



## SEGO Sumario

### + Noticias

Sesión en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz.

Becas Fundación Salud 2000 de Formación en Reproducción Humana, en colaboración con la SEF y la SEGO.

VII Curso DIATROS celebrado en Barcelona.

I Curso Práctico de Histeroscopia Básica y Avanzada realizado en el Hospital General de Ciudad Real.

Frenazo a la incorporación del nuevo Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario de Toledo.

Un toque de humor.

V Congreso Nacional de Lactancia Materna.

Primer anuncio. Global Congress of Maternal and Infant Health.

### A fondo

Por el Grupo de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia (GIA) La salud ósea en la adolescencia (II)

### Tribuna de invitados

Por el doctor José F. Fernández Godoy El parto en la sociedad actual.

### Temas jurídicos

Por el Profesor Fernando Izquierdo.

### Rincón Literario



### Carta del Presidente

TRAS LA MADRUGADA, EL SOL SE IMPONE



### Enviado a todos los Consejeros, el protocolo de Atención al Parto de la SEGO

Como se acordó en la pasada reunión de los Jefes de Servicio, ha sido enviado el documento "Protocolo de Atención al Parto" a todos los Consejeros de Sanidad de las Comunidades Autónomas.



### Declaración FIGO sobre el mecanismo de acción de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia



### España, tercer país europeo con más tratamientos de fertilidad

La Sociedad Española de Fertilidad (SEF) ha dado a conocer los últimos resultados del Registro SEF, único registro español de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA).



### I Jornada del Foro de la Profesión Médica

Más de 150 asistentes se dieron cita el pasado 27 de febrero en la sede de la Organización Médica Colegial en el marco de la I Jornada del Foro de la Profesión Médica.



### XIX Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia

Recientemente ha sido publicado el segundo anuncio del XIX Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia FIGO.

## TRAS LA MADRUGADA, EL SOL SE IMPONE

Querida socia/socio:



*La madrugada* es el título de una famosa marcha fúnebre compuesta por el militar Abel Moreno que estos días de procesiones se oirá por las calles de Sevilla. Fue utilizada también, con mucha polémica, en la escena final de la película *Alatriste*, en Rocroy, cuando cargan los franceses y holandeses sobre los tercios españoles que murieron (la mayoría, se salvaron muy pocos) como valientes. La marcha es tan bonita, que incluso allí suena bien, aún traída fuera de contexto porque el suyo es el de la Semana Santa que ya se acerca. Hasta ella ha llegado la polémica, por el tema de la legislación sobre el aborto. En las últimas semanas, hemos estado inundados de declaraciones, artículos, manifestaciones, entrevistas radiofónicas y televisivas. Ello da prueba de que más allá de la ciencia, se trata de un problema con alto calado social. Como Presidente de nuestra Sociedad, he tenido muy claro desde el principio qué tenía que hacer. Defender la declaración que la Junta Plenaria de la SEGO, tras análisis detallado y votación, punto por punto, aprobó en junio del año pasado. Está en nuestra página WEB y todos la podéis consultar.

En ella fundamentalmente se trasmite a los legisladores, que acompañen las leyes a la terminología científica. Un aborto es hasta las 22 semanas (500 grs.) de peso y no más. Después de esas semanas pueden hacer otra ley pero con otra terminología, y otras connotaciones, no la del aborto, puesto que estamos hablando de fetos viables. La segunda premisa es que en manera alguna debe tomarse una interrupción del embarazo como método de anticoncepción. Es un fracaso, se tome como se quiera, y deberían extremarse las medidas para que esto ocurra en la menos ocasiones. Deben pues evitarse los embarazos indeseados puesto que aquellos con malformaciones no parece actualmente posible soslayarlos. Sí cabe, implementar las medidas para realizar la mayoría de los diagnósticos de malformaciones antes de la 22 semanas, cuestión en la que nos estamos aplicando y en la que reclamamos los medios competentes y adecuados para ello. La técnica quirúrgica corresponde realizarla con la mayor seguridad para la mujer y con apoyo psicológico para ella. El derecho de objeción de conciencia por parte de los Facultativos no debe, ni puede, ser conculcado.

Esto es lo que los miembros de la Junta Plenaria, compuesta por los Presidentes de las Sociedades Autonómicas y de las Secciones, aprobaron. Es, por lo tanto, lo que opina la representación de la mayoría y lo que yo estoy conminado a defender. Es obvio que tanto por un extremo como por el otro, habrá discrepantes. Pero tengo claro cual es mi obligación como representante de todos y también la persuasión de que en este tema es imposible poner a la totalidad de acuerdo, porque es un debate de la calle misma, más allá de la ciencia y de los juristas. Personalmente me esfuerzo por agradar a cada uno, pero en esto represento, “**sólo**”, a la mayoría y me temo que no va a ser posible contentar a todos.

La madrugada es el tiempo posterior a la medianoche y anterior al amanecer. Cuando llegan los problemas grandes, siempre repito como en Rocroy: ginecólogos antiguos a vanguardia, es el momento de que los más experimentados aporten su aplomo y experiencia, ginecólogos jóvenes a retaguardia. Es Semana Santa. Suene pues *La madrugada*. Tras ella el sol se impondrá.

Como siempre con mi afecto recibid un fuerte abrazo.

