impulsado nuestra especialidad en Castilla y León, dejando una huella profunda y creando una escuela que ha significado un importante avance ginecológico en nuestra región.

La reunión científica se ha centrado en los estudios actuales y controversias en el tratamiento y control de la menopausia. Las ponencias han corrido a cargo de los residentes de último curso de todos los hospitales docentes de la región, que han aportado su experiencia y avances en el control de la menopausia.

Ha cerrado el acto el Dr. Orejana Arias, jefe de Servicio del Hospital General de Segovia, que ha apoyado la necesidad de la creación de unidades para el estudio y control de la menopausia por parte de la Sanidad Pública.

La sesión científica ha terminado con una Sesión Administrativa de la Sociedad, donde se ha producido el cambio de la Junta Directiva; Adolfo Bayo ha sido nombrado nuevo presidente de la Sociedad Ginecológica de Castilla y León.

---

### XX Congreso Nacional de Medicina Perinatal

El pasado 10, 11 y 12 de noviembre de 2005 se celebró, con gran asistencia y éxito, en el Palacio de Congresos de las Palmas de Gran Canarias (Auditorio Alfredo Kraus), el XX Congreso Nacional de Medicina Perinatal, organizado por el Servicio Ginecológico del Hospital Maternoinfantil de Canarias.



Mesa inaugural del Congreso

---

## Dos nuevos socios colaboradores

Las empresas Banco Popular y Viajes El Corte Inglés, en este año 2005, han pasado a formar parte de la SEGO como dos nuevos socios colaboradores.

Por tanto, actualmente, la SEGO cuenta con la colaboración de un total de 45 socios colaboradores, el mayor en nuestra historia.



### Banco Popular Español

Nos complace poner en vuestro conocimiento que las conversaciones mantenidas este tiempo atrás con el Banco Popular Español, S. A., han fructificado en la firma de un acuerdo de colaboración con dicha entidad financiera.

El objetivo de esta nueva relación no es otro que ofrecer (a todos los socios) unas condiciones muy preferentes para vuestras operaciones bancarias, tanto en el aspecto personal como en el profesional. Pero lo más importante es que el acuerdo se ha concretado pensando en las diferentes necesidades que puedan surgir a cada persona individualmente, teniendo en cuenta su situación personal.



### Nuevo presidente de la Sección de Perinatología

Desde el pasado mes de noviembre, la Sección de Perinatología cuenta con un nuevo presidente; elegido en las elecciones convocadas por la sección. Dicho presidente es el profesor Juan Carlos Melchor (en la imagen).



Acto de inauguración del Congreso



Cena de clausura

## XXVIII Congreso Español de Ginecología y Obstetricia (SEGO 2005) celebrado en A Coruña

En fechas muy próximas verá la luz el libro *Imágenes para el recuerdo y comentarios sobre las ponencias oficiales*, referido al XXVIII Congreso Español de Ginecología y Obstetricia (SEGO 2005) celebrado en A Coruña el pasado mes de junio. El libro consta de diez capítulos: inauguración; secretaría técnica, agencia de prensa y stands institucionales;

palacio de congresos: visión desde el exterior, aledaños y visitas desde el interior; actividades científicas; exposición comercial; conversaciones de pasillo, trabajo informal y pausa entre actividades; recepción en el ayuntamiento; homenaje a los presidentes de honor; cena autonómica, y cena de clausura. Esperamos que te guste y te veas en alguna foto.

---

## Formación continuada



## V Curso sobre Prevención del Cáncer Ginecológico y I Symposium sobre Avances en Obstetricia y Ginecología

En El Puerto de Santa María (Cádiz) organizadas por el profesor Comino, se celebraron durante los días 3 y 4 de noviembre, respectivamente, los cursos de formación continuada: V Curso sobre Prevención del Cáncer Ginecológico y I Symposium sobre Avances en Obstetricia y Ginecología. Con una asistencia de 190 ginecólogos, las sesiones tuvieron lugar en el bello marco del Hotel Monasterio.

En la imagen, de izda. a dcha., los profesores Vidart, Scheneider, Balagueró Bajo, Comino, López, Arbués y Carrasco, que entre otros impartieron los cursos

## Curso sobre Histeroscopia, Diagnóstico Terapéutico

La Sección de Endoscopia de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia impartió el pasado 22 de noviembre de 2005 el Curso sobre Histeroscopia, Diagnóstico Terapéutico, en el Hospital Severo Ochoa de Leganés, en Madrid.



## Curso de Formación Continuada de Cirugía Vaginal

En el Hospital de Alcorcón se celebró el Curso de Formación Continuada de Cirugía Vaginal. Se transmitieron intervenciones en directo desde el quirófano.

En la imagen, el presidente de la SEGO, Dr. López Salvá, organizador de los cursos, y el gerente del hospital, Dr. José Manuel González Álvarez, anterior consejero de Sanidad de Galicia el día de la inauguración (17/11/2005)

## Actividades SESEGO

● Segunda reedición del libro institucional *Ecografía práctica en obstetricia y ginecología*. (Curso básico de ecografía). Serán repartidos gratuitamente un total de 2.600 ejemplares.

● Edición monográfica de bolsillo de *Ecografía Doppler en la gestación normal. Segundo y tercer trimestre*. (Monitorización hemodinámica integral del feto fisiológico). Serán repartidos gratuitamente un total de 5.000 ejemplares.

## Información sobre la menopausia a la población

En las Palmas de Gran Canaria se culminó un proyecto de información sobre la menopausia a la población y a los medios de comunicación. El coordinador local fue el Dr. Domingo Madera y estuvo respaldado por la SEGO, a través de su Sección de Menopausia, y la AEEM.



En la imagen, ambos presidentes el día de la clausura (24/11/2005)



## Haptonomía, ciencia de la afectividad y su relación con la obstetricia y la ginecología

Por Jaime Robert  
Tocoginecólogo  
Presidente de la Fundación de la Haptonomía-CIRDH

La haptonomía (del griego *hapto*, que significa entrar en contacto táctil, establecer una relación, y de *nomos*: norma, regla, con la finalidad de curar, sanar, restablecer la integridad y confirmar al otro en su existencia) es una ciencia humana que permite abordar al humano en la realidad de su globalidad física, psíquica y afectiva sin disociación ni jerarquía entre estas tres entidades dinámicas e interdependientes (1). Es la ciencia de la afectividad que estudia y describe los aspectos de la vida íntima, de los sentimientos, del reencuentro psicotáctil, de las interacciones y de las relaciones afectivas humanas. Tiene aplicaciones específicas en todos los campos de la salud, desde la concepción hasta la muerte.

