

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 - 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

Querida socia/socio:

Feliz año 2006. Que tengáis salud. Trabajo no creo que os vaya a faltar a alguno, habida cuenta de la demanda de especialistas en ginecología y obstetricia que en este momento hay en España. Casi un 70 % de los ginecólogos ,afirman que en su entorno hay escasez de compañeros especialistas y a la SEGO llegan ofertas de trabajo para nosotros cada día. ¿a qué se debe esta carencia? ¿es algo transitorio o tiene tendencia a ser ya una constante? ¿porque el numero de obstetras que salen cada año sigue invariable en 296 más aquellos que en la Comisión Nacional convalidan sus títulos provenientes del extranjero?.

Varias son las razones que se me ocurren:

1. Se ha producido un boom de jubilaciones coincidente cronológicamente con los retiros de los ginecólogos que inauguraron los Hospitales de la antigua Seguridad Social. Así como conocemos los que entran como especialistas, no sabemos cuantos se descartan porque no estaba definido en la época en qué se formaron cuantos surgían.
2. Ha aumentado el numero de partos.
3. Se abandona la obstetricia.
4. Se ha aumentado la cartera de Servicios que ofrecemos dentro de la especialidad que abarca cada vez más campos.
5. Los nuevos ginecólogos abandonan el pluriempleo.
6. En algunos lugares limítrofes con Portugal o Francia , prefieren ejercer en el Pais vecino porque están mejor retribuidos

Creemos que la situación precisa de un análisis más profundo por parte de las Autoridades Gubernamentales con la ayuda de la Comisión Nacional de la especialidad y de nuestra propia SEGO , estableciendo unas necesidades y un diagrama de flujos. Si la situación es transitoria no pasaría nada , pero si la tendencia es a empeorar sería el momento de establecer medidas antes de que sea demasiado tarde.

Cambiando de tema , este mes vendrán los inspectores de la FIGO a visitar Sevilla como sede de FIGO 2012. No creo que tengamos problemas para pasar este primer corte puesto que la ciudad creemos reúne excelentes condiciones y es idónea para un Congreso de este tipo. Tenéis el Logotipo que hemos diseñado en este mismo número.

El documento de consenso 2005 de la SEGO ya está listo. Estoy escribiendo la introducción y pasará a imprenta y distribución en este primer trimestre.

En la última Junta Plenaria también se aprobó cambiar el Logotipo de la SEGO. No fue una propuesta mía , pero admitimos que el actual tiene unas reminiscencias arcaicas y un cierto olor a naftalina. Aún habiendo encargado a profesionales su diseño, cualquier sugerencia es bienvenida , Cuanto mayor sea el espectro de elección ,menos posibilidades habrá de equivocarse aunque esto no sea garantía total y en un tema como este siempre habrá gustos para todo.

Como siempre recibid un fuerte abrazo.

J. Bajo
Presidente de SEGO.



Junta Plenaria de la SEGO en Barcelona

Con motivo del Congreso de ENTOG y de la reunión del Council del EBCOG celebrados en Barcelona los días 2-4 de diciembre del 2005, la SEGO que fue la entidad anfitriona de estos eventos, celebró su Reunión Plenaria en Barcelona el día 2 de diciembre, a la que asistieron la práctica totalidad de sus miembros.

Los puntos más importantes de dicha Plenaria fueron:

1. Presentación de los nuevos Estatutos aprobados por el Ministerio que se distribuyó a los socios con la carta de Navidad.
2. Aprobación de la compra de una nueva sede para la SEGO por el valor tasado de la sede actual, más el dinero existente en caja (1.042.000 Euros).
3. Encargo a la Junta Directiva de buscar un nuevo logo de SEGO explorando nuevos diseños.
4. Aprobar la creación de un Comité científico de la SEGO ,cometido a llevar a cabo por la Junta directiva y el Presidente del Comité científico Prof Lorenzo Abad.
5. Puesto que se ha conseguido financiación para una nueva edición del Manual del Residente explorar con la casa patrocinadora la posibilidad de nuevos formatos.
6. Se pretende conseguir una historia clínica común ,informática en la que los datos queden almacenados para poder remitirlos periódicamente a la SEGO y sirva además de informe de alta para la paciente.
7. Presentación de los resultados del Congreso de La Coruña. La Tesorera (Dra Sabatel) comenta que tuvo un presupuesto de 2.065.054 euros. El total de gastos fue de 1.460.342 euros. Los beneficios para la SEGO del Congreso han sido 604.711 euros.
8. Condonación de la deuda a Matress Mundi e instar a los socios de la SEGO a permanecer en la ONG con un recibo de domiciliación bancaria independiente del de la SEGO y a una cuenta propia de Matress Mundi.
9. Necesidad imperiosa de solicitar a los socios de numero la fotocopia del título de especialista, dado que en la informatización de la base de datos se ha comprobado un número considerable de Socios que no lo han presentado y es imprescindible hacerlo acorde a los estatutos para pertenecer a la Sociedad.

Como siempre el acta Completa de la Junta Plenaria aparecerá en el Boletín informativo impreso y está a vuestra disposición en nuestra sede de la SEGO

Constitución del Comité Científico de la SEGO

El pasado 2 de Diciembre, día en el que se celebró la Junta Plenaria, se aprobó la constitución del Comité Científico de la SEGO que debería ser acordado por el Presidente del Comité Científico Prof Lorenzo Abad y la Junta Directiva de la SEGO .

Dicho comité ha quedado finalmente constituido y los miembros que lo componen son: Prof. Joan Balasch, Prof. Antonio Cano, Prof. Manuel Escudero, Prof. Pedro de la Fuente y Prof. Alejandro Novo.



Acuerdo de Colaboración con el Banco Popular

La SEGO ha firmado un acuerdo de colaboración con el Banco Popular. Este se hace socio de La SEGO ,contribuirá a la campaña FIGO 2012 y ofrece a todos nuestros socios, una serie de condiciones muy especiales para todas vuestras operaciones bancarias.

