

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN PROGRESIVA DE LOS PROFESIONALES EN FORMACIÓN DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA



Fecha de Actualización: Junio 2020

Fecha de Actualización: 2 de Octubre 2020

Válido Hasta: Junio 2023

Dra. Masero Casasola, Ana
Dr. Olloqui Escalona, Alejandro
Dr. Herraiz García, Ignacio
Dra. Mejía Jiménez, Inmaculada
Dr. Lopez González, Gregorio
Dr. Galindo Izquierdo, Alberto

TABLA DE CONTENIDOS

OBJETIVO DEL DOCUMENTO:	3
MARCO NORMATIVO:	3
NIVELES DE RESPONSABILIDAD:	5
NIVELES DE SUPERVISIÓN DE ROTACIONES DURANTE LA RESIDENCIA:	6
NIVELES DE SUPERVISIÓN EN LAS DISTINTAS ÁREAS DE ROTACIÓN:	11
PARITORIO:.....	11
PLANTAS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA:	12
CONSULTAS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.	13
GUARDIAS:.....	17
URGENCIAS:.....	19
QUIRÓFANO DE GINECOLOGÍA.	20
SITUACIONES ESPECIALES.....	21

OBJETIVO DEL DOCUMENTO:

El presente protocolo de supervisión del residente del servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital 12 de Octubre tiene como objetivo establecer las bases que permitan graduar el nivel de supervisión requerido para las actividades asistenciales que desarrollen los residentes en su práctica laboral diaria.

Se entiende que a lo largo del periodo de residencia se adquiere una competencia profesional progresiva que implica un nivel de responsabilidad creciente y una necesidad de supervisión decreciente, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

Este documento recoge las recomendaciones establecidas por la legislación específica, la Comunidad de Madrid, la Comisión de Docencia, el Jefe de Servicio, el jefe de Tutores y los cuatro tutores de Obstetricia y Ginecología para dicha supervisión. Este protocolo debe ser conocido por todos los profesionales implicados en la asistencia de pacientes en cualquier área del hospital en los que los residentes estén presentes. Los tutores de Obstetricia y Ginecología harán llegar este documento a sus residentes y a todos los profesionales involucrados en su formación.

El presente documento es aplicable a todos los residentes que estén desarrollando su programa de formación sanitaria especializada en Obstetricia y Ginecología en nuestro Hospital. Afectará tanto a aquellos residentes que hayan obtenido una plaza en nuestro Hospital como a aquéllos que habiendo obtenido plaza en una Unidad Docente no dependiente de nuestro Hospital se encuentren realizando su actividad profesional, debidamente autorizada, en nuestras Unidades Docentes. Asimismo, el documento se refiere a las actividades asistenciales que los residentes pertenecientes a nuestro Hospital realicen en Centros o Unidades Docentes externas.

MARCO NORMATIVO:

Este protocolo de actuación se ha redactado en cumplimiento del Real Decreto 183/2008 que regula los aspectos del sistema de formación sanitaria. En su artículo 1 dice que “obligará, simultáneamente, a recibir una formación y a prestar un trabajo que permitan al especialista en formación adquirir, en unidades docentes acreditadas, las competencias profesionales propias de la especialidad que esté cursando, mediante una práctica profesional programada y supervisada destinada a alcanzar de forma progresiva, según avance en su proceso formativo, los conocimientos, habilidades, actitudes y la responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo y eficiente de la especialidad”.

En el capítulo V de este Real Decreto se desarrollan específicamente estos dos aspectos. En el artículo 14 sobre el deber general de supervisión, se establece que: toda la estructura del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada en las enseñanzas de grado, especializada y continuada de los profesionales; el deber general de supervisión por parte de los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes y la obligación de informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes; y la necesidad de coordinación entre los responsables de los equipos asistenciales y los tutores para el cumplimiento de los itinerarios formativos de cada residente, su integración en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras y el cumplimiento del régimen de jornada y descansos reglamentarios.