La particularidad de la haptonomía es el contacto psicotáctil afectivo-confirmante enfocado como un contacto entre seres humanos que no se reduce a un "tocar" objetivante sino a establecer una auténtica relación entre dos seres que se encuentran en una determinada situación: el que busca ayuda y el que la ofrece. Este contacto genera reacciones de anticipación en el tono muscular, en la tensión de los ligamentos, en la turgencia de los tejidos y en la tensión arterial, es decir, del tono vital y del tono psíquico, mediados por neurotransmisores y la secreción de diversas hormonas, entre las que destacan las beta-endorfinas. Todo ello gracias a la activación de los circuitos subcorticales que constituyen el sistema límbico (2, 3).

La haptonomía no se puede enfocar como una medicina alternativa, dulce o una paramedicina, ya que consiste en añadir a nuestra cualificación profesional (matronas, enfermeros/as, fisioterapeutas, psicólogos, médicos, psiquiatras, pediatras y tocoginecólogos el valor de la afectividad con las implicaciones humanizadoras que de esto se derivan). Sólo los profesionales cualificados de la salud son admitidos en las formaciones. El acompañamiento haptónico está sometido a una estricta ética en consonancia con la deontología médica y profesional (4). En el campo de la perinatalidad comprende tres aplicaciones clínicas:

— El **acompañamiento perinatal de los padres y de su hijo**, que consiste en una maduración de la relación triangular afectiva entre la madre, el padre y el bebé, que se inicia lo más pronto posible tras la concepción y termina cuando el niño comienza a caminar. Se preocupa del confort de la madre y del bebé durante el embarazo y el parto, y de la acogida del bebé durante éste. Los padres aprenden a desarrollar un sentimiento de seguridad afectiva que transmiten a su hijo. Esta ternura transmitida al bebé desde antes del nacimiento permite un desarrollo psicomotor que conduce al establecimiento de una relación educativa y preventiva orientada hacia el bienestar físico, psíquico y afectivo, y la autonomía del niño.

Los específicos cambios en el tono muscular, ligamentoso y psíquico permiten un embarazo más cómodo, con menos riesgos y complicaciones (prevención de la prematuridad, del retraso de crecimiento intrauterino, de las molestias comunes como ciáticas, lumbalgias, etc.). El parto es vivido intensamente por los tres, es menos doloroso y presenta menos distocias: se reducen la analgesia y las intervenciones quirúrgicas. El parto se realiza en un ambiente humanizado en la seguridad de la clínica maternal, de forma que los intereses afectivos de los padres y del bebé no entren en conflicto con la necesaria seguridad que como profesionales debemos aportar. Por ello, el acompañamiento haptónico no entra en oposición con nuestro quehacer técnico diario, sino que facilita éste en el respeto de los protagonistas del parto. Además, es evidente una mejoría en el nivel de salud psíquico de la madre y una disminución de las patologías psíquicas relacionadas con el embarazo, parto y posparto (5, 6). La reproducción asistida y los embarazos complicados o con gran carga de ansiedad o angustia también se benefician, como por ejemplo en el fracaso reproductivo, las situaciones de duelo o separación, las patologías propias del embarazo o concurrentes con él.

— La **haptobstetricia** (practicada por obstetras y matronas) ayuda a resolver problemas clínicos durante el embarazo y el parto mediante intervenciones específicas. Sostiene a la madre en el proceso anatomofisiológico del parto y ofrece a la pareja la posibilidad de vivir juntos el momento del nacimiento mediante una participación activa. Este acompañamiento es especialmente útil durante las inevitables y necesarias intervenciones quirúrgicas y cesáreas.

— La **haptopuericultura** favorece el contacto afectivo y respetuoso con el niño durante los cuidados cotidianos, la alimentación y los cuidados hospitalarios, cuando son necesarios. Constituye una auténtica educación preventiva en la que el bebé puede desarrollar íntegramente sus capacidades y potencialidades.

— La **haptosynesia** (destinada a los cuidados de los enfermos y discapacitados) les ayuda a superar su enfermedad, a aceptar su situación y a integrarse con toda su dignidad en el seno de sus semejantes a pesar de las limitaciones inherentes a la enfermedad, accidente o defecto congénito. Tiene aplicaciones particulares en la enfermería y en el acompañamiento en el final de la vida. Dentro de este campo, indicaciones más claras para la ginecología son: los trastornos de la sexualidad, las incontinencias, la patología del suelo pélvico, etc.

Otras aplicaciones se orientan a la salud psicoafectiva: **haptopsicoterapia** y **haptopedagogía**, ayudando a las personas que presentan un sufrimiento existencial (depresiones, anorexia mental, bulimia, fracaso escolar, etc.). La psicagogía ayuda a los niños, adolescentes y jóvenes a situarse en su existencia, y a los que presentan problemas de identidad y de autorresponsabilidad.

En definitiva, la haptonomía nos presenta un enfoque nuevo ante los cuidados de la salud que, sin perder de vista los espectaculares avances que la técnica nos aporta, favorece una asistencia más humanizada y humanizadora en la que la eficacia y la afectividad se complementan para conseguir una mayor calidad asistencial con la que los pacientes se sienten respetados en su dignidad y los profesionales dan mayor sentido a su profesionalidad, con una importante disminución de síndromes como el del quemado.

- 
- (1) C. Dolto. *L'accompagnement haptomique de la grossesse lors des dépressions maternelles et des grossesses traumatiques*. Présence Haptomique, n.º 7, mars 2005 71-86.
- (2) J. Robert. "Breve acercamiento a la neuroanatomofisiología del contacto psicotáctil, base de la fenomenalidad haptomica", *El acompañamiento afectivo haptomímic desde la concepción hasta la muerte*, Jaime Robert Torres. Zaragoza, 2003: 345-364.
- (3) A. Goldberg; C. Drescher-Zanninger; F. Veldman. "Haptonomie", *Obstétrique (Papiernik)*. Flammarion Médecine-Sciences, 1995: 184-187.
- (4) F. Veldman. "L'éthique et la déontologie haptomiques", *Haptomie, Science de l'Afectivité. Rédecouvrir l'Humain*. Presses Universitaires de France, 8.ª edición, París 2001: 569-576.
- (5) J. Robert. "Influence de l'accompagnement haptomique prénatal sur la santé mentale, l'anxiété et le risque de dépression lors des grossesses normales", *Présence Haptomique*, n.º 3, janvier 1996: 141-185. Actas del II Congreso de Haptomía, París: 18 y 19 de noviembre de 1995.
- (6) J. Robert; F. Chapuis. "Accompagnement haptomique et les troubles psychiques dans le post-partum" *Présence Haptomique*, n.º 6, mars 2001: 838-102. Actas del III Congreso de Haptomía. Montpellier: 24 y 25 de noviembre de 2000.
- 

La Fundación de la Haptomía-CIRDH en colaboración con el CIRDH (Centro Internacional de Investigación y Desarrollo de la Haptomía) tiene como objetivos difundir, investigar y formar en haptomía.