Protocolos actualizados a enero 2006

Mujer menopáusica con atrofia genitourinaria	Cáncer de vulva
Mujer menopáusica con riesgo de cáncer de mama	Métodos diagnósticos de la Neoplasia Intraepitelial y el Cáncer de Vulva
Mujer menopáusica con osteopenia	Trastornos Epiteliales no Neoplásicos y Neoplasia Vulvar Intraepitelial
Mujer menopáusica: búsqueda de factores de riesgo	La laparoscopia en el cáncer ginecológico
Mujer menopáusica con osteopenia	Tumores epiteliales malignos del ovario
Mujer menopáusica con riesgo de cáncer de mama	Bases de la quimioterapia en ginecología oncológica
Mujer postmenopáusica con disfunción sexual femenina	Cáncer de cervix: diagnóstico y tratamiento
Mujer menopáusica con atrofia genitourinaria	Incontinencia Urinaria: Diagnóstico
Mujer menopáusica con fractura osteoporótica	Tto.incontinencia ugcia y sdme vejiga hiperactiva
Mujer menopáusica con fractura osteoporótica	Tto. Incontinencia urinaria de esfuerzo
Mujer menopáusica con fractura osteoporótica	Otros tipos de IU y disfunciones vésicouretrales mujer
Mujer menopáusica con fractura osteoporótica	Fístulas urinarias
Exploración ginecológica en la adolescencia	Incompetencia Cervical
Alteraciones del desarrollo puberal	Recomendaciones uso periconcepcional ác fólico
Diagnóstico y tratamiento de la menorragia en la adolescente	Disfunciones Sexuales
Contracepción	Embarazo Adolescente y Mujer Añosa
Prevención patología infecciosa y oncológica en la adolescencia	Síndrome Premenstrual
Dismenorrea en la adolescencia	Dismenorrea
Embarazo en la adolescencia	Tto.Dolor Oncología Ginecológica
Patología mamaria en la adolescencia	Métodos contraceptivos de barrera
Amenorrea primaria y secundaria. Oligomenorrea	Anticoncepción de emergencia
Histeroscopia en oncología	Anticoncepción quirúrgica: Vasectomía
Cáncer de mama heredofamiliar	Anticoncepción quirúrgica: Vasectomía 2
Ecografía en oncología ginecológica	Anticoncepción natural
Cáncer de mama. Diagnóstico	AHC, riesgo TEV, infarto y ACV
Cáncer de mama. Tratamiento	AHC oral, transdérmica y vaginal
Patología mamaria benigna (excluida la galactorrea)	Beneficios no contraceptivos en anticoncepción
Colposcopia	Anticoncepción quirúrgica femenina
Citología en oncología ginecológica	Anticoncepción con sólo gestágeno
Citología por PAAF en oncología ginecológica y mamaria	Anticoncepción durante la perimenopausia
Diagnóstico por la imagen en patología mamaria	Aborto
Carcinoma de endometrio	Anticoncepción y riesgos de cáncer
Seguimiento de pacientes con cáncer ginecológico o mamario	Anticoncepción intrauterina
Enfermedad trofoblástica gestacional	Evaluación ecográfica masa anexial.
Bases estadificación clínico-quirúrgica en gine oncológica	Técnicas de entrada en laparoscopia
Cáncer de vagina	Histeroscopia diagnóstica
Diagnóstico y orientación terapéutica de las masas anexiales	Manejo embarazo ectópicoy consentimiento informado
Tratamiento sistémico del cáncer de mama	Manejo laparoscópico de masas anexiales
Cribado del cáncer de mama	Endometriosis pélvica
Biopsia de lesiones no palpables en patología mamaria	Técnicas de linfadenectomía por laparoscopia
Diagnóstico precoz del cáncer genital femenino	Otras indicaciones de laparoscopia en oncología ginecológica



Camino al XX Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia.

FIGO 2012

Aprobada la nueva imagen del congreso

Un paso más, entre las acciones y gestiones que está realizando la SEGO, para hacer posible la celebración del XX Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia, FIGO 2012 en Sevilla.

Os presentamos la nueva imagen aprobada y elegida para publicitar este congreso, y que se plasmará en folletos, carteles, programas, etc.



Congreso del ENTOG en Barcelona, 2-4 de diciembre de 2005

El ENTOG es el European Network of Trainees of Obstetrics and Gynecology. (www.entog.org)

Se creó en el seno de EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynecology) que es la Sociedad Europea de las Sociedades Nacionales de Obstetricia y Ginecología. En ella están incluidas las diversas sociedades europeas de las subespecialidades y fue fundado en París en 1991, siendo España un miembro fundador.

ENTOG se creó en Barcelona en el año 1996, con motivo del Congreso de Intercambio realizado en aquella fecha en el Hospital Materno-infantil del Valle Hebrón.

De izquierda a derecha: G. Creatasa, I. Wladimiroff, W. Dunlop, P. Hornnes y C. Benedetto.

Su principal objetivo es tratar de la problemática de los residentes a nivel europeo, tanto desde la vertiente formativa como desde la vertiente profesional.

Las metas y objetivos de ENTOG son:

- Promover un mejor conocimiento de los programas de formación de especialistas en obstetricia y ginecología en Europa, intentando establecer un estándar comparable en todos ellos.
- Conseguir el máximo estándar de formación y consecuentemente mejorar la calidad de la prestación médica proporcionada a las madres y sus hijos.
- Explorar las posibilidades de investigación entre la población joven de residentes y especialistas en obstetricia y ginecología.

Para conseguir esos objetivos ENTOG desarrolla las siguientes áreas de actividad

- Promueve la creación en todos los países europeos de Comisiones Nacionales de Residentes.
- Colabora con el EBCOG en la recomendación de estándares requeridos para la formación de especialistas, y los medios para mantener esos estándares.
-

Examina el contenido y calidad de la formación en todos los países europeos.

- Colabora con EBCOG en las recomendaciones de los criterios que configuran los centros de formación de especialistas.
- Hace propuestas para unificar los programas para conseguir el estatus de especialista.
- Intenta asegurar que el conocimiento y habilidades de los especialistas en obstetricia y ginecología se mantienen y se actualizan de manera regular.
- Promueve la investigación entre los residentes y los jóvenes especialistas de obstetricia y ginecología, incluyendo estudios multicéntricos europeos.
- Facilita el intercambio de residentes y jóvenes especialistas de obstetricia y ginecología entre centros formadores a lo largo de Europa en orden a armonizar y mejorar la calidad de la formación.