En el artículo 15 sobre la responsabilidad progresiva del residente se especifica en su punto 1 que el sistema formativo debe implicar la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista. En su punto 2 se indica que los residentes han de someterse a las indicaciones de los especialistas que les supervisan. En su punto 3 obliga a que los residentes de primer año tengan una supervisión de presencia física por parte de los profesionales responsables de los diferentes dispositivos del centro o unidades, que deberán visar por escrito las altas, bajas y documentos en los que intervengan estos residentes. En su punto 4, a partir del segundo año habrá una progresiva supervisión decreciente, en el que los tutores podrán impartir instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad en cada unidad o centro, pudiendo siempre el residente recurrir y consultar a los profesionales presentes cuando lo considere necesario. Por último, en su punto 5, obliga a que las comisiones de docencia elaboren protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés. Se elevará la dirección del centro para que el jefe de estudios de formación especializada consensue con ellos su aplicación y revisión periódica.

Este texto también ha sido redactado en base a las disposiciones redactadas en la Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud. En su artículo 6.3 se recuerda que ‘Según lo previsto en el artículo 15 Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, la supervisión de residentes de primer año será de presencia física, por lo que los centros sanitarios deberán garantizar la existencia de condiciones organizativas que garanticen la supervisión/visado de las actuaciones del R1 por los especialistas de la unidad asistencial’.

Se reitera en su artículo 6.4 que ‘A partir del segundo año de formación, los residentes tendrán acceso directo al paciente de forma progresiva y según las indicaciones de su tutor de las que se informará a los especialistas de la unidad asistencial’.

Por último, también se recuerda la necesidad de la elaboración de protocolos de supervisión por los diferentes servicios: ‘A este respecto en los protocolos de supervisión de los servicios y/o unidades asistenciales acreditados para la formación, se incluirán pautas de actuación respecto al personal en formación sin perjuicio de que cuando se dude sobre la competencia del residente para que lleve a cabo una actuación concreta, prime el «principio de precaución»’.

NIVELES DE RESPONSABILIDAD:

De acuerdo con la legislación publicada, que ha sido revisada en el apartado anterior, la supervisión de los residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada.

Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo.

En todo caso, el residente, tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios, y podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

Niveles de responsabilidad del residente:

Nivel 1: nivel de mayor responsabilidad. Actividades realizadas directamente por el residente sin necesidad de autorización directa. El residente ejecuta y posteriormente, informa.

Nivel 2: nivel de responsabilidad intermedio. Actividades realizadas directamente por el residente, bajo la supervisión directa del tutor o facultativo especialista responsable.

Nivel 3: nivel de menor responsabilidad. Actividades realizadas por el facultativo. Son observadas y/o asistidas durante su ejecución por el residente, que no tiene responsabilidad y actúa exclusivamente como observador o asistente.

El paso de un nivel a otro con responsabilidad mayor, tendrá carácter progresivo y no dependerá en exclusiva del año de residencia. Se valorará de forma conjunta con las habilidades adquiridas y demostradas, y se hará de manera individual.

NIVELES DE SUPERVISIÓN DE ROTACIONES DURANTE LA RESIDENCIA:

En el caso concreto de los residentes de Obstetricia y Ginecología, los niveles de responsabilidad en cada año de residencia y en cada rotación serían:

RESIDENTES DE PRIMER AÑO (R1)		
ROTACIÓN (tiempo de rotación)	de ACTIVIDADES	NIVEL DE SUPERVISIÓN
Urgencias (7 semanas)	- Manejo de la paciente obstétrica	Nivel 2-3
	- Manejo de la paciente ginecológica	Nivel 2-3
	- Ecografía básica	Nivel 3
Paritorio (7 semanas)	- Asistencia al parto eutócico	Nivel 2-3
	- Interpretación de registros cardiotocográficos	Nivel 2-3
	- Microtomas/monitorización interna	Nivel 2-3
	- Valoración y administración de métodos de inducción	Nivel 3
	- Cesáreas (ayudantía)	Nivel 2-3
Quirófano (7 semanas)	- Legrados	Nivel 2-3
	- Cirugía menor ambulatoria	Nivel 2-3
	- Ayudantía en cirugía mayor	Nivel 3