#### **Sede**

Camino de las Torres, 110, 5.º D. 50007. Zaragoza (España)

Correo electrónico: [haptomia@haptomia.es](mailto:haptomia@haptomia.es)

Web de la Fundación: [www.haptomia.es](http://www.haptomia.es)

Web del CIRDH: [www.haptomie.org](http://www.haptomie.org) (en francés, inglés, alemán y español)

Próxima formación en español en julio de 2006. Información en la Fundación de la Haptomía-CIRDH.

---

## **Derechos sexuales**

---

### **INFORMACIÓN FIGO**

Por la Dra. Silvia Iniesta

*Representative person to the Committee on Sexual and Reproductive Rights of FIGO*

### **Objetivos de desarrollo del milenio: mejorar la salud materna**

En La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, Gobiernos de todo el mundo reconocieron que el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, y la protección de los derechos reproductivos forman parte de una estrategia esencial para mejorar la vida de todas las personas.

Uno de los objetivos del milenio es mejorar la salud materna. Cada minuto muere una mujer por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, y casi el 99% de estas muertes ocurren en países en desarrollo. De hecho, de todos los indicadores de salud, las estadísticas de mortalidad materna son las que reflejan la mayor disparidad entre el mundo desarrollado y en desarrollo: en los países menos desarrollados, una de cada 17 mujeres muere por este tipo de complicaciones, comparado con una de cada 4000 mujeres en los países industrializados.

Son muchos los factores que debemos tener presentes para defender que la maternidad sin riesgos no sea considerada un asunto de poca importancia:

- Las complicaciones relacionadas con el embarazo constituyen la principal causa de muerte en el mundo entre las adolescentes de 15 a 19 años de edad.
- Cada año mueren por lo menos 529.000 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto.
- Sólo el 53% de los partos en todo el mundo son atendidos por personal cualificado, y sólo el 40% de los partos tienen lugar en hospitales o centros de salud.
- Cada año alrededor de veinte millones de mujeres padecen complicaciones no fatales vinculadas al embarazo, incluyendo la anemia, la infertilidad, los dolores pélvicos, la incontinencia y la fístula obstétrica.
- La fístula obstétrica afecta a más de dos millones de mujeres en todo el mundo.

Por ello, se pretende, desde el punto de vista social y médico, y especialmente desde nuestro punto de vista ginecológico-obstétrico:

- Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, información y educación para el año 2015.
- Garantizar el acceso de todas las mujeres a una atención prenatal y posparto de calidad en sus propias comunidades.
- Asegurar que todos los partos sean atendidos por personal cualificado mediante su incorporación en los sistemas de salud provinciales, y procurar que reciban los insumos, el apoyo y la supervisión necesarios.
- Asegurar el acceso a cuidados obstétricos de emergencia, inclusive la referencia efectiva y el traslado a establecimientos de salud adecuados, para todas las mujeres que presenten complicaciones.
- Eliminar el cobro de los servicios básicos de salud, incluyendo los servicios de salud materna, o tomar otras medidas que permitan asegurar el acceso de las personas con menores ingresos a los servicios de salud.
- Satisfacer las necesidades especiales de las mujeres que viven con sida, garantizándoles su acceso a servicios de atención materna, a consejería y asistencia para la correcta alimentación de sus niños, a servicios de planificación familiar voluntaria, a servicios de aborto seguro (de conformidad con la legislación nacional vigente sobre la materia) y de prevención de la transmisión vertical del VIH, incluyendo el acceso a la terapia retroviral.
- Trabajar con las mujeres, las familias y las comunidades para concienciarlas sobre la importancia que reviste la buena salud materna, eliminar los obstáculos que impiden que las mujeres utilicen los servicios existentes y empoderarlas para que se encuentren en condiciones de tomar decisiones relativas a su salud y bienestar personal.

## Recomendaciones de la FIGO

La FIGO recomienda a todas sus sociedades miembro reunirse con sus matronas, enfermeras y colegas médicos de familia, para mejorar el conjunto de actos médicos que podrían reducir la mortalidad materna a causa de la hemorragia posparto. La FIGO pide a sus sociedades miembro aportar los progresos que se hagan en este ámbito para el próximo Congreso Mundial de 2006.

La FIGO a su vez refiere que "la oxitocina y el misoprostol en el manejo activo de la tercera fase del parto debería ser delegado a enfermeras, matronas y médicos generales en todos los países. Los obstetras y ginecólogos deben entrenar a todos los profesionales para un correcto uso de esta medicación. Todos los obstetras y ginecólogos localmente deben presionar a sus Gobiernos para que se provean estos medicamentos de forma continua, ininterrumpidamente, para prevenir y tratar la hemorragia posparto, así como para que se establezcan bancos de sangre plenamente funcionales". La FIGO anima a sus sociedades miembro a aportar los progresos en dicha materia para el próximo Congreso Mundial en 2006.

## Temas jurídicos

### Aspectos jurídicos del ejercicio de la especialidad

Por el profesor Fernando Izquierdo González

#### 1.º Comentarios legales a propósito de una situación peculiar

La incorporación a nuestra sociedad de individuos de otras culturas, etnias y religiones comporta necesariamente la aparición de sensibilidades distintas a las que, como norma, se admiten tradicionalmente entre nosotros. Esta situación afecta a muchos aspectos de la convivencia entre personas o grupos que sienten o perciben sus vivencias o sentimientos de forma diferente a como lo hacen otros. Igualmente, existen ciertas corrientes de opinión entre algunos grupos que exigen que sean asistidas durante el parto de una forma determinada.

Este escenario afecta necesariamente al ejercicio profesional del especialista en obstetricia y ginecología, que puede verse inmerso en una serie de peticiones que, cuando menos, le van a sorprender, aunque a veces le colocarán en situaciones peculiares, si no de difícil resolución.

Para poner un ejemplo ilustrativo de esta problemática os refiero un caso ocurrido recientemente en una gran maternidad pública de una ciudad española. Ingresaba una gestante al inicio de su parto, sin patología obstétrica ni psiquiátrica evidenciables manifestando al equipo asistencial su deseo de llevarse la placenta a su casa para comerse la mitad y plantar el resto "para salvar el mundo".

La primera impresión de los asistentes al parto es de sorpresa y de no considerar la petición de la gestante. Analizando más en profundidad la situación era necesario justificar la negativa a acceder al deseo de la gestante. Se planteó qué derecho debería prevalecer, si el de la madre a llevarse la placenta o el de la sociedad a ser protegida de un posible riesgo sanitario. Aunque parecía que este segundo era el más importante, se consultó telefónicamente con el juzgado de guardia la conducta a seguir.