En estos momentos, pertenecen a ENTOG los residentes de los países miembros de EBCOG.

Cada año se organiza un congreso para discutir y analizar diversos problemas relacionados con la formación y con los residentes. En esta ocasión se desarrolla el tema del género y la dificultad de algunos países para encontrar candidatos a especialistas.

Se han realizado 14 congresos de residentes, pero desde 1996 con ENTOG como organizador. Éstos han sido:

Netherlands 1992	France 1998
Portugal 1993	Italy 1999
United Kingdom 1993	Switzerland 2000
Germany 1994	Sweden 2001
Norway 1995	Czech Republic 2002
Spain 1996 (Barcelona, Valle Hebron)	The Netherlands 2003
Greece 1997	Slovenia 2004

Nuevamente, en diciembre de este año pasado, se celebró en Barcelona el XV Congreso de ENTOG con el auspicio y soporte de la SEGO así como del Ministerio de Sanidad y Consumo. El programa se basó en dos tópicos: La falta de especialistas de obstetricia y ginecología y sus causas, y el rol del género en el ejercicio profesional (feminización de la especialidad). Hubo más de 125 participantes, procedentes de 25 países europeos. La ceremonia inaugural fue presidida por el Presidente del Colegio Europeo de Obstetricia y Ginecología (EBCOG), el Presidente de la SEGO, y el Presidente de ENTOG. Cabe mencionar que la SEGO montó un stand informativo institucional en el que se brindaba la oportunidad de que los distintos miembros de las delegaciones de los países europeos conociesen nuestra Sociedad y, además, se les facilitó documentación de la candidatura de Sevilla como sede del próximo congreso mundial de FIGO 2012.

Así mismo, y coincidiendo con ese congreso el EBCOG hizo su Council meeting en el que, entre otras cosas, se eligieron los nuevos Officers, quedando constituido por: Presidente: William Dunlop (UK), Vicepresidente: Georges Creatasa (Grecia); Secretario General: Iury Wladimiroff (Netherland); Tesorero: Peter Hornnes (Denmark); Vocal: Chiara Benedetto (Italia) (Ver foto)



XV Congreso de la Sección de Obstetricia y Ginecológica Psicosomática de la SEGO, Zaragoza 28 y 29 de septiembre de 2006

Por el Dr. Faustino R Pérez-Lopez
Facultad de Medicina de Zaragoza

En la última reunión de la Sección de Obstetricia y Ginecológica Psicosomática de la S.E.G.O. recibimos el encargo de organizar el XV congreso en Zaragoza, cuya celebración tendrá lugar los días 28 y 29 de septiembre en el Hotel Silke Reino de Aragón. La secretaría técnica se ha encargado a Viajes El Corte Inglés (Srta. Raquel Pinto, teléfono 976 550 039, fax 976 562 133, email raquelpinto@viajeseci.es).

El último cuarto de siglo se ha caracterizado por la incorporación de numerosas técnicas y tratamientos para mejorar la salud de la mujer en aquello que le es específico y diferente del varón. Todos y cada uno de los avances científicos han creado reacciones ambivalentes entre los profesionales y las pacientes que afectan las relaciones mutuas. Las respuestas psicosomáticas ante tales circunstancias deben ser evaluadas y abordadas debidamente. Estamos preparando un programa atractivo para responder a algunas de las cuestiones más actuales. Hay una serie de temas prioritarios que serán motivo de análisis y debate (información actualizada en

<http://www.unizar.es/gine/psicosomatica.htm>).

- Reproducción, tecnología y repercusión psicosomática
- El dolor crónico en ginecología
- Humanización de la asistencia obstétrica
- Medicalización de la salud femenina
- Adherencias a los tratamientos contraceptivos
- Trastornos alimenticios y componentes psicosomáticos
- Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual
- Sexualidad y psicología de la mujer climatérica
- Agresiones y malos tratos a la mujer
- La paciente ginecológica "difícil"
- Pruebas complementarias y somatizaciones
- La paciente oncológica y la respuesta a los tratamientos
- Cancerofobia
- La vida cotidiana después del cáncer
- Menopausia: ¿Tratamiento hormonal o tratamientos alternativos?
- Calidad de vida: Límites y coste de los programas preventivos
- La perspectiva psicosomática en la formación de los especialistas de Obstetricia y Ginecología
- Inmigración y salud femenina
- Vínculos entre la ginecología y la psiquiatría en la práctica clínica
- Psicofármacos y salud ginecológica

Invitamos a los miembros de la SEGO y residentes a presentar sus aportaciones. Zaragoza mantiene sus atractivos tradicionales e incorpora nuevas posibilidades ante la próxima EXPO del 2008. Os esperamos.

Protección de datos

© **Jesus Diaz-Mauriño y Garrido-Lestache**

Economista y licenciado en derecho, PD de ESADE, habiendo desempeñado la dirección general en empresas multinacionales de tecnología de la información.

Es socio-director general del Grupo Albatros Data Protection, consultora especializada en la adecuación a la ley de protección de datos de carácter personal en el ámbito sanitario

[.jdiazm@albatros-dp.com](mailto:jdiazm@albatros-dp.com)

La protección de datos en las Clínicas II/Los principios de la protección de datos

En esta segunda entrega trataremos de los principios por los que se debe regir el tratamiento de los datos de carácter personal, que se encuentran recogidos en la Ley Orgánica de Protección de Datos, en sus artículos 4 a 12.

Dichos principios son:

- Calidad de los Datos
 - Finalidad
 - Exactitud
 - Cancelación
- Derecho de información en la recogida
- Consentimiento
- Datos especialmente protegidos
- Datos relativos a la salud
- Seguridad de los Datos
- Deber de secreto
- Comunicación cesión de los datos
- Acceso por cuenta de terceros

El tratamiento de los datos de carácter personal realizado por las Clínicas deberá adecuarse a estos principios, que pasamos a analizar cada uno en detalle:

Calidad de los datos

Los datos de carácter personal sólo se podrán recoger para su tratamiento cuando sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con el ámbito y las finalidades para las que se hayan obtenido.