J. Bajo  
Presidente de SEGO

**TAMPAX®**  
*educa*

## DOCUMENTOS DE CONSENSO DE LA SEGO

### Enviado a todos los Consejeros, el protocolo de Atención al Parto de la SEGO

Como se acordó en la pasada reunión de los Jefes de Servicio, ha sido enviado el documento “Protocolo de Atención al Parto” a todos los Consejeros de Sanidad de las Comunidades Autónomas. Especial énfasis se puso en el “Documento Informativo sobre la asistencia al parto” que nosotros recomendamos; dada la profusión de documentos de este tipo que actualmente circulan siendo de suma importancia unificar criterios.



## FIGO

### Declaración FIGO sobre el mecanismo de acción de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia, que nos ruega publicar

#### Las píldoras anticonceptivas de emergencia que contienen sólo levonorgestrel:

- Inhiben o retardan la liberación de un óvulo desde el ovario cuando se toman antes de la ovulación;
- Posiblemente impiden que los espermatozoides y el óvulo se encuentren, ya que afectan el moco cervical o la capacidad de los espermatozoides de unirse al óvulo.

#### La evidencia:

##### **Ovulación:**

- Varios estudios proporcionan evidencia sólida de que las PAE de LNG impiden o retardan la ovulación. Si se toman antes de la ovulación, las PAE de LNG inhiben el pico pre-ovulatorio de la hormona luteinizante (LH), impidiendo el desarrollo y la maduración folicular y/o la liberación del óvulo. Éste es el principal mecanismo de acción de las PAE de LNG y es posible que sea su único mecanismo de acción anticonceptiva.

##### **Implantación:**

- Un solo estudio ha estimado la eficacia de las PAE de LNG determinando el día del ciclo en que fue administrado mediante análisis hormonal (otros estudios habían usado la fecha del ciclo informada por las mismas mujeres). En este estudio, se observaron embarazos sólo en las mujeres que tomaron las PAE después de la ovulación o el mismo día que ésta, lo cual confirma que las PAE no impiden la implantación. Por otra parte, no se observó ningún embarazo en las mujeres que tomaron las PAE antes de la ovulación.
- Varios estudios han evaluado si las PAE producen cambios en las características histológicas y bioquímicas del endometrio. La mayoría de estos estudios muestra que las PAE de LNG no tienen dicho efecto sobre el endometrio, lo que indica que no poseen un mecanismo que impida la implantación. Un estudio mostró un único parámetro endometrial alterado solamente en los casos en que el LNG fue administrado antes del pico de LH, en un momento en que las PAE inhiben la ovulación.
- Un estudio mostró que el levonorgestrel no impidió que embriones humanos se adhirieran a un medio endometrial simulado (*in vitro*).
- Estudios realizados en animales han demostrado que las PAE de LNG no impiden la implantación del huevo fecundado en el endometrio.

##### **Espermatozoides:**

- Las PAE de LNG pueden interferir con la motilidad espermática haciendo que el moco cervical se haga más espeso, lo que impide que los espermatozoides lleguen al óvulo, inhibiendo así la fecundación. El levonorgestrel también puede afectar la capacidad de los espermatozoides de unirse al óvulo.
- No obstante, un estudio reciente no encontró ningún efecto del LNG sobre el número de espermatozoides viables recuperados en lavados uterinos obtenidos 36-60 horas después del coito y 24-48 horas después de haber tomado las PAE de LNG.
- La investigación acerca del efecto de las PAE de LNG sobre los espermatozoides no es concluyente.

##### **Otros hechos:**

- La anticoncepción de emergencia no es lo mismo que el aborto médico temprano. La AE solamente es eficaz si se toma en los primeros días después de la relación sexual, antes de que el óvulo sea liberado desde el ovario y de que los espermatozoides lo fecunden.
- El aborto médico es una opción para las mujeres que presentan un embarazo temprano ya establecido, pero requiere el uso de una droga diferente al levonorgestrel.
- La AE no puede interrumpir un embarazo ya establecido ni dañar a un embrión en desarrollo.

#### **Implicaciones de la investigación:**

- La inhibición o retraso de la ovulación constituye el principal mecanismo de acción de las PAE de LNG.
- El análisis de la evidencia indica que las PAE de LNG no pueden impedir la implantación de un huevo fecundado.
- Es incorrecto incluir referencias relativas a la implantación en el inserto que acompaña a los productos comerciales de PAE de LNG.
- El hecho de que las PAE de LNG no tienen un efecto sobre la implantación explica por qué éstas no son 100% eficaces para impedir el embarazo y por qué son menos eficaces cuanto más tarde se tomen después de una relación sexual.
- A las mujeres se les debe entregar un mensaje claro respecto de que las PAE son más eficaces cuanto antes se tomen.
- Las PAE no interrumpen un embarazo (cualquiera sea la definición de inicio de embarazo). No obstante, las PAE pueden impedir los abortos porque reducen el número de embarazos no deseados.



**SEF**

### **España, tercer país europeo con más tratamientos de fertilidad**



La Sociedad Española de Fertilidad (SEF) ha dado a conocer los últimos resultados del Registro SEF, único registro español de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Los datos publicados, correspondientes al 2006, sitúan a España como el tercer país europeo con más ciclos de reproducción asistida (50.299 anuales) y en el primer lugar en ciclos de donación de óvulos y diagnóstico preimplantacional.

La obtención de datos se ha realizado de forma voluntaria a través de 130 centros.



#### **PRESENTACIÓN ANTE LA CLASE MÉDICA**

### **I Jornada del Foro de la Profesión Médica**

Más de 150 asistentes se dieron cita el pasado 27 de febrero en la sede de la Organización Médica Colegial, en el marco de la I Jornada del Foro de la Profesión Médica. Se trata del primer evento oficial de este órgano, en el que están representados todos los colectivos médicos, desde su creación en el año 2008.