El juez pasó la consulta al médico forense que se quedó perplejo ante la situación y, en un primer momento, el forense plantea que se someta a la parturienta a un estudio psiquiátrico para valorar su capacidad. Se le dijo que no era el caso, ya que la gestante no presentaba ninguna patología psiquiátrica y lo que realmente importaba era dilucidar cuál de los derechos prevalecía. Finalmente, la respuesta del forense fue que la madre no puede llevarse la placenta fuera del recinto hospitalario, ya que era material biológico que debe seguir un circuito para su manipulación y/o destrucción bien establecido. De todos modos, apuntó la posibilidad de que si la madre se comiera toda la placenta en el paritorio ;sería difícil no acceder a su deseo!

El equipo asistencial convenció a la madre para que desistiera de su petición, a lo que accedió después de explicarle que el equipo asistencial la había tenido en cuenta y exponerle los argumentos antes mencionados. Esta anécdota puede sonar a broma inventada, sin embargo es rigurosamente cierta.

Ante situaciones como ésta, o parecidas, se debe tener en cuenta los deseos de la gestante, ahora bien, nunca pueden apartarnos de las normas asistenciales habituales, mas deberíamos respetar esas peticiones siempre que sean compatibles con una correcta asistencia.

## 2.º **Consentimiento informado**

Seguimos a vueltas con el problema del consentimiento informado. La importancia no se discute, pero si su sola ausencia sin daño para la paciente da lugar o no a indemnización, es decir, a responsabilidad patrimonial, es una cuestión por dilucidar y hay sentencias contradictorias. El consentimiento no vale genérico sino específico (los de la SEGO) sobre todo cuanto más complicada sea la intervención.

## 3.º **Parálisis cerebral**

Sigue habiendo sentencias millonarias contra obstetras por las parálisis cerebrales; la última 120.000 euros más 2.000 euros mensuales de por vida. Bien es verdad que los hechos ocurrieron hace años pero recomendamos seguir el protocolo de asistencia al parto con tomas de pH en cordón al nacimiento de forma sistemática para tener pruebas fehacientes de que el parto no sea el origen de la parálisis cerebral.

---

## Bibliografía

---

### **ACTA OBSTETRICIA ET GINECOLOGICA SCANDINAVICA**

Acta Obstet Gynecol Scand, Vol. 84, Issue 10, pp. 967-971, octubre 2005

INCIDENCE OF POSTCESAREAN INFECTIONS IN  
RELATION TO HIV STATUS IN A SETTING WITH  
LIMITED RESOURCES

INCIDENCIA DE INFECCIONES POSCESÁREA  
EN RELACIÓN CON EL ESTADO VIH EN UN  
MARCO  
DE RECURSOS LIMITADOS

Björklund, K.; Mutyaba, T.; Nabunya, E., and Mirembe, F.

**Introducción:** El objetivo del presente estudio fue determinar la incidencia de las infecciones poscesárea en relación con el estado VIH en un marco donde los recursos son limitados, la infección por VIH es común y el tratamiento antirretroviral generalmente no está disponible.

**Conclusión:** Los resultados indican que las mujeres con infección VIH no tratada tienen un riesgo muy alto de infecciones poscesárea en marcos de recursos limitados.

Acta Obstet Gynecol Scand, Vol. 84, Issue 10, p. 945, octubre 2005

PREGNANCY OUTCOME AMONG HIV-INFECTED  
WOMEN IN THE HELSINKI METROPOLITAN AREA

RESULTADOS GESTACIONALES ENTRE MUJERES

Obstet Gynecol. 2005 Oct; 106 (4): 713- 6

SEVERE MESH COMPLICATIONS FOLLOWING  
INTRAVAGINAL SLINGPLASTY

COMPLICACIONES SEVERAS DERIVADAS  
DE LAS MALLAS TRANSVAGINALES

**Objetivo:** Cada vez con mayor frecuencia, se utilizan mallas sintéticas para el tratamiento de la incontinencia urinaria de urgencia y para el prolapso de órganos pélvicos. Este artículo describe las complicaciones severas derivadas de las colporragias anteriores y/o posteriores empleando malla de multifilamentos de polipropileno.

**Conclusión:** Hay que ser conscientes de las importantes complicaciones de las cirugías con mallas sintéticas. Hasta la fecha, con estos datos de seguridad y resultados, estos procedimientos no pueden ser recomendados.

Nivel de evidencia: III.

Obstet Gynecol. 2005 Oct;106(4): 733-740

TROMBOPROPHYLAXIS AFTER CESAREAN  
DELIVERY: A  
DECISION ANALYSIS

TRATAMIENTO TROMBOPROFILÁCTICO  
TRAS CESÁREA

**Objetivo:** Comparar cuatro estrategias de tratamiento en pacientes tras la realización de una cesárea.

**Conclusión:** El uso de medias de compresión tras cesárea es la estrategia con el menor número de efectos adversos. El uso de heparina subcutánea como profilaxis está asociado a un riesgo aumentado de trombopenias y sangrados comparado

## INFECTADAS POR EL VIH EN EL ÁREA METROPOLITANA DE HELSINKI

Lehtovirta, P.; Skogberg, K.; Salo, E.; Ämmälä, P.; Ristola, M.; Suni, J.; Paavonen, J., and Heikinheimo, O.

**Introducción:** La medicación antirretroviral y una buena práctica obstétrica han reducido enormemente la tasa de transmisión vertical de la infección por VIH. La incidencia de la infección por VIH ha permanecido baja en Finlandia. El despistaje prenatal universal se ha ofrecido a todas las gestantes desde 1998.

**Conclusión:** La combinación de despistaje prenatal universal y manejo multidisciplinar permite tratamientos individualizados que previenen la transmisión vertical del VIH.

Acta Obstet Gynecol Scand, Vol. 84, Issue 10, p. 945, octubre 2005

## ASSOCIATION OF ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME GENE POLYMORPHISM WITH PREGNANCY-INDUCED HYPERTENSION

### ASOCIACIÓN DEL POLIMORFISMO DEL GEN DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA CON LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO

Kaur, R.; Jain, V.; Khuller, M.; Gupta, I., and Sherawat, B.S.

**Objetivo:** Investigar la asociación potencial entre el polimorfismo del gen de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) y de la actividad sérica de la ECA con la hipertensión inducida por el embarazo.

**Conclusión:** Observamos un exceso del genotipo DD y del alelo D en el gen de la ECA en pacientes con hipertensión inducida por el embarazo. Sin embargo, el polimorfismo no se correlaciona con la severidad de la hipertensión ni con el resultado perinatal. Los niveles de ECA sérica no se correlacionan con el polimorfismo génico de la ECA o el desarrollo de hipertensión inducida por el embarazo.