Esto significa que los datos de carácter personal recabados a los pacientes por las Clínicas, únicamente serán necesarios para la prestación de los servicios sanitarios que resulten necesarios para la correcta atención al paciente y no podrán recabarse otros datos personales que no sean completamente necesarios para su atención.

Finalidad

Los datos de carácter personal recabados por parte de las Clínicas no podrán usarse para finalidades distintas para las que se hubieran obtenido, y únicamente podrán utilizarse para la prestación de los servicios solicitados por el paciente.

En este sentido queda **prohibida** la utilización de datos recabados de pacientes para fines **comerciales o publicitarios**, excepto en aquellos casos en que previamente se haya informado y recabado el consentimiento en este sentido.

Pensemos en el caso de una clínica que edita un boletín para informar de nuevos servicios ó apertura de un nuevo local-únicamente enviaremos el mismo a aquellas personas que nos han dado el consentimiento para utilizar su dirección con esta finalidad. Nuestra recomendación es mantener una separación total del fichero de pacientes- con la única finalidad de prestar la asistencia medica-del fichero de direcciones de envío ó mailing, con finalidad distinta como es la de recibir un boletín informativo.

No se considerará incompatible el tratamiento posterior de éstos con fines históricos, estadísticos o científicos. En todo caso, también podrán utilizarse dichos datos cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento de los Sistemas de Salud nacionales o autonómicos. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas.- por ej. Mediante la disociación – y además la historia clínica también se conservará a efectos judiciales.

Exactitud

Los datos de carácter personal deberán ser exactos y puestos al día de forma que respondan con veracidad a la situación actual del afectado (en nuestro caso el paciente).

En el supuesto de que los datos fueran inexactos, en todo o en parte, o incompletos, éstos deberán ser cancelados y/o sustituidos de oficio por los correspondientes datos rectificadas o completados. Dichos procesos se realizarán sin perjuicio de la necesidad de conservar datos históricos para la correcta prestación de los servicios sanitarios por parte de la clínica, así como de los derechos que la ley otorga a los ciudadanos – acceso, rectificación, cancelación y oposición, - y que serán objeto de estudio en la próxima entrega.

Cancelación y Borrado

Los datos de carácter personal serán cancelados cuando hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para la finalidad para la cual hubieran sido recabados o registrados. La cancelación de datos deberá realizarse con respeto a la legislación sanitaria vigente. En ningún caso podrán cancelarse datos que en virtud de la legislación sanitaria deban conservarse.

En este sentido, no procederá la cancelación de los datos de la historia clínica del paciente en virtud del deber de conservación establecido en la legislación sanitaria, así como tampoco a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente, como por razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento de los Sistemas Nacionales y/o Autonómicos de Salud.

En estos casos, la cancelación de los datos supondrá el bloqueo de los mismos, sin llegar a su borrado físico.

Información en la Recogida de los Datos

Las personas a las que se les solicita los datos personales deberán ser informadas de modo expreso, preciso e inequívoco:

- De la existencia del fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información.
- Del carácter obligatorio o facultativo de las respuestas a las preguntas formuladas.
- De las consecuencias de la obtención de datos o de la negativa a suministrarlos.
- De la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

- De la identidad y dirección del responsable del tratamiento.

Queda prohibida la recogida de los datos de carácter personal utilizando medios fraudulentos, desleales o ilícitos.

A efectos prácticos, se informará al paciente de dichos extremos en la ficha de alta al inicio de la relación con el paciente, e igualmente se le recabará el consentimiento en la misma.

También es muy aconsejable el tener avisos ó carteles de información al respecto en la recepción de la clínica.

Consentimiento

Con carácter general el tratamiento de los datos de carácter personal requiere el consentimiento inequívoco del afectado o interesado salvo que la Ley disponga otra cosa.

En relación con el tratamiento de los datos de salud de los pacientes que acudan a la clínica con fines asistenciales sanitarios, dicho tratamiento queda autorizado por lo dispuesto en la legislación estatal o autonómica sobre sanidad.

Asimismo, y con el fin de coordinar el interés del afectado o interesado a la confidencialidad de sus datos personales relativos a su salud y el interés del derecho a la salud regulado en la Constitución Española, tampoco será preciso solicitar el consentimiento de los afectados o interesados, para el tratamiento de los datos de carácter personal relativos a su salud, cuando el tratamiento sea necesario para salvaguardar el interés vital del afectado o de otra persona, en el caso de que el afectado esté física o jurídicamente incapacitado para dar su consentimiento. En cualquier caso, se recabará el consentimiento por escrito de su representante legal o tutor.

Para cualquier otro tipo de tratamiento a realizar con los datos personales de los pacientes o usuarios, distinto a los anteriores, se requerirá el consentimiento inequívoco de dichos pacientes o usuarios.

Cesión de datos

Sólo podrán comunicarse los datos de carácter personal a un tercero para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones legítimas del cedente y del cesionario con el previo consentimiento del interesado.

Pensemos en los casos de cesión de datos a laboratorios aseguradoras médicas.

Para el primer caso se comunicarán aquellos datos personales que sean completamente necesarios para la prestación de los servicios solicitados al laboratorio (normalmente, el nombre, apellidos, fecha de nacimiento y el tratamiento concreto a realizar) y en ningún caso se cederá o comunicará la historia clínica del paciente.

En el caso de las aseguradoras, se podrán comunicar los datos solamente cuando la clínica disponga de un contrato firmado con la empresa o compañía aseguradora en la que se incluya la obligación de facilitar los datos personales de los asegurados como obligación para la prestación de un servicio a un asegurado y en el que se garantice que la compañía aseguradora recaba el consentimiento de sus asegurados para que le sean cedidos los datos.

Asimismo la clínica deberá informar con carácter previo a la cesión, al paciente y recabar su consentimiento. Igualmente que en supuesto anterior, solo se comunicarán a las compañías aseguradoras aquellos datos estrictamente necesarios para dar cumplimiento a la finalidad propia de la cesión. En concreto, se cederán el nombre, apellidos y actos médicos realizados o prescritos.

Otro supuesto de comunicación de datos se puede dar a cesar una clínica en su actividad.