La Jornada se desarrolló en torno a dos mesas redondas, en la primera bajo el título "El Foro de la Profesión Médica en España" se habló del significado del Foro y de los principales aspectos en los que se trabaja en estos momentos, entre ellos, la demografía médica, la homologación de títulos o la creación de nuevas Facultades de Medicina. El otro gran tema abordado, bajo el título "Factores y condicionantes que favorecen o dificultan un pacto por la sanidad", fue el futuro del Pacto por la Sanidad.



*Momento de la celebración de la Jornada en la sede de la OMC.*



## FIGO XIX Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia

Recientemente ha sido publicado el segundo anuncio del XIX Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia FIGO. Este evento - la mayor reunión de obstetras y ginecólogos a nivel mundial - se llevará a cabo del 4 al 9 de octubre de 2009 en el Centro Internacional de Conferencias Cape Town, Sudáfrica.

El Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia FIGO es el único cónclave de este nivel que reúne a especialistas en Ginecología y Obstetricia de todas partes del mundo. En el congreso celebrado en 2006 participaron más de 6.000 delegados de más de 120 países y se espera se sobrepase esa cifra en el próximo Congreso.

[Second Announcement, formato PDF](#)

## MESA REDONDA

### Sesión en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz

En la Real Academia de Medicina de Cádiz se ha celebrado el pasado día 28 una sesión científica dedicada al "Neonato".

En ella intervino el Prof. Bajo, presidente de la SEGO, que disertó sobre: "El parto. Su significación en la mortinatalidad"; el Dr. Joaquín Ortiz Tárdio, jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, que disertó sobre "El neonatólogo y la neonatología. Frecuencia de los diagnósticos y causas de muerte", y el Prof. Manuel Casanova Bellido, Catedrático de Pediatría y jefe de Servicio del Hospital Universitario de Puerto Real, que expuso "El pediatra y la pediatría de seguimiento".

Tras las intervenciones se llevó cabo una mesa redonda que estuvo coordinada y moderada por el profesor D. José Mira Gutiérrez, Catedrático y Vicepresidente de la Academia.



*Participantes en el Acto con el Presidente de la Academia, Prof. José Vilches.*



## BECAS

### Becas Fundación Salud 2000 de Formación en Reproducción Humana, en colaboración con la SEF y la SEGO

La Fundación Salud 2000, entidad sin ánimo de lucro financiada por la compañía químico farmacéutica alemana Merck, dentro de su línea de trabajo de "Promoción de la Investigación", ha convocado por segundo año consecutivo las *Becas Fundación Salud 2000* de formación en Reproducción Humana en colaboración con la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

Las becas, dotadas con 32.000 euros brutos anuales cada

una, buscan fomentar la investigación científica y la formación específica en Reproducción Humana, así como facilitar la incorporación de especialistas en Obstetricia y Ginecología a

Unidades de Reproducción Asistida acreditadas. La convocatoria está dirigida a médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología que hayan finalizado su periodo de formación dentro de los tres años anteriores a la convocatoria o a aquellos que estén cursando el cuarto año de esta especialidad vía M.I.R. en el momento de solicitar la beca.

Los candidatos interesados pueden presentar su solicitud antes del próximo 30 de abril de 2009, dirigiéndose a la secretaría de la Fundación Salud 2000 (c/ Claudio Coello 124, 7ª planta, Madrid), o enviando toda la documentación por correo certificado o por correo electrónico ([fundacionsalud2000@fundacionsalud2000.com](mailto:fundacionsalud2000@fundacionsalud2000.com)).

La selección de candidatos correrá a cargo de una comisión formada por los responsables designados por el Consejo Científico Asesor de la Fundación Salud 2000 y por representantes del Grupo de Trabajo en Ginecología Reproductiva SEGO-SEF. El disfrute de estas becas se iniciará en julio de 2009, y se prolongará por un año.

Para consultar las bases o ampliar la información sobre esta convocatoria, los interesados pueden dirigirse a la página web de la Fundación:

[www.fundacionsalud2000.com](http://www.fundacionsalud2000.com)



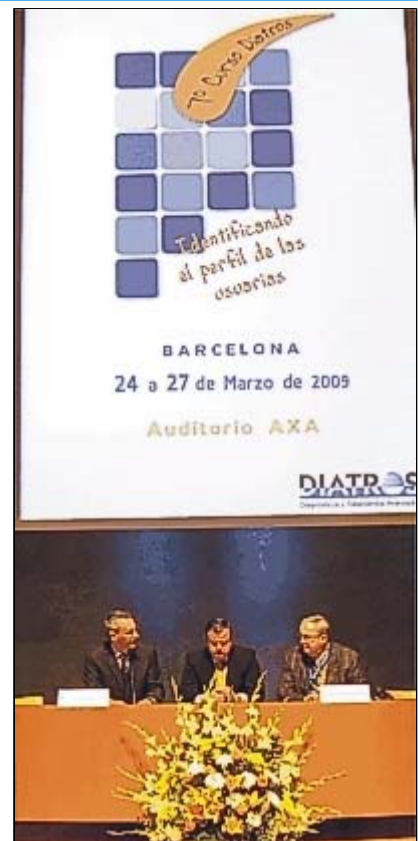
## CURSO DIATROS

### VII Curso DIATROS celebrado en Barcelona

Entre el 24 y 27 de este mes de marzo se ha celebrado en Barcelona el VII Curso DIATROS organizado por el Dr. Sánchez Borrego. El título del mismo "Identificando el perfil de las usuarias", pone de manifiesto cual ha sido el objetivo del mismo. "Definir la mejor intervención médica para una mujer en concreto". A lo largo del curso se han tratado temas de más innovaciones recientes, entre ellos, la prevención del cáncer de cuello de útero, fármacos multidiaria SERMS y FITOSERMS, prevención de la osteoporosis, antimuscarínicos, anticoncepción para cada mujer, síndrome premenstrual, endometriosis, suelo pélvico y patología de la adolescencia.