## EUROPEAN JOURNAL OF OBSTETRICS GYNECOLOGY AND REPRODUCTIVE BIOLOGY

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005 Oct 1;122 (2):191-4

### COMPARISON OF ZYGOTE INTRAFALLOPIAN TUBE TRANSFER AND TRANSCERVICAL UTERINE EMBRYO TRANSFER IN PATIENTS WITH REPEATED IMPLANTATION FAILURE

### COMPARACIÓN ENTRE LA TRANSFERENCIA INTRATUBÁRICA DE ZIGOTOS (ZIFT) Y LA TRANSFERENCIA INTRAUTERINA DE EMBRIONES (ET) EN MUJERES CON REPETIDOS FALLOS DE IMPLANTACIÓN

**Objetivo:** Este estudio se diseñó para evaluar el papel de la ZIFT en pacientes con repetidos fallos de implantación.

con el uso de medias de compresión. Hasta un futuro, en el que los estudios sean más completos, la tromboprolifaxis poscesárea de primera elección son las medias de compresión.

## GYNECOLOGY ONCOLOGY

### ABDOMINAL CARCINOMATOSIS IN WOMEN WITH A HISTORY OF BREAST CANCER

### CARCINOMATOSIS ABDOMINAL EN MUJERES CON HISTORIA DE CÁNCER DE MAMA

Garg, R.; Zahurak, M. L.; Trimble, E. L.; Armstrong, D. K., and Bristow, R. E.

**Objetivo:** Los objetivos de este estudio fueron: (1) caracterizar la etiología de carcinomatosis abdominal, (2) identificar las características clínicas predictoras de cáncer primario de ovario/peritoneo, y (3) evaluar el impacto de la supervivencia de la cirugía citorreductora entre pacientes con cáncer ovárico/peritoneal avanzado y con historia de cáncer de mama.

**Conclusión:** Entre las pacientes con antecedentes de cáncer de mama que presentan carcinomatosis abdominal, el estadije temprano de la enfermedad y la ausencia de recurrencia previa eran predictores de cáncer primario ovárico/peritoneal. La citorreducción quirúrgica óptima se asoció con una ventaja de supervivencia significativa para pacientes con cáncer primario ovárico/peritoneal.

### RISK GROUPING IN STAGE IB SQUAMOUS CELL CERVICAL CARCINOMA

### AGRUPACIÓN DE RIESGO EN CARCINOMA DE CÉRVIX DE CÉLULAS ESCAMOSAS EN ESTADIO IB

Van de Putte, G.; Kathrine Lie, A.; Vach, W.; Baekelandt, M.; Kristensen, G. B.

**Objetivo:** Para evaluar los criterios pronósticos del Gynecologic Oncology Group (GOG) —basados en la invasión del estroma, tamaño del tumor e invasión vascular— para el carcinoma de cérvix escamoso precoz en una población independiente y para evaluar el valor pronóstico en un modelo más simple.

**Conclusión:** Se deben validar los criterios del GOG en esta población independiente. Un modelo basado en dos de los tres factores puede ser considerado como válido.

### RECONSTRUCTIVE SURGERY FOLLOWING RESECTION OF PRIMARY VULVAR CANCERS

### CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA TRAS LA RESECCIÓN DE CÁNCER PRIMARIO DE VULVA

Weikel, W.; Hofmann, M.; Steiner, E.; Knapstein, P. G., and Koelbl, H.

**Objetivo:** Este estudio describe el tratamiento quirúrgico y seguimiento de 213 pacientes con cáncer de vulva primario; se presta especial atención a los procedimientos de cirugía reconstructiva.

**Conclusión:** El presente estudio muestra que la cirugía reconstructiva de la vulva da buenos resultados en pacientes con cáncer de vulva. La cirugía plástica alarga el espectro de terapias quirúrgicas posibles en cáncer de vulva,

**Conclusión:** El uso de ZIFT en mujeres con repetidos fallos de implantación no es superior a la transferencia intrauterina de embriones.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005 Oct 1;122(2):232-6

COMPARISON BETWEEN MONOFILAMENT AND MULTIFILAMENT POLYPROPYLENE TAPES IN URINARY INCONTINENCE

COMPARACIÓN ENTRE LAS BANDAS DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTO VS. ULTIFILAMENTO EN LA INCONTINENCIA URINARIA

**Objetivo:** Se comparó la eficacia y las complicaciones tardías entre la banda de polipropileno monofilamento (TVT) y la banda de polipropileno multifilamento (IVS) en la implantación quirúrgica suburetral para el tratamiento de la incontinencia urinaria de estrés.

**Conclusión:** El tipo de banda parece influir en la eficacia y la aparición de complicaciones tardías. Nuestros resultados revelan una mayor eficacia para la banda monofilamento de polipropileno.

## ULTRASOUND IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Ultrasound Obstet Gynecol. 2005 Oct 27;26(6):663-665

FOUR-DIMENSIONAL ULTRASOUND GUIDANCE OF PRENATAL INVASIVE PROCEDURES

ECOGRAFÍA EN CUATRO DIMENSIONES COMO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PRENATALES INVASIVOS

**Objetivo:** Los avances tecnológicos y la ecografía han revolucionado el diagnóstico prenatal y su tratamiento. Evaluamos la eficacia del uso de la ecografía 4D como guía para procedimientos invasivos prenatales.

**Conclusión:** La ecografía en 4D se puede emplear como guía en varios procedimientos prenatales invasivos, dando una información muy clara en los tres planos. Es por eso que esta técnica de imagen consigue disminuir el tiempo necesario para completar el procedimiento y reduce los riesgos asociados con él.

Ultrasound Obstet Gynecol. 2005 Oct 27;26(6):611-617

FETAL CARDIAC CONTRACTILITY BEFORE AND AFTER INTRAUTERINE TRANSFUSION

CONTRACTILIDAD CARDIACA FETAL ANTES Y DESPUÉS DE TRANSFUSIÓN INTRAUTERINA

**Objetivo:** Evaluar el efecto de la anemia fetal y de la transfusión intrauterina en la fracción de acortamiento ventricular.

**Conclusión:** La transfusión disminuye significativamente la fracción de acortamiento de ambos ventrículos en el

especialmente en tumores grandes, y su aplicación lleva a resultados oncológicos favorables y a resultados cosméticos excelentes en pacientes con cáncer de vulva.

## HUMAN REPRODUCTION

Human Reproduction, Vol. 20, Iss. 10; p. 2887, oct. 2005

A LOWER ONGOING PREGNANCY RATE CAN BE EXPECTED WHEN GNRH AGONIST IS USED FOR TRIGGERING FINAL OOCYTE MATURATION INSTEAD OF HCG IN PATIENTS UNDERGOING IVF WITH GNRH ANTAGONISTS

UNA MENOR TASA DE EMBARAZO PROGRESIVO PUEDE ESPERARSE CUANDO EL AGONISTA DE GNRH SE USA PARA ACTIVAR LA MADURACIÓN FINAL DEL OVOCITO EN LUGAR DE HCG EN PACIENTES SOMETIDAS A FIV CON ANTAGONISTAS DE GNRH

**Objetivo:** La obtención del pico endógeno de LH-endógeno por la administración de GnRH-agonista para la inducción de maduración final del ovocito puede ser más fisiológico comparado con la administración de HCG. Sin embargo, la eficacia de esta intervención en pacientes tratados para FIV con GnRH antagonistas debe ser evaluada.