	- Movilización en laparoscopia	Nivel 2-3
Consulta obstetricia bajo/alto riesgo (7 semanas)	- Manejo de protocolo de control de embarazo de bajo riesgo - Conocimiento de la patología obstétrica más frecuente del embarazo	Nivel 2-3 Nivel 3
Puerperio (4 semanas)	- Manejo de puerperio normal - Conocimiento de la patología del puerperio más frecuente - Apoyo a la lactancia materna	Nivel 2-3 Nivel 3 Nivel 2-3
Ecografía hospital/CEP (3 semanas)	- Manejo de la ecografía ginecológica - Iniciación en la ecografía obstétrica	Nivel 3 Nivel 3
RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO (R2)		
ROTACIÓN (tiempo de rotación)	ACTIVIDADES	NIVEL DE SUPERVISIÓN
Medicina fetal (7 semanas)	- Ecografía obstétrica de bajo riesgo - Ecografía ginecológica no compleja - Ecografía ginecológica compleja	Nivel 3 Nivel 2 Nivel 3
Paritorio (7 semanas)	- Asistencia al parto distócico - Asistencia al parto eutócico - Cesáreas	Nivel 3 Nivel 2 Nivel 2
Quirófano (7 semanas)	- Patología Mamaria benigna - Patología Mamaria maligna	Nivel 2 Nivel 3

	- Ginecología General	Nivel 3
Consultas de ginecología orgánica (5 semanas)	- Endometriosis - Patología ginecológica benigna - Dolor Pélvico Crónico - Patología Ginecológica en la adolescencia	Nivel 2 Nivel 2 Nivel 2 Nivel 2
Embarazo patológico/ puerperio (4 semanas)	- Asistencia a la gestante con patología obstétrica o médico-quirúrgica. - Asistencia al puerperio normal y patológico.	Nivel 3 Nivel 1
Consulta suelo pélvico (2 semanas)	- Valoración diagnóstica y terapéutica de la patología de suelo pélvico	Nivel 3
Centro orientación familiar (COF) (2 semanas)	- Asistencia, valoración y seguimiento de la anticoncepción femenina. - Aprendizaje en la inserción de dispositivo intrauterino - Aprendizaje en la inserción de implante hormonal subcutáneo	Nivel 2 Nivel 2 Nivel 3
RESIDENTES DE TERCER AÑO (R3)		
ROTACIÓN (tiempo de rotación)	ACTIVIDADES	NIVEL DE SUPERVISIÓN
Consulta de Histeroscopia	- Orientación diagnóstica de la patología intrauterina - Orientación terapéutica de la hemorragia	Nivel 2

(7 semanas)	uterina en las distintas etapas del desarrollo - Realización de histeroscopia diagnóstica ambulatoria	Nivel 2 Nivel 2
Quirófano (7 semanas)	- Patología Mamaria Maligna - Ginecología General - Endoscopia ginecológica - Suelo pélvico	Nivel 2 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 2
Planta de hospitalización ginecológica (7 semanas)	-Seguimiento del postoperatorio de la paciente ginecológica	Nivel 2
Consulta de ginecología oncológica (7 semanas)	- Valoración diagnóstica y planteamiento terapéutico de la paciente con patología tumoral maligna ginecológica - Seguimiento de la paciente oncológica	Nivel 2 Nivel 2
Consulta de reproducción (5 semanas)	- Estudio de la pareja estéril - Conocimiento de las diferentes técnicas de reproducción asistida - Protocolos de estimulación ovárica - Realización de transferencias embrionarias y punciones ováricas	Nivel 2 Nivel 2 Nivel 2 Nivel 2
Consulta suelo pélvico	- Valoración diagnóstica y terapéutica de su patología (incontinencia urinaria, prolapso de	Nivel 2