También hubo una jornada de puertas abiertas dirigidas al público en general en las que el Dr. Sánchez Borrego y el Dr. Xavier Castellsagué Piqué contestaron a las preguntas de las asistentes.

En la foto, de izda. a dcha.:  
Dr. Rafael Sánchez Borrego, profesor Bajo Arenas,  
presidente de la SEGO y el profesor Ramón Miralles Pi  
presidente de la SCOG, en el momento de la inauguración.



## HISTEROSCOPIA

### I Curso Práctico de Histeroscopia Básica y Avanzada realizado en el Hospital General de Ciudad Real



Algunos de los profesores del curso, Enric Cayuela,  
Tirso Pérez Medina, José Luis Muñoz y Javier Haya.

Los pasados días 26 y 27 de marzo se llevó a cabo en el Hospital General de Ciudad Real el "I Curso Práctico de Histeroscopia Básica y Avanzada". Auspiciada por la SEGO, los directores han sido el Dr. Javier Haya y el Dr. Carlos López de la Manzanara. En él se desarrollaron de manera intercalada ponencias teóricas y cirugías en directo. De esta manera, los participantes en el curso, que se acercaron al centenar, recibían información teórica sobre el tratamiento de una determinada patología, y a continuación podían observar en directo la realización de la técnica histeroscópica comentada previamente. Tanto para las ponencias como para las cirugías se contó con histeroscopistas de prestigio, entre otros el Dr. Tirso Pérez Medina, presidente de la Sección de Endoscopia de la SEGO, y el Dr. Enric Cayuela Font, así como con miembros del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General



Alumnas durante la realización de la parte práctica en modelos animales (úteros de vaca).

Complementando el núcleo central del Curso, algunos de los participantes tuvieron ocasión de realizar varias horas de prácticas en modelos animales, con el fin de familiarizarse y perfeccionar las principales técnicas histeroscópicas. Posteriormente, llevaron a cabo histeroscopias diagnósticas y quirúrgicas en pacientes, supervisados por los profesores del Curso. De este modo, se ha logrado que en tan sólo dos días los alumnos hayan adquirido conocimientos teóricos sólidos, hayan practicado en modelos animales, y finalmente hayan podido intervenir a pacientes. En las encuestas anónimas realizadas al finalizar el curso, el 100% de los participantes consideraron muy útil el Curso y ninguno dudaba en recomendarlo a sus compañeros.

El Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Universitario de Ciudad Real tiene prevista la realización del **"II Curso Práctico de Histeroscopia Básica y Avanzada"** los próximos días 25 y 26 de marzo del año 2010.", bajo los auspicios de la SEGO.



## COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

### Frenazo a la incorporación del nuevo jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario de Toledo

El día 5 de Marzo pasado, D. ANIBAL NIETO DÍAZ, FEA estatutario de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Príncipe de Asturias y Profesor Asociado de la Universidad de Alcalá, se personó acompañado de un Notario en la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario de Toledo para el acto de **toma de posesión del puesto de jefe de Servicio**, cuyo nombramiento recibió por Resolución de 29/01/2009 de la Dirección Gerencia del mencionado Hospital castellano-manchego (D.O.C.M. núm. 24 de 05/02/09), la negación de la solicitud de "Comisión de Servicios" por parte de la mencionada Gerencia, impidió que su incorporación material tuviese lugar.

La forma habitual utilizada entre el SESCAM (donde está el puesto de destino) y el Servicio Madrileño de Salud- SERMAS (donde está el puesto de origen) es la **"Comisión de Servicios"** recogida en el artículo 39 de la Ley 55/2003 de 16 de Diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (BOE nº 301 de 17-12-2003). Así se ha hecho en casos anteriores, algunos menos recientes (Jefatura de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario de Albacete), otros muy recientes (Jefatura de Obstetricia y Ginecología del Hospital General de Ciudad Real). Por lo tanto, en este caso también la "Comisión de Servicios" para la toma de posesión garantizaría la reserva de la plaza fija de personal estatutario en la institución de origen (Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, Madrid), permitiendo que el Facultativo propuesto desempeñe el puesto temporal de Jefe de Servicio asistencial durante los 4 años a que hace referencia el nombramiento oficial.

El Dr. Nieto, en el concurso público celebrado el día 23 de Abril 2008, fue propuesto con carácter vinculante por la Comisión de Valoración nombrada al respecto, mediante escrito cursado el 8 de Julio de 2008 a la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario de Toledo. Ha tenido que esperar casi 7 meses, hasta ver su nombramiento plasmado en el Diario Oficial de Castilla La Mancha. La Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario de Toledo le ha transmitido su negativa unilateral a solicitarle en "Comisión de Servicios".

Esperamos que el sentido común ponga fin a esta situación inusual y el Dr. Nieto, acreditado para profesor titular por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), pueda incorporarse lo antes posible a su nueva plaza.