**Conclusiones:** Una menor probabilidad de embarazo continuado puede esperarse cuando se usa el agonista de GnRH para activar la maduración final del ovocito en lugar de HCG en pacientes sometidas a estímulo ovárico para FIV con antagonistas de GnRH.

Human Reproduction Vol. 20, Iss. 10; p. 2879, oct. 2005

A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL EVALUATING METFORMIN PRE-TREATMENT AND CO-ADMINISTRATION IN NON-OBESSE INSULIN-RESISTANT WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME TREATED WITH CONTROLLED OVARIAN STIMULATION PLUS TIMED INTERCOURSE OR INTRAUTERINE INSEMINATION

ENSAYO RANDOMIZADO CONTROLADO QUE EVALÚA EL PRETRATAMIENTO Y LA COADMINISTRACIÓN DE METFORMINA EN MUJERES CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO INSULINORRESISTENTES NO-OBESAS TRATADAS CON ESTIMULACIÓN OVÁRICA CONTROLADA CON COITO PROGRAMADO O INSEMINACIÓN INTRAUTERINA

**Objetivo:** Hay pocos datos en la literatura con respecto a la utilidad de metformina antes y durante la administración del gonadotropinas en mujeres con síndrome de ovario poliquístico (PCOS). El objetivo del estudio presente es evaluar el efecto del pretratamiento y la coadministración de metformina en mujeres de PCOS infértiles tratadas con

corazón fetal. No obstante, hay débil correlación entre la disminución de la fracción de acortamiento y el número de hematíes transfundidos.

Ultrasound Obstet Gynecol. 2005 Oct 27;26(6):644-650

#### ULTRASOUND FEATURES OF DIFFERENT HISTOPATHOLOGICAL SUBTYPES OF BORDERLINE OVARIAN TUMORS

#### CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS DE LOS DIFERENTES SUBTIPOS HISTOPATOLÓGICOS DE TUMORES *BORDERLINE*

**Objetivo:** Describir las características ecográficas, color Doppler y de escala de grises de los subtipos histopatológicos más comunes de tumores ováricos *borderline*.

**Conclusión:** El tipo intestinal de TMBO tiene unas características ecográficas diferentes de otros tumores *borderline* de ovario.

Ultrasound Obstet Gynecol. 2005 Oct 27;26(6):672-675

#### THE USE OF HIGH RESOLUTION MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE PRENATAL DIAGNOSIS OF FETAL NUCHAL TUMORS

#### EL EMPLEO DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO PRENATAL DE TUMORES NUCALES FETALES

La resonancia magnética fetal (RMF) es una ayuda importante en el diagnóstico de imagen prenatal, especialmente cuando se contempla la cirugía neonatal. Presentamos dos casos de tumores fetales nucales, que se diagnosticaron accidentalmente en un estudio ecográfico. Se les realizó RMF para ayudar al diagnóstico, pronóstico, consejo y planificación del seguimiento. En el primer caso, la RMF ayudó en el diagnóstico y en el seguimiento multidisciplinar prenatal del teratoma cervical. El compromiso traqueal no se pudo descartar, por lo que se planificó cirugía neonatal. La RM postnatal y la angiografía proporcionaron mayor información antes de la cirugía. En el segundo caso, la RMF encontró una lesión cervical que podría tratarse de un teratodermoide cervical, un higroma multiquistico o una linfectasia congénita. Los padres decidieron finalizar la gestación. Los estudios post mortem mostraron que la masa era un hemangioliangangioma hamartomatoso.

## OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

#### PLACENTAL TRANSFER OF ZIDOVUDINE IN FIRST TRIMESTER OF PREGNANCY

#### PASO TRANSPLACENTARIO DE ZIDOVUDINA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

**Objetivo:** La zidovudina es uno de los antirretrovirales más comúnmente utilizados para evitar la transmisión

estímulo ovárico controlado (COS), seguido por coito programado (CP) o inseminación intrauterina (IUI).

**Conclusión:** En mujeres insulinoresistentes con PCOS, el pre-tratamiento y la coadministración de metformina con hpFSH aumenta los ciclos monoovulatorios.

Human Reproduction Vol. 20, Iss. 10; p. 2698S, oct. 2005

#### ESHRE GUIDELINE FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS

#### PAUTA DE LA ESHRE PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENDOMETRIOSIS

El objetivo es desarrollar recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de endometriosis y sus síntomas asociados. El grupo de trabajo comprende ginecólogos prácticos y expertos en medicina basada en la evidencia de Europa, así como un representante del grupo de endometriosis. Después de repasar las pautas de medicina basada en la evidencia y las revisiones sistemáticas, el grupo de especialistas se reunió en tres ocasiones durante un día hasta el desarrollo de la pauta. Se evitaron recomendaciones basadas solamente en la experiencia clínica. El grupo de ESHRE dio al Grupo de Interés Especial para Endometriosis y Endometrio la oportunidad de hacer un comentario sobre la pauta del proyecto en la web de ESHRE, que estuvo disponible durante tres meses. El grupo de trabajo ratificó la pauta entonces por votación unánime o cuasi unánime; finalmente, era aceptado por el Comité Ejecutivo del ESHRE.

La pauta se pondrá al día regularmente, y se hará disponible en <http://www.endometriosis.org/guidelines.html>, con *hyperlinks* de apoyo a la evidencia, y las referencias pertinentes así como los *abstracts*. Para mujeres que presentan síntomas sugestivos de endometriosis, un diagnóstico definitivo de la mayoría de las formas de endometriosis requiere inspección visual de la pelvis con laparoscopia como el *gold standar* de la investigación. Sin embargo, síntomas de dolor sugestivo de la enfermedad puede tratarse sin un diagnóstico definitivo en ensayos terapéuticos de drogas hormonales para reducir flujo menstrual. En mujeres con enfermedad confirmada por laparoscopia, la supresión de la función ovárica durante seis meses reduce dolor asociado a endometriosis. Todas las drogas hormonales estudiadas son igualmente eficaces, aunque sus efectos secundarios y perfiles de coste difieren. La ablación de lesiones endometriósicas reduce el dolor asociado a endometriosis. El menor efecto se ve en pacientes con enfermedad mínima: no hay ninguna evidencia de que la realización laparoscópica simultánea de la ablación del nervio uterino (LUNA) sea necesaria. En endometriosis mínima, la supresión de la función ovárica para mejorar fertilidad no es eficaz, pero la ablación de lesiones endometriósicas más adhesiolisis es eficaz, comparado con el diagnóstico laparoscópico exclusivamente. No hay suficiente evidencia disponible para determinar si la excisión quirúrgica en endometriosis moderado-severo refuerza las tasas de embarazo. La FIV es el tratamiento apropiado si además coexisten otras causas de esterilidad y/u otros tratamientos han fallado, pero las tasas de embarazo con FIV son más bajas en mujeres con endometriosis que en aquellos con esterilidad de origen tubárico. El manejo de la endometriosis severa infiltrante es complejo y se recomienda un centro de referencia con la especialización necesaria. Los grupos de autoayuda a pacientes pueden proporcionar apoyo y consejo inestimable.