La clínica que cese de forma definitiva en su actividad profesional, puede ceder los ficheros de sus pacientes o usuarios a un profesional colegiado ejerciente. Tal cesión deberá ser comunicada por escrito previamente a los pacientes o usuarios, recabándose su consentimiento expreso para la cesión de sus datos personales.

Del mismo modo, y para los supuestos de fallecimiento y/o incapacitación legal de los titulares de las Clínicas, sus albaceas, sucesores o representantes legales encargados de custodiar los ficheros de sus pacientes o usuarios podrán optar entre cederlos a cualquier centro o profesional sanitario o al Colegio Oficial correspondiente, incluso conservarlos por un plazo mínimo de 5 años contados a partir de la fecha de alta de cada proceso asistencial según lo dispuesto por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, todo ello sin perjuicio de lo dispuesto por la normativa autonómica aplicable a cada territorio en dicha materia.

Seguridad y Confidencialidad

El responsable del fichero y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos están obligados a guardar secreto

profesional.

El responsable del fichero habrá de adoptar las medidas necesarias para garantizar la seguridad de los datos y evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.

Los Clínicas tienen la obligación de conservar la historia clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, y en todo caso se deberán respetar las condiciones de seguridad legalmente exigibles.

La seguridad de los datos personales así como de las historias clínicas será responsabilidad de la dirección de las clínicas. En el caso de clínicas individuales será responsable de los datos y de la historia clínica el titular de la misma.

Acceso por cuenta de terceros

No se considera cesión cuando el acceso a los datos por un tercero es necesario para la prestación de un servicio al responsable del fichero

Aquí se encuadran las prestaciones de servicios; se considera que se produce una prestación de servicios cuando la clínica recurre a una empresa externa o a un profesional médico externo, para que realice el tratamiento de los datos.

Dichas relaciones entre la clínica y los diferentes terceros se han de regular por medio de un contrato que incluya, de un modo específico, una cláusula relativa a la protección de datos personales. Dicha cláusula, ha de indicar de forma clara e inequívoca, la persona a la que se le facilita acceso a los datos (la empresa que presta un servicio), la finalidad de dicho acceso, la duración de los derechos de acceso a los datos y el proceder una vez finalizado ese derecho de acceso a los datos.

Para ello es muy recomendable establecer una "Cláusula de Confidencialidad" con todos los proveedores y facultativos externos de la clínica..

Como conclusión, todo paciente tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos personales referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización por escrito o amparada por la Ley.

El tratamiento de los datos de carácter personal realizado por las Clínicas deberá adecuarse a estos principios. Todo tratamiento se deberá realizar con respeto a la dignidad de la persona humana, a la autonomía de su voluntad y a su intimidad, en todo lo relacionado a la obtención, utilización, archivo, custodia y transmisión de la información y la documentación clínica en la que consten datos de carácter personal.

Derechos sexuales

INFORMACIÓN FIGO

Por la Dra. Silvia Iniesta

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

Información sobre derechos sexuales y reproductivos de la mujer

II Taller latinoamericano de derechos sexuales y reproductivos. Santo Domingo, 2005.

En Santo Domingo, República Dominicana, se realizó el II Taller Pre-Congreso sobre Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG (Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología), con participación conjunta del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos y de Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal de FIGO .

Consideraciones generales

Que las mujeres de la región tengan acceso a salud reproductiva y a los servicios que la protejan es un derecho amparado desde el año 1948, cuando la Organización de las Naciones Unidas formuló la "Declaración Universal de los Derechos Humanos", suscrita por la mayor parte de los gobiernos del mundo. Esta declaración es un instrumento que protege a las personas y defiende la dignidad del ser humano en su dimensión individual y social. El derecho de las personas a la salud, como un derecho humano, aparece en la carta constitutiva de la Organización Mundial de la Salud, del año 1946.

El derecho a la salud está relacionada con el desarrollo humano e impone al Estado la obligación de respetar, proteger y facilitar su

ejercicio, haciendo que las instituciones y programas de salud estén disponibles, accesibles, sean de calidad, adaptados culturalmente, y que procuren además actuar sobre otros determinantes como son la alimentación, vivienda y saneamiento.

En ese sentido es fundamental respetar la autodeterminación tanto de los hombres como de las mujeres, en lo que se refiere a todos sus derechos sexuales y reproductivos. Ello está consignado en diferentes instrumentos internacionales

- Primera Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos celebrada en Teherán, 1968
- Conferencia de Población de Bucarest, 1974
- Convención de la Mujer, México 1979
- Conferencia Internacional sobre Población, México 1984
- Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, Río de Janeiro 1992
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena 1993
- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo 1994
- Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing 1995
- Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (Tratado de Roma), 1998

Recomendaciones generales

Las Sociedades de Obstetricia y Ginecología deben adquirir el compromiso de contribuir a lograr que en cada uno de los países se reconozca la salud reproductiva como un derecho humano de la mujer y se elimine cualquier forma de discriminación, a través de:

1. Influir sobre los gobiernos para hagan efectivo el cumplimiento de las declaraciones y acuerdos internacionales.
2. Promover la importancia del ejercicio de los derechos humanos y específicamente de los derechos sexuales y reproductivos en decisores/as políticos, los médicos/as generales, ginecólogos/as, enfermeros/as, obstetras o matronas, otros/as profesionales y promotores/as relacionados con los cuidados de la salud reproductiva, los futuros/as trabajadores de salud y la opinión pública a través de:
 - a. Trabajo con Ministerios de Salud y Educación.
 - b. Participación en talleres, seminarios, conferencias, entrevistas con medios de comunicación.
3. Proponer reformas en las legislaciones nacionales que obliguen al cumplimiento de esos acuerdos.
4. Hacer alianzas con otros actores de la sociedad civil en calidad de convocante y/o convocado.
5. Promover y participar activamente en la difusión de los derechos sexuales y reproductivos y su inclusión en la agenda pública de los países.

Conclusiones y recomendaciones específicas para cada derecho

Se crearon cuatro grupos de trabajo para atender cada uno de los derechos: Derecho a una vida sexual satisfactoria, libre de violencia y de riesgo de embarazarse o adquirir enfermedades, Derecho a decidir sobre su propia fertilidad, Derecho a tener hijos sin correr riesgos injustificados de complicaciones y muerte, y Derecho a la interrupción del embarazo, en los casos permitidos por la legislación de cada país.