Dr. Anibal Nieto Díaz.



Por el Dr. Javier Server Gosálvez

## V Congreso Nacional de Lactancia Materna

Con la asistencia de más de 700 congresistas, los pasados días 5 al 7 de marzo se celebró en Murcia, organizado por Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN), el V Congreso Nacional de Lactancia Materna. Los asistentes mostraron gran interés por los temas planteados en las mesas de trabajo, talleres y comunicaciones. La calidad de las conferencias y sesiones de trabajo han sido muy satisfactorias.

Paralelamente, promovido por el Comité Organizador del Congreso, se desarrolló el Encuentro Nacional de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna con la asistencia de más de 300 madres.



## Primer anuncio. Global Congress of Maternal and Infant Health

Deseamos comunicarte que del 22 al 26 de Septiembre del 2010 tendrá lugar en Barcelona (Palau de Congressos de Barcelona) el GLOBAL CONGRESS OF MATERNAL AND INFANT HEALTH auspiciado por todas las Sociedades internacionales de Medicina Perinatal y diversas agencias de las Naciones Unidas (OMS, UNICEF, UNESCO, etc.)

Se trata de un congreso mundial, organizado por MATRES MUNDI en el que intervendrán los expertos internacionales más prestigiosos de la especialidad. La presidencia de honor la ostentan los Prof. Erich Saling (Alemania), Roberto Romero (EEUU) e Hiroshi Nishida (Japón).

El programa del Congreso incluye una actualización avanzada de los temas más importantes en Medicina Perinatal. Gracias a la traducción simultánea será posible conocer la opinión de las Escuelas Mundiales más reconocidas, representadas por sus líderes más prestigiosos.

El comité organizador esta formado por todos los Presidentes de las Sociedades continentales de Medicina Perinatal. El Prof. Frank Chervenak (presidente de la WAPM) actuará como presidente del "International Scientific Board", el Prof. Gian Carlo Di Renzo (director ejecutivo de la EAPM) será el presidente del "International Educational



Committee”, el Prof. José M. Bajo Arenas (presidente de la SEGO) liderará el “International Relations Board” y el Prof. Asim Kurjak actuará como presidente del “Advisory International Board”.

Dada la importancia del Congreso te rogamos reserves esos días en tu agenda y consultes la Web del mismo [www.mih2010.org](http://www.mih2010.org), que te mantendrá continuamente informado sobre este evento.

Un saludo cordial de,

José M. Carrera, Luis Cabero,  
José M. Bajo, Vicente Cararach,  
Xavier Carbonell, Ernesto Fabre,  
José B. López-Sastre y Vincente Molina.  
**Comisión organizadora española**  
[Barcelona2010@matres-mundi.org](mailto:Barcelona2010@matres-mundi.org)



## La salud ósea en la adolescencia (II)

Por el Grupo de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia (GIA)

La medida de la densidad mineral ósea ha sido la que más frecuentemente se ha utilizado para conocer el estado del esqueleto debido a que la masa ósea tiene una relación muy directa con la fuerza del hueso in vivo. Y esto a su vez se traduce en un alto valor predictivo de las fracturas osteoporóticas en las mujeres postmenopáusicas.

Entre las niñas y adolescentes, esa asociación no es tan fuerte aunque la mayoría de los estudios de caso-control realizados en jóvenes sanas sugieren que el “z score” de la densitometría (es decir, el número de desviaciones estándar por encima o por debajo de la media de población de similar edad, sexo y raza) es predictivo de fracturas en el antebrazo distal (la fractura más común durante el crecimiento puberal), aumentando el riesgo con cada punto que disminuya “z”. Sin embargo, entre adolescentes con una enfermedad crónica tal relación no es tan fuerte.

La densitometría ósea es la técnica utilizada para la medida de la densidad ósea, y gracias a la difusión de la misma en las mujeres postmenopáusicas se trata de una técnica familiar y accesible para el ginecólogo. Sin embargo no debemos olvidar que el hueso de una adolescente está cambiando continuamente por el crecimiento y esto no puede sino complicar la interpretación de la prueba.

Reconociendo la importancia de esos cambios, en el año 2004 la Sociedad Internacional para la Densitometría Clínica emitió una serie de recomendaciones sobre el uso de la prueba en niños y adolescentes. Quizás la más importante de ellas es que en una densitometría de un adolescente nunca debe aparecer el “t score”, que compara la densidad ósea con el pico de masa ósea que habitualmente se alcanza entre los 20 y 29 años, y que es la base de la definición de la osteoporosis postmenopáusica. Además insiste en que el diagnóstico de osteoporosis en niños requiere demostrar la fragilidad esquelética y no debería basarse exclusivamente en las medias de la densitometría.

En la actualidad, no existe una guía basada en la evidencia que pueda aconsejarnos cuándo hacer una densitometría. Algunas sociedades científicas recomiendan realizar la prueba e instaurar tratamiento en adolescentes que son considerados de riesgo, incluyendo los que presentan fracturas recurrentes, fracturas con mínimos golpes, dolor de espalda, desviación de columna, pérdida de altura o cambios en su movilidad o nutrición. Probablemente, lo más aceptado es considerar que se debe estudiar la densidad mineral ósea en adolescentes que padezcan una condición crónica que predisponga a una baja masa ósea (fibrosis quística, diabéticos, uso crónico de acetato de Medroxiprogesterona, hipopituitarismo, enfermedades neoplásicas... y por supuesto alteraciones en la conducta alimentaria, excesivo consumo de alcohol o fumadoras tempranas) junto con la presencia de múltiples factores de riesgo o una historia familiar de osteoporosis.