vertical del VIH. Sin embargo, su uso está contraindicado en el primer trimestre de embarazo por su potencial teratogenicidad en el proceso de organogénesis. El objetivo principal de este estudio es investigar el paso tranplacentario de zidovudina en el primer trimestre de embarazo.

**Conclusión:** La zidovudina atraviesa fácilmente la placenta en el primer trimestre de embarazo y alcanza rápidamente el nivel del suero materno. Las pacientes que deciden tomar zidovudina en el primer trimestre de embarazo, deben de estar bien aconsejadas a cerca de sus efectos sobre el feto.

Nivel de evidencia: II.

Obstet Gynecol. 2005 Oct;106(4):845-56

## GENITAL HERPES COMPLICATING PREGANCY

### HERPES GENITAL Y COMPLICACIONES EN LA GESTACIÓN

Aproximadamente un 22% de las mujeres embarazadas están infectadas por el virus del herpes simple tipo-2 (HSV-2), y un 2% de las mujeres lo adquieren durante el embarazo. Sorprendentemente, el 90% de estas mujeres se encuentran sin diagnosticar, bien por estar asintomáticas, bien por presentar síntomas leves que fueron atribuidos a otras vulvovaginitis. El diagnóstico del herpes genital se confirma con pruebas de laboratorio: PCR de una muestra de una lesión genital o pruebas serológicas basadas en un tipo específico de glicoproteína -G. La complicación más importante por la infección del herpes genital es el herpes neonatal causado por el contacto del feto con secreciones genitales infectadas en el momento del parto. El mayor riesgo de transmisión aparece cuando la madre se infecta en el tercer trimestre de gestación. A pesar de los avances en el diagnóstico y el tratamiento del herpes neonatal, su incidencia y sus importantes secuelas, han variado muy poco. Lo más importante en la infección neonatal es la prevención. Los obstetras son los únicos en posición de prevenir la transmisión vertical del herpes genital, identificando a las mujeres con lesiones genitales en el momento del parto para prescribirles tratamientos antivirales apropiados y para evitar procedimientos invasivos innecesarios intraparto. En las estrategias de prevención se incluye la identificación de las mujeres con riesgo de adquirir la infección por herpes genital durante el embarazo mediante la detección de anticuerpos en las propias mujeres y en sus parejas, y dándoles consejo para evitar el contagio en la parte final del embarazo.

Human Reproduction Vol. 20, Iss. 10; p. 2681, oct. 2005

## NUMBER OF EMBRYOS FOR TRANSFER AFTER IVF AND ICSI: A COCHRANE REVIEW

### NÚMERO DE EMBRIONES POR TRANSFERENCIA DESPUÉS DE FIV/ICSI: UNA REVISIÓN DE COCHRANE

**Objetivo:** La complicación más común de FIV es embarazo múltiple, que ocurre en el 25% de embarazos que siguen la transferencia de dos embriones. La transferencia de sólo un embrión puede minimizar los embarazos gemelares, pero también podría bajar las tasas de nacimientos vivos. Nuestro objetivo es realizar una revisión sistemática de los ensayos randomizados para determinar la efectividad de la transferencia de un solo embrión frente al doble.

**Conclusión:** La transferencia de un solo embrión reduce el riesgo de embarazo múltiple significativamente, pero también disminuye la oportunidad de nacimiento vivo en un ciclo de FIV fresco. La transferencia de un solo embrión congelado logra una tasa de nacimientos vivos comparable con la transferencia de dos embriones.

Human Reproduction Vol. 20, Iss. 10; p. 2893, oct. 2005

## REVISITING THE OVARIAN VOLUME AS A DIAGNOSTIC CRITERION FOR POLYCYSTIC OVARIES

### REVISIÓN DEL VOLUMEN OVÁRICO COMO CRITERIO DIAGNÓSTICO DE OVARIOS POLIQUÍSTICOS

**Objetivo:** Este estudio revisó el volumen ovárico (OV) como un criterio diagnóstico de ovarios poliquísticos (PCO). Se escogió un umbral de 10 cm<sup>3</sup> para el OV, del síndrome de ovario de poliquístico (PCOS) en el acuerdo general internacional sostenido en Rotterdam en 2003. Este dato no se basó en estudios apropiados, como en el análisis de la curva ROC.

**Conclusión:** OV es un criterio de diagnóstico bueno para PCO pero, según los datos presentes, nosotros proponemos bajar su umbral a 7 cm<sup>3</sup>. El FN >12 todavía aparece como el mejor criterio diagnóstico. El OA podría usarse como sustituto para OV en situaciones difíciles.

---

## Cursos y congresos

### CURSO BÁSICO DE ECOGRAFÍA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, ORGANIZADO POR LA SESEGO

**Fecha:** Fines de semana, sábados y domingos periódicamente durante tres meses

**Contacto:**

Srta. Charo  
Secretaría SEGO

Tel.: 91 350 98 16

## Diciembre 2005

### I CURSO SOBRE MONITORIZACIÓN BIOFÍSICA Y BIOQUÍMICA DEL PARTO

**Fecha:** 17 de diciembre de 2005

**Lugar:** Hospital La Fe (Valencia)

**Contacto:**

Camila Lejarraga

Tel.: 91 517 87 88

secretaria.técnica@meetandforum.com

## Enero 2006

### CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LA SEGO SOBRE TEMAS ACTUALES EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

**Fecha:** 19 y 20 de enero de 2006

**Lugar:** Hospital Universitario Santa Cristina

**Contacto:**

Srta. Raquel

Tel: 91 557 45 19

## XIII CURSO INTENSIVO DE FORMACIÓN CONTINUADA

**Fecha:** 22 al 27 de enero de 2006

**Lugar:** Lloret de Mar (Girona)

**Contacto:**

M.ª Ángeles Salvadores

Tel.: 93 489 30 85

Información e inscripción: [www.cursodelloret.com](http://www.cursodelloret.com)