1. Derecho a una vida sexual satisfactoria libre de violencia y de riesgo de embarazarse o adquirir enfermedades.

Un primer grupo tuvo la tarea de proponer un PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER QUE SUFRE VIOLENCIA SEXUAL.

El grupo presentó las siguientes Conclusiones y recomendaciones, aprobadas por

consenso de todos los participantes en el Taller.

Conclusiones

La mujer que sufre violencia sexual tiene necesidades de:

- Apoyo emocional
- Prevención de embarazo
- Prevención de infecciones
- Tratamiento de trauma físico
- Protección social y legal
- Asistencia a más largo plazo

Se definió la atención que deberían recibir las mujeres en los servicios para atender cada una de estas necesidades lo que se resume

en las siguientes recomendaciones.

Recomendaciones sobre la atención a las mujeres que sufren violencia sexual

1. Los casos de violencia sexual se deben manejar como una urgencia médica. La atención debe ser de tipo integral, por un equipo multidisciplinario.
2. Adoptar un protocolo que identifique quien, como, cuando y dónde se debe prestar la atención a cada una de las necesidades identificadas arriba.
3. La atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes que sufren violencia sexual requiere la participación de otros sectores además del sector salud que debe coordinarse en forma de una red de atención, por lo menos al nivel municipal. Además de sector salud, por lo menos la justicia, policía y servicio de asistencia social deben formar parte de esta red.
4. Para facilitar la atención inmediata de estos casos, se recomienda que cada servicio que atiende emergencias, debe tener permanentemente un Kit con todos los medicamentos y materiales de consumo necesarios para la atención de estos casos.
5. Crear un premio para las federaciones o sociedades que hayan alcanzado la meta de promover la implementación de programas y servicios funcionales de asistencia integral a víctimas de violencia sexual.
6. Que el comité de derechos sexuales y reproductivos de cada Sociedad o federación nacional, en coordinación con su presidente/a, se involucre con los ministerios de salud. Secretarías y ONGs para la implementación funcional de los protocolos de abordaje integral de violencia sexual.

Recomendaciones a las Sociedades de Ginecología y Obstetricia y a los/las Ginecólogo-obstetras

1. Las Sociedades de Obstetricia y Ginecología deben colaborar con los gobiernos y organizaciones no gubernamentales para crear protocolos de atención a la mujer, niñas, niños y adolescentes que sufren violencia sexual.
2. Sensibilizar y capacitar a los miembros de las federaciones y sociedades de ginecología y obstetricia, especialmente a quienes están a cargo de servicios hospitalarios de emergencia.
3. Establecer alianzas con los/las asociados/as que están en cargos administrativos para que implementen en sus unidades, el servicio integral a víctimas de violencia sexual.
4. Establecer alianzas con las universidades y escuelas de medicina, para que se incluyan en el currículum de pregrado y postgrado, temas sobre violencia y género.
5. Difundir el marco ético aprobado por FIGO, entre los y las asociados/as.

Temas jurídicos

Por el profesor Fernando Izquierdo González

Comentarios a dos sentencias relacionadas con la Especialidad

1.ª Diagnóstico prenatal

Condena a la Administración a indemnizar a una paciente a la que se le había practicado una biopsia corial. La técnica de había desarrollado tras el preceptivo consentimiento informado. A la gestante se le comunicó que el resultado de la prueba era normal, tanto telefónicamente como por correo. Sin embargo no se le informó del hallazgo de una célula con un cromosoma de más. A este dato no se le dio importancia y fue desechado técnicamente. A pesar de que se habían dictado dos sentencias en instancias previas que absolvían a la Administración, en la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo se la ha condenado argumentando que “es equivocado calificar la información como una obligación accesoria y vincularla a la realización de la prueba médica para obtener el diagnóstico prenatal y no a la posterior del resultado diagnóstico”. es decir que había que haber informado también del resultado completo Continúa diciendo esta resolución que “el consentimiento informado constituye un presupuesto y elemento esencial de la *lex artis* y como tal forma parte de toda actuación asistencial, hallándose incluido dentro de la obligación de medios asumida por el médico”. El resultado de la prueba debe ser explicado en su totalidad para que la gestante decida una vez haya entendido su contenido.

2.ª Cesárea

Condena a la Administración a pagar más de cien millones de pesetas (601.012 €) por no haber hecho una cesárea que estaba indicada a una parturienta primípara de 40 años.

Es una sentencia que merece la pena comentarse, porque prácticamente se incluye como indicación absoluta de cesárea, la primípara de más de 40 años. Estamos de acuerdo en que la mayoría de nosotros la practicaríamos si la mujer llega a término sin ponerse de parto. Sin embargo podría haber algún caso en que el parto se iniciará espontáneamente y fuera transcurriendo con normalidad. Una vez más la judicatura, establece indicaciones que siempre van en el mismo sentido. No parece, acorde a esta sentencia, que haya que darle alguna oportunidad. Aún a nuestro pesar va a ser muy difícil que con este tipo de sentencias bajen las tasas de cesáreas, situación que ya expresáis en la encuesta de nuestra página WEB.

Bibliografía

ACTA OBSTETRICIA ET GINECOLOGICA SCANDINAVICA

Acta Obstet Gynecol Scand, Vol 84, Issue 10, págs 967-971. Octubre-2005.

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

INCIDENCIA DE INFECCIONES POSTCESÁREA 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 postcesárea 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 postcesárea en marcos de recursos limitados.

Acta Obstet Gynecol Scand, Vol 84, Issue 10, págs 945. Octubre-2005.

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

RESULTADOS GESTACIONALES ENTRE MUJERES 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, págs 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

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

SEVERE MESH COMPLICATIONS FOLLOWING INTRAVAGINAL SLINGPLASTY.

COMPLICACIONES SEVERAS DERIVADAS DE LA 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 con el uso de medias de compresión. Hasta un futuro, en el que los estudios sean más completos, la tromboprofilaxis postcesárea 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.

Ruchi Garg, Mariana L. Zahurak, Edward L. Trimble, Deborah K. Armstrong and Robert E. Bristow.

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

EMBARAZO.