Hay pocas posibilidades terapéuticas de la osteoporosis en adolescentes. Los efectos desconocidos de los fármacos que habitualmente se usan en las mujeres postmenopáusicas, tanto antireabsortivos como estimuladores de la formación ósea, en un esqueleto en crecimiento así como la escasa eficacia demostrada por los mismos, han impedido su difusión entre la población más joven. No existe tampoco información sobre los efectos adversos a largo plazo (>10 años), la duración adecuada del tratamiento o la dosis apropiada. Además, dado que los bifosfonatos permanecen en el esqueleto durante varios años, posiblemente de forma indefinida, y que cruzan la barrera placentaria hay que ser cautos en su uso hasta que se disponga de más datos sobre seguridad y eficacia.

El papel del uso de estrógenos + progesterona en adolescentes con anorexia nerviosa o amenorrea hipotalámica es otro punto de controversia e investigación. Varios estudios demuestran que no existen cambios significativos en la masa ósea en este grupo de pacientes después del tratamiento con estrógenos, habitualmente en forma de anticonceptivos orales. Algunos subgrupos de estas pacientes si pueden beneficiarse de un cierto grado de protección de la pérdida ósea, especialmente las más jóvenes y las que tengan un índice de masa corporal extremadamente bajo. En general, los datos obtenidos sugieren que la falta de eficacia del tratamiento con estrógenos es debida a que no son sólo éstos los responsables de las alteraciones en el hueso de dichas pacientes. Los estudios actuales investigan la asociación en el tratamiento de estrógenos y factores de crecimiento (IGF-I) o incluso andrógenos.

Si queremos aconsejar la realización de ejercicio físico para mejorar la salud ósea la cuestión es "cómo" y "cuándo". Parece que el máximo beneficio se obtendría en las chicas premenárquicas entre 10-12 años cuando están experimentando el pico de velocidad máxima de crecimiento (en los chicos sería entre los 12-14 años), aunque faltan datos para definir si los beneficios logrados en esa "ventana crítica" se mantendrían hasta la edad adulta. En cuanto al tipo de actividad, es imposible concretar más de lo recomendado por el Colegio Americano de Medicina Deportiva que aconseja practicar una actividad física intensa (tal como correr, saltar, gimnasia o baloncesto) de 10 a 20 minutos al menos tres días en semana.



## SEGO Tribuna de invitados

Por el doctor José F. Fernández Godoy

### El parto en la sociedad actual

---

**E**l animal, a la hora del parto, se separa de la manada y busca un rincón tranquilo. Parece, como si la soledad tuviera que estar presente en el mismo. Se trata de un parto, por naturaleza, **solitario**. Al contrario, el parto de la especie humana siempre necesita ayuda. Su complejidad, y hasta su dolor -con ese sentimiento de "petición de auxilio" implícito en toda situación dolorosa-, induce a concebir el parto humano como un parto, por naturaleza **social**. El parto de nuestra especie ha estado siempre profundamente influenciado por su entorno.

En la sociedad renacentista del siglo XVI se inició una reacción a la misoginia heredada de épocas anteriores. Se despertó un interés hacia **la mujer** y, consecuentemente, se reactivaron las especialidades médicas que le eran afines: la obstetricia y la ginecología. Pero esta subida de la posición social de la mujer fue sólo un amago, un primer peldaño, pues le quedaría un largo y duro caminar por una senda de obstáculos propios de una sociedad que se resistía a abandonar reminiscencias machistas del pasado. Y así, nos encontramos en los tiempos actuales con una mujer que se ha ido ganando a pulso situaciones sociales de igualdad con el hombre que verdaderamente le corresponde, pero con un trayecto aún por recorrer.

El panorama reivindicativo de la mujer actual, supone para la clase política -sin distinción de tendencias o países- un inmenso campo abonado para captar voluntades del modo más fácil: a través de los sentimientos. De esta manera **el sentimiento maternal, componente esencial del parto humano, se erige en importante centro de atención de la sociedad en que vivimos.**

El parto actual está sometido a influencias obstétricas, económicas, políticas, jurídicas... todas profundamente enraizadas entre sí.

La asistencia hospitalaria y el vertiginoso avance del tecnicismo obstétrico han cambiado el modo de concebir el parto. Se ha logrado un indudable descenso del índice de mortalidad materna e infantil y una considerable mejora de la salud de la madre y del hijo, pero, como contrapartida, se ha producido un considerable aumento de **la intervención obstétrica.**

El aumento del tecnicismo ha motivado que **los costos del parto se hayan disparado** en los últimos tiempos. Y consecuentemente, que la expansión del mencionado tecnicismo obstétrico dependa de los recursos sanitarios de

país o comunidad en el que el parto tenga lugar.

En la medicina pública los recursos sanitarios están en manos de los administradores públicos, con lo cual, la asistencia al parto se encuentra sometida a **una marcada influencia política**.

Debido al importante papel desempeñado por la mujer y su maternidad, la sociedad es muy exigente con el obstetra y el **estamento jurídico**, que canaliza dicha exigencia, es **escrupuloso y complejo**. Al tocólogo se le exige no sólo una correcta asistencia obstétrica, sino, además, la utilización de todos los medios técnicos disponibles. La obstetricia se ha convertido en una profesión de **alto riesgo**, y el tocólogo se ve obligado, por exigencias de la sociedad, a aplicar el mayor número de recursos que le lleve a garantizar la máxima seguridad del hijo y de la madre.