## Febrero 2006

### I CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA DE INCONTINENCIA URINARIA Y SUELO PÉLVICO

**Fecha:** 16 y 17 de febrero de 2006

**Lugar:** Auditorio y Quirófanos del Bloque Quirúrgico

Hospital Clínico San Carlos

Servicios de Urología y Ginecología

**Contacto:**

Secretaría Técnica:

Viajes El Corte Inglés. Tel.: 91 204 26 00

División de Congresos, Convenciones e Incentivos:

C/ Princesa, 47 - 5.ª planta. 28008 Madrid

dccimad8@viajeseci.es

### I WORKSHOP PRÁCTICO DE LAPAROSCOPIA EN CADÁVERES

**Fecha:** 24 y 25 de febrero de 2006

**Lugar:** Hospital General de Vic y la Fundación Fores de Osona

**Contacto:**

Secretaría: Silvia Cordoní

Tel.: 93 702 77 10

Fax: 93 702 77 09

fores@hgv.es



---

## Marzo 2006

### XX SYMPOSIUM ANUAL (2006) SOBRE ACTUALIZACIÓN EN ECOGRAFÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA

**Fecha:** 9 y 10 de marzo de 2006  
**Lugar:** Facultad de Medicina  
Universidad Autónoma de Madrid  
Acreditado por Seaformec  
Hospital Universitario Santa Cristina  
**Contacto:**  
Srta. Raquel  
Tel.: 91 557 45 19  
Fax: 91 504 18 78  
jbajo.hscr@salud.madrid.org

### III CONGRESO NACIONAL SOBRE DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO

**Fecha:** del 15 al 18 de marzo de 2006  
**Lugar:** Palacio de Congresos de Cádiz  
**Contacto:**  
Secretaría:  
Viajes Rico - Jerónimo  
C/ Ancha, 9, Cádiz  
Tel.: 956 80 85 78  
Fax: 956 22 5 3 05

---

## Abril 2006

IFFS 19th WORLD CONGRESS  
ON FERTILITY & STERILITY

IFFS-2007  
29 April - 3 May  
Durban  
South Africa  
[www.iffs2007.org.za](http://www.iffs2007.org.za)

---

## Mayo 2006

### X CURSO INTENSIVO DE CIRUGÍA VAGINAL

**Fecha:** del 24 al 26 de mayo de 2006  
**Lugar:** Salón de Actos del Hospital Universitari de Bellvitge  
**Contacto:**  
Secretaria: Montserrat Rius  
Servicio de Ginecología  
Hospital Universitari de Bellvitge  
Feixa Llarga, s/n  
08907 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)  
Tel.: 93 260 76 95  
Fax: 93 260 78 75  
mrius@csb.scs.es

06 bilbao

cneg

Congreso  
Nacional de  
Endoscopia  
Ginecológica

Programa preliminar

3, 4 y 5 de mayo de 2006  
Palacio Euskalduna, Bilbao  
www.cneg.org  
www.osanet.euskadi.net  
www.hospitalbasurto.org

Bilbao  
2006

BASURTUKO OSPITALA  
HOSPITAL DE BASURTO

Junio 2006

MED-UOG

Mediterranean Association  
for Ultrasound in Obstetrics and Gynecology

**3<sup>rd</sup> Congress on Ultrasound  
in  
Obstetrics and Gynecology  
of the  
Mediterranean Area**

**7-19 June, 2006**

**Inter-University Center Dubrovnik  
Don Frana Bulica 4, Dubrovnik, Croatia**

**Under the high auspices of Mr. Stjepan Mesic  
President of Republic of Croatia**

---

## Oferta y demanda

---

### SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

El Servicio Extremeño de Salud precisa, para cubrir vacantes en su hospital de Navalmoral (Cáceres), tres plazas de facultativo especialista de ginecología y obstetricia; una de ellas, jefatura de sección.

Interesados/as remitir C. V. a:

Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura

Avda. Cristóbal Colón, s/n. 06800 Mérida. Badajoz

---

### CLÍNICA PRIVADA DE MADRID

Precisa ginecóloga para trabajo estable.

Interesados llamar al tel.: 605 856 016

---

### HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Precisa de ginecólogos/as para contrato médico de guardia.

Contacto: Jefe de Servicio

Tel.: 91 330 35 26/23

### GABINETE MÉDICO VELÁZQUEZ

Precisa de ginecólogos/as para contrato laboral indefinido.

Contacto:

Dr. Hernández Aguado

Dirección Médica

Tel.: 650 420 202

---

### HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MADRID

Necesita plazas de ginecólogos/as con contrato de médico adjunto.

Tel.: 91 557 45 19

---

### RED PÚBLICA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Se oferta contrato indefinido de ginecólogo en hospital comarcal de Vinarós. Actividad normal con guardias de presencia física. Inmejorables condiciones económicas y laborales. Interesados contactar:

Tel.: 96 447 72 13 (secretaria de ginecología), 649 860 876, o enviar e-mail: [atejelod@sego.es](mailto:atejelod@sego.es)

---

## Venta de equipos

### VENDO DOS ECÓGRAFOS

Urge vender dos ecógrafos. El primero tiene sonda vaginal de 7,5 MHz, y abdominal de 3,5 MHz, carrito e impresora en blanco y negro. El otro es Toshiba, modelo Ecocee, con sonda abdominal, vaginal, Doppler color, pulsado y Power Doppler, impresora en color y en blanco y negro, programa de ecocardio fetal, guía para punción bajo control ecográfico y monitor adicional.

Tel.: 654 523 710

### VENDO ECÓGRAFO 3D ALOKA SSD 3500

Vendo ecógrafo Aloka SSD 3500. Tiene un año. Cuatro sondas multifrecuencia: cónvex, vaginal, mama y 3D. Doppler color. Programas de 3D, obstetricia, cardiofetal, etc. Almacenamiento de 1.000 imágenes, datos, cine loop. Periféricos: impresora color, grabadora de DVD, pantalla TFT de 17" conectada, etc. Lo vendo por cambio a modelo superior. 42.000 euros.

---

### ECÓGRAFO GENERAL-ELECTRIC

Vendo Logic-400 con tres sondas: cónvex, vaginal y mama.

Doppler color. 3 años. Perfecto estado, 20.000 euros.

Tel.: 968 70 80 81 y 610 214 732

---

### CONTACTO CON MEDITEX

Para todos aquellos que necesitéis recibir tanto vuestra contraseña como código de usuario, para poder acceder a nuestra página web, debéis poneros en contacto con el Sr. Eugenio de Nava (tel.: 91 749 95 00) y solicitarle dicha información.

Asimismo, os podrá facilitar también una nueva cuenta de correo electrónico, en el caso de necesitarla.

---

Copyright SEGO

P.º de la Habana, 190, Bajo. 28036 - Madrid

Tel.: 91 350 98 16 - Fax: 91 350 98 18

e-mail: [sego@sego.es](mailto:sego@sego.es)