Kaur R, Jain V, Khuller M, Gupta I and Sherawat BS.

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 GYNECO-LOGY 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.

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
MULTIFILAMENTO 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

estadiaje 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.

Gregg Van de Putte, A. Kathrine Lie, Werner Vach, Mark Baekelandt, Gunnar B. Kristensen.

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 e un modelo más simple.

Conclusión: Se deben validar los criterios del GOG en esta población independiente. Un modelo basado en 2 de los 3 factores puede ser considerado como válido.

RECONSTRUCTIVE SURGERY FOLLOWING RESECTION OF PRIMARY VULVAR CANCERS.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA TRAS LA RESECCIÓN DE CÁNCER PRIMARIO DE VULVA.

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

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, 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; pg. 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

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

FOUR-DIMENSIONAL ULTRASOUND GUIDANCE OF PRENATAL INVASIVE PROCEDURES.

ECOGRAFÍA EN 4DIMENSIONES COMO GUIA 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 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.

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; pg. 2879-Oct 2005.

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

UN ENSAYO RANDOMIZADO CONTROLADO QUE EVALÚA EL PRE-TRATAMIENTO Y LA CO-ADMINISTRACIÓN DE METFORMINA EN MUJERES CON SÍNDROME DE OVARIO DE POLIQUÍSTICO INSULINO-RESISTENTES 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 de poliquístico (PCOS). El objetivo del estudio presente era evaluar el efecto del pre-tratamiento y la co-administración de metformina en mujeres de PCOS infértiles tratadas con estímulo ovárico controlado (COS) seguido por coito programado (CP) o inseminación intrauterina (IUI).

Conclusión: En mujeres insulina-resistentes con PCOS, el pre-tratamiento y la co-administración de metformina con hpFSH aumenta los ciclos del mono-ovulatorios.

Human Reproduction Vol.20, Iss. 10; pg. 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 era desarrollar recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de endometriosis y sus síntomas asociados. Un grupo de trabajo comprendía 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 dió al Grupo de Interés Especial para Endometriosis y Endometrio la oportunidad de hacer un comentario sobre la pauta del proyecto, que estuvo disponible para dicho comentario en el website de ESHRE durante 3 meses. El

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 nucleares, que se diagnosticaron accidentalmente en un estudio ecográfico a las que 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 multiquístico o una linfectasia congénita. Los padres decidieron finalizar la gestación. Los estudios postmortem mostraron que la masa era un hemangiolinfangioma hamartomatoso.

ROBSTETRICS 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 antiretrovirales más comúnmente utilizados para evitar la transmisión 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 transplacentario 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. Los pacientes que deciden tomar Zidovudina en el primer trimestre de embarazo, deben de estar bien aconsejados a cerca de sus efectos sobre el feto.

NIVEL DE EVIDENCIA: II

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

GENITAL HERPES COMPLICATING PREGNANCY.

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

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 a <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 6 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 del endometriosis reduce 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 función ovárica para mejorar fertilidad no es eficaz, pero la ablación de lesiones endometriosis 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/o otros tratamientos han fallado, pero las tasas de embarazo con FIV son más bajas en mujeres con endometriosis que en aquéllos con esterilidad de origen tubarico. 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.

Human Reproduction Vol.20, Iss. 10; pg. 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 25% de embarazos que siguen la transferencia de dos embriones. La transferencia de solo un embrión puede minimizar los embarazos gemelares pero también podría bajar las tasas de nacimientos vivos. Nuestro objetivo era 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; pg. 2893-Oct 2005.

REVISITING THE OVARIAN VOLUME AS A DIAGNOSTIC CRITERION FOR POLYCYSTIC

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.

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 cm³ 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, en base a los datos presentes, nosotros proponemos bajar su umbral a 7 cm³. 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 ECOGRAFIA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, ORGANIZADO POR LA SESEGO

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

Contacto:

Para más información, contacto: Srta. Charo
Secretaría SEGO
Tel.: 91 350 98 16

Enero

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

Fecha: 19 y 20 enero 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

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA (NIVEL I DE LA SEGO) Y DIAGNÓSTICO PRENATAL CURSO DE DOCTORADO

Directores: M.^a A. Pascual, M. Torrents.

Fechas: 23 a 26 de enero de 2006

Lugar: Auditorio del Institut Universitari Dexeus
Fundació Santiago Dexeus Font

Matrícula: Los alumnos de doctorado deben inscribirse en

XUMADOL 1g
Granulado efervescente Paracetamol
40 sobres

Organon

Lilly

Respuestas que importan.

Secretaría de la U.A.B.

Contacto:

Sra. Isabel Rodríguez
Secretaría de Cursos de Formación
C. Dalmases, 50. 08017 Barcelona
Tel.: 34 932 27 47 09
Fax: 34 934 17 02 98
cursos@dexeus.com



Febrero

I CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA DE INCONTINENCIA URINARIA Y SUELO PÉLVICO

Fecha: 16 y 17 de febrero 2006

Lugar: Auditorio y Quirófanos del Bloque Quirúrgico Hospital Clínico San Carlos. Servicios de Urología y Ginecología

Contacto:

Secretaría Técnica
Viajes El Corte Inglés 91 204 26 00
División de Congresos, Convenciones e Incentivos.
C/ Princesa, 47 - 5.ª planta. 28008 Madrid
dccimad8@viajeseci.es

I WORKSHOP PRACTICO DE LAPAROSCOPIA EN CADAVERES

Fecha: 24 y 25 febrero 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

III CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA "CLIMATERIO Y MENOPAUSIA"

Fecha: 3 de marzo de 2006

Lugar: Hotel Ercilla de Bilbao

Contacto:

Secretaría Técnica: Meet & Forum
Dirección: C/ Laurel, 10. Bajo A.
28005 - Madrid
Tel.: +34 91 517 87 88
Fax: +34 91 517 87 89
secretaria.tecnica@meetandforum.com

XXIV CURSO SOBRE COLPOSCOPIA Y PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR CURSO DE DOCTORADO

Directores: S. Dexeus, M. Cararach

Fecha: 6, 7 y 8 de marzo de 2006

Lugar: Auditorio del Institut Universitari Dexeus Fundació Santiago Dexeus Font

Matrícula: Los alumnos de doctorado deben inscribirse en Secretaría de la U.A.B.