(2 semanas)	órganos pélvicos)	
RESIDENTES DE CUARTO AÑO (R4)		
ROTACIÓN (tiempo de rotación)	ACTIVIDADES	NIVEL DE SUPERVISIÓN
Quirófano (5 semanas)	- Patología Mamaria Maligna - Ginecología Oncológica - Endoscopia Ginecológica - Ginecología General - Suelo Pélvico	Nivel 2 Nivel 2 Nivel 2 Nivel 2 Nivel 2
Consulta de patología cervical (3 semanas)	- Diagnóstico y seguimiento de la patología del cérvix uterino. Aprendizaje de la colposcopia - Tratamientos de la patología genital inferior (conización, termocoagulación)	Nivel 2 Nivel 2
Consulta de patología mamaria (5 semanas)	- Conocimiento y manejo de, principalmente, la patología maligna, y en menor grado, de la benigna	Nivel 1-2
Consulta de obstetricia alto riesgo (4 semanas)	- Manejo de las gestaciones de riesgo - Control y seguimiento de las pacientes durante el periodo de dilatación /expulsivo, atendiendo los casos distócicos (tocurgia /cesáreas)	Nivel 1-2 Nivel 1-2
Unidad de Medicina Fetal	- Ecografía del I, II y III trimestre - Conocimiento y manejo de la patología	Nivel 1-2 Nivel 1-2

(5 semanas)	placentaria - Conocimiento y manejo de la patología fetal	Nivel 2
Rotación externa (5 semanas)	- El contenido de esta rotación depende de las inquietudes y deseos de ampliación de formación de cada residente.	Nivel 2-3

NIVELES DE SUPERVISIÓN EN LAS DISTINTAS ÁREAS DE ROTACIÓN:

PARITORIO:

La rotación de paritorio se realiza de R1, R2 y R4. Se trata de una rotación con gran componente práctico y en la que se van asumiendo responsabilidades cada vez mayores según va aumentando el año de residencia.

El residente trabaja junto a un grupo de Adjuntos (habitualmente entre 3-4) que conforman el staff de paritorio. Los adjuntos de referencia son la Dra. Forcén y la Dra. Barbero, cuya actividad asistencial se desarrolla mayoritariamente en esta localización.

En la **rotación de R1 de paritorio**, el residente entra en contacto con el manejo del mismo, siempre bajo la supervisión de su residente mayor del paritorio (R2) y de los adjuntos que conforman el staff. Su nivel de supervisión en esta rotación mayoritariamente es 3, aunque en algunas actividades como la interpretación de RCTG, la asistencia al parto eutócico, la realización de microtomías fetales el nivel de supervisión oscila entre 2-3.

En este año, el residente atiende partos eutócicos, realiza phmetrías de calota fetal, realiza cesáreas de baja dificultad (fundamentalmente primeras cesáreas con bebé en presentación podálica, o primeras cesáreas por fracaso de inducción) como ayudante o como cirujano principal. También atiende los partos de fetos fallecidos intraútero, y atiende los procesos de interrupción voluntaria del embarazo por patología fetal o materna. Se encarga de administración de medicación de las pacientes ingresadas para la inducción del parto y de indicar las pautas de preparación para las pacientes a las que se les va a realizar una intervención en quirófano (versión cefálica externa, cerclaje, legrado o cesárea). El R1 participa en el manejo de las pacientes que se encuentran ingresadas en Expectantes, y junto con el R2, se encargan de dirigir el repaso diario de estas pacientes con una reunión multidisciplinar (matronas y ginecólogos) para un adecuado manejo.

En la **rotación de R2**, se asume el rol de organizar y gestionar la actividad asistencial, siempre bajo la supervisión del grupo de adjuntos que conforman el staff de paritorio. El nivel de supervisión predominante a lo largo de esta rotación es el nivel 2. El residente realiza la mayoría de actividades bajo la supervisión de uno o varios adjuntos.

El R2 realiza las cesáreas complicadas (cesáreas anteriores, por desproporción, urgentes, con feto en situación transversa, iterativas...), como ayudante o como cirujano principal, bajo supervisión y ayuda de los adjuntos del paritorio. Asimismo realiza los partos instrumentales (fórceps de