En la sanidad pública, el **tocólogo de a pie**, "el machaca de paritorios", con el que me encuentro plenamente identificado, **soporta una doble presión**: la procedente de los estamentos jurídicos, exigiendo la aplicación de todos los medios disponibles, y la proveniente de la administración, incitando a todo lo contrario, reducir la utilización de esos medios con objeto de disminuir gastos.

El obstetra es acusado de practicar la llamada "medicina defensiva". No sé si el término es apropiado, pero nadie debe poner en duda la existencia de las presiones antes mencionadas. Y se pueda o no justificar, lo cierto es que **el excesivo intervencionismo obstétrico es hoy una realidad absolutamente incuestionable**.

**El parto hospitalario**, en el que la intervención obstétrica y la anestesia ocupan un primer plano, ha caído en manos de los tocólogos y las **matronas/nos**, únicas responsables directas del parto en épocas pasadas, **han perdido protagonismo**. Gran número de estos profesionales, alineados en los movimientos naturalistas, reclaman la vuelta del parto al domicilio, el cese del intervencionismo obstétrico y, de esta manera, recuperar el protagonismo profesional perdido.

La presencia del hombre en el parto estaba prohibida en la primera mitad del siglo XVI. Para la sociedad machista de la época, el parto era una actividad degradante, una más entre las tareas del hogar, propias exclusivamente de mujeres. Como reacción a esta reminiscencia del pasado, la sociedad de hoy se ha lanzado a proclamar para el hombre actividades destinadas en otros tiempos exclusivamente a las mujeres, entre ellas, la participación en el parto. Al grito social de ¡PADRES A LOS PARITORIOS!, **la entrada del padre en la sala de parto se ha convertido en práctica de obligado cumplimiento**.

En el parto hospitalario de la sociedad de hoy, **el tocólogo continúa en su papel tradicional de ocuparse sólo de la patología**. La obstetricia dirige su vertiente investigadora hacia las nuevas técnicas, y el estudio de la biomecánica del parto, con tantas cuestiones aún por investigar (la rotación del feto en el canal pélvico, el análisis de las fuerzas biológicas de la expulsión, el estudio de la postura de la parturienta, etc.) sigue estancado desde hace más de un siglo.

El sinfín de posiciones, técnicas y aparatos utilizados en el parto desde los tiempos más remotos **han obedecido siempre a modas o costumbres empíricas**. La extensa variedad de posturas y técnicas de la parturienta de hoy siguen obedeciendo a modas o costumbres empíricas. Parece como si la máquina del tiempo nos hubiera trasladado a los legendarios tiempos del "arte de partear". Viejas formas de comportamiento en un escenario nuevo. Y lo más llamativo de este escenario nuevo es la existencia de INTERNET.

**Internet** da voz a grupos sociales con fuertes sentimientos reivindicativos que se atribuyen la representatividad de la mujer en general. A través de Internet se difunden métodos asistenciales idílicos: parto en el agua, en el propio domicilio con la parturienta rodeada de toda la familia... Se frivoliza sobre el parto, desdeñando su auténtica complejidad y la tremenda mortalidad materna y perinatal de un pasado relativamente reciente. Con el eslogan "el parto es mío" se incita a la mujer a demandar el control de su parto, como si el parto fuera un simple proceso fisiológico sin más...

En medio de todos estos influjos sociales en torno al parto, se encuentra la **embarazada, la auténtica protagonista** con el sentimiento maternal en plena ebullición. Ella lo tiene bien claro: lo que desea fervientemente es la máxima seguridad de su hijo, y está dispuesta a toda clase de sacrificios para conseguirlo. Sufrió, durante demasiados años estoicamente, sin rechistar, ante la mezquina pasividad de la sociedad, el dolor del parto, y ahora que los presupuestos han permitido la instauración de la anestesia obstétrica, su situación en la clínica maternal es de absoluta pasividad: permanece durante la dilatación postrada en una cama (sujeta a los cables de un monitor), y a final, tendida en una mesa de parto, se le extrae al hijo. Y, si bien, su sufrimiento ha sido debidamente mitigado, tal alto grado de invalidez le deja un cierto poso de amargura.

Ante este panorama del parto en la sociedad actual interesa realizar, desde la obstetricia, las siguientes consideraciones:

1ª Debemos ser conscientes de la **existencia de sectores sociales, ajenos a la obstetricia oficial, con claras pretensiones de hacerse con el control del llamado "parto normal"**.

2ª Es un error dividir, a priori, al parto humano en normal y patológico, por las siguientes razones:

- Los **límites entre ambos** son tan **sutiles** que el paso del uno al otro puede ser solo cuestión de segundos.
- Todo parto, por muy normal que en principio parezca, debe ser sometido a la **vigilancia** que permita detectar la complicación con la mayor prontitud posible.

- El llamado parto normal no está exento del **dolor** que, desde la obstetricia, tenemos obligación de **combatir**.

3ª De la anterior consideración se deduce que sólo existe EL PARTO, sin más. Y, en función de su evolución, actuarán oportunamente los profesionales correspondientes (tocólogo o matronas/nos).





4ª **La obstetricia está obligada, en bien de la sociedad, a asumir el pleno control del parto.**

5ª El parto de los tiempos en que vivimos requiere -la sociedad lo demanda- un **tratamiento integrador**, un sistema asistencial que sepa conjugar los siguientes objetivos:

- La **seguridad** de la madre y del hijo.
- El **bienestar** de la parturienta.
- La **activación de la biomecánica del parto**.
- La **intervención de la mujer en su propio parto**.