Contacto:

Sra. Isabel Rodríguez
Secretaría de Cursos de Formación
C/ Dalmases, 50. 08017 - Barcelona
Tel.: 34 932 27 47 09
Fax: 34 934 17 02 98
cursos@dexeus.com

HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y QUIRÚRGICA CURSO TEÓRICO

Directores: R. Labastida, A. Úbeda

Fecha: 9 de marzo de 2006

Lugar: Auditorio del Institut Universitari Dexeus Fundació Santiago Dexeus Font

Contacto:

Sra. Isabel Rodríguez
Secretaría de Cursos de Formación
C/ Dalmases, 50. 08017 - Barcelona
Tel.: 34 932 27 47 09
Fax: 34 934 17 02 98
cursos@dexeus.com

XX SIMPOSIUM ANUAL (2006) SOBRE

III CONGRESO NACIONAL SOBRE DISFUNCIONES

DOPPLER EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

ACTUALIZACION EN ECOGRAFIA OBSTETRICO- 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
Tlf.: 91 557 45 19
Fax: 91 504 18 78

jbajo.hscr@salud.madrid.org

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, Cadiz
Tel.: 956 80 85 78
Fax: 956 22 5 3 05

CURSO DE DOCTORADO

Directores: M.^a A. Pascual,
M. Torrents.

Fecha: 27, 28 y 29 de marzo de
2006

Lugar: Auditorio del Institut
Universitari Dexeus
Fundació Santiago Dexeus Font

Matrícula: Los alumnos de
doctorado deben inscribirse en
Secretaría de la U.A.B.

Contacto:

Sra. Isabel Rodríguez
Secretaría de Cursos de Formación
C. Dalmasas, 50. 08017 -

Barcelona

Tel.: 34 932 27 47 09

Fax: 34 934 17 02 98

cursos@dexeus.com

1º CURSO DE LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA BÁSICA

Curso Auspiciado por la
Sección de Endoscopia de la
S.A.G.O. y la S.E.G.O. y que
constará de dos fases, una
EXPERIMENTAL y otra
PRÁCTICA. Ambas fases serán
independientes y
complementarias, no siendo
excluyentes ninguna de ellas.



- La primera a celebrar el próximo mes de Marzo, en Málaga, con prácticas en animales y pelvitrainer. Tendrá una duración de 3 días.
- La segunda fase, a celebrar en Mayo, con la colaboración de varios Hospitales de Málaga, Marbella y Campo de Gibraltar, será eminentemente práctica, con participación en Quirófano y clases teóricas por las tardes, donde el alumno recibirá una formación completa y participará en intervenciones. Tendrá una duración de una semana.

El Curso está avalado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y la SEAFORMEC, para el que se han solicitado los créditos oportunos.

El número de alumnos por curso será de 8-10 y los interesados pueden hacer la reserva de plazas de dos formas:

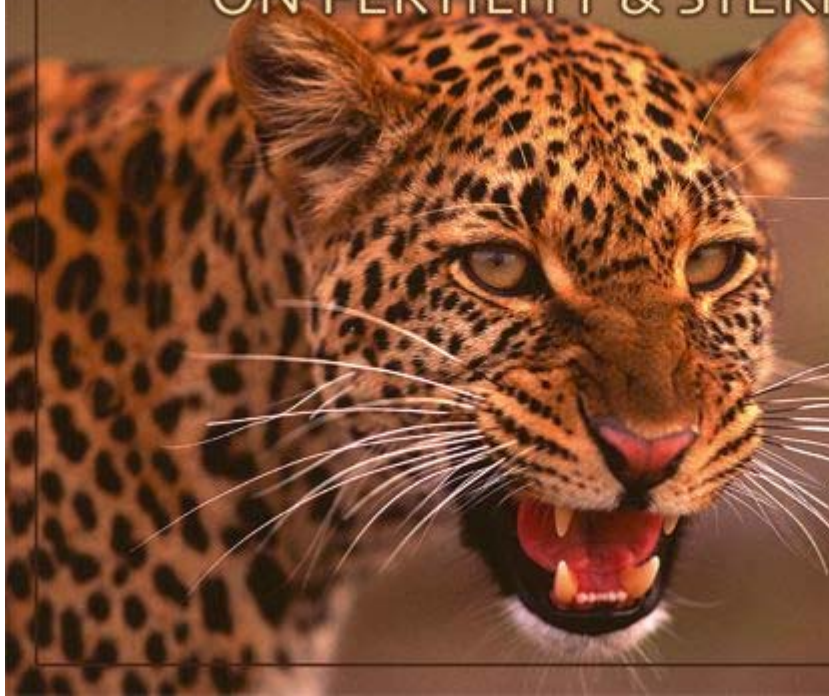
Contacto:

Tel.: 956 026 617 a la atención de la Sta. M^ª Carmen Barea.

pjsanchez@sagoweb.com, a la atención del doctor Pedro J. Sánchez.

El Programa del Curso y las fechas de celebración definitivas se publicarán a través de la S.A.G.O. y S.E.G.O. y se les comunicará directamente a los inscritos.

IFFS 19th WORLD CONGRESS ON FERTILITY & STERILITY



IFFS 2007
29 April - 3 May
Durban
South Africa
www.iffs2007.org.za



Mediterranean Association
for Ultrasound in Obstetrics and Gynecology

3rd 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), 3 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

CLINICA PRIVADA DE MADRID

Precisa ginecóloga para trabajo estable.

Interesados llamar al Tel.: 605 856 016

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS

Precisa de ginecólogos/as para contrato médico de guardia

Contacto: Jefe de Servicio

Tel.: 91 330 35 26/23

GABINETE MEDICO 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 Vinaros. 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: ateijelod@sego.es

Venta de equipos

VENDO DOS ECOGRAFOS

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 - 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 1 año. Cuatro sondas multifrecuencia: Convex, vaginal, mama y 3D. Doppler color. Programas de 3D, obstetricia, cardio fetal, etc. Almacenamiento de 1000 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

ECOGRAFO GENERAL-ELECTRIC

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

Doppler color. 3 años. perfecto estado, 20.000

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.

Así mismo, 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