6ª El tratamiento integrador, aludido en la consideración anterior, debe ser fruto de un **estudio científico** que rompa radicalmente con el empirismo en el que, hasta la actualidad, se han movido las técnicas y las posturas de las parturientas.

Descarga artículos para impresión:

- "Introducción a la biomecánica del parto" 
- "Postura de la parturienta. Análisis biomecánico" 
- "Postura de la parturienta en la expulsión. Estudio biomecánico" 
- "El parto en la sociedad actual" 

## SEGO Temas jurídicos



Por el Profesor  
Fernando Izquierdo González.

**"...siguen produciéndose sentencias condenatorias precisamente por no respetarse los procedimientos adecuados."**

**N**o respetar las normas de cumplimentación o de custodia del consentimiento informado (CI) ha sido causa de condena en los tribunales. El caso se refiere a las complicaciones que surgieron tras la realización de una amniocentesis que consistieron en una rotura prematura de membranas a la que siguió una corioamnionitis falleciendo posteriormente el feto.

La gestante alegaba que el facultativo no había informado de forma adecuada acerca de los riesgos y complicaciones que son inherentes a la amniocentesis. La sentencia estima que "se vulneró el derecho a la información previa de la gestante, por lo que se vició el consentimiento de ésta a la práctica de tal prueba diagnóstica de carácter invasivo, vulnerando así el demandado las normas básicas de la *lex artis*".

El médico alegaba que había informado con carácter previo a la mujer y que ésta incluso llegó a firmar el consentimiento pero que este documento se había extraviado posteriormente. Con respecto a esta afirmación el juez considera que "esta alegación, además de entrañar el reconocimiento del flagrante incumplimiento de la obligación de custodia de la documentación sanitaria que le impone el artículo 17 de la Ley 41/2002, sólo puede ser considerada como una aseveración de carácter meramente exculpatoria de la responsabilidad". Como testigo declaró una persona que había estado vinculada por una relación laboral con el demandado, por lo que el juez otorgó escasa eficacia probatoria a su declaración; además en ningún momento manifestó que la paciente hubiera firmado el CI, limitándose a describir la rutina habitual del trabajo del demandado. Esta testigo declaró también que el documento del CI era firmado por las pacientes antes de que el facultativo les explicara los riesgos y complicaciones de la prueba diagnóstica, lo que abiertamente infringe el contenido literal del artículo 8.3 de la Ley 41/2002 que establece la obligación del facultativo de proporcionar a la paciente información, precisamente antes de recabar su consentimiento por escrito.

El abogado de la demandante alegó en el juicio que el cumplimiento del deber de informar del demandado no puede ser subsanado por la información general

y somera proporcionada por el médico que es la que recibió la gestante.

La sentencia exculpa al médico de la muerte fetal ya que no queda probado el nexo causal entre una conducta incorrecta del facultativo y el resultado final lesivo para el feto. Sin embargo se le condena a pagar una indemnización de más de 144.000 euros por haber vulnerado el derecho de información previa que debe proporcionarse a la paciente antes de obtener su consentimiento.

Como se ve, y aún a pesar de la insistencia machacona que desde la SEGO se hace sobre la necesidad de actuar de forma adecuada en relación con la obtención del CI, siguen produciéndose sentencias condenatorias precisamente por no respetarse los procedimientos adecuados.

## SEGO Rincón Literario

Para participar con escritos, sólo tenéis que enviar a [gaceta@sego.es](mailto:gaceta@sego.es), indicando en el asunto que es para el Rincón Literario de la Gaceta. Se irán publicando las obras seleccionadas.

### ÚLTIMA OSCURIDAD

A JC con esperanza en su recuerdo



Cuando termine de doler tu vida  
cierres tranquilo sin sueño este párpado,  
penetre barro por tu cuerpo, carne  
no te acompañe y con la luz despidas  
resplandeciendo tu perfil más dulce.

Cuando pronuncies tu final oscuro  
y abras a tuestas en tu hueco el alvéolo,  
deja a la muerte del yermo tu sangre  
rompe la hipófisis, camina el viento  
para que llegues para ser que fuiste  
de tu Nombre un recuerdo: La Palabra.

Humberto Pedra



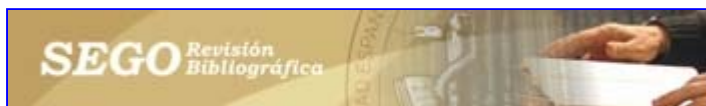


Sabes que te olvidaré  
cuando de mí no quede  
ni el nombre.

Cuando los gusanos coman mi carne  
llenarán su boca de tu sabor.  
Entonces tú y yo viviremos,  
juntos para siempre, dentro de ellos.

Cuando todo absolutamente todo  
lo haya devorado el olvido  
quizás descansemos en el tiempo.

Lola Valencia



Revisión Bibliográfica SEGO  
Edición marzo de 2009. Para acceder pinche en la imagen.



Cursos, Congresos, Empleo y Ofertas  
Edición marzo de 2009. Para acceder pinche en la imagen.

### ATENCIÓN AL USUARIO

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 servicio de atención al usuario, llamando al teléfono 902 555 013 o bien escribiendo un correo a la dirección:

[atencionusuario@sego.es](mailto:atencionusuario@sego.es) y solicitar dicha información.

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

Vd. recibe esta gaceta electrónica como socio de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

---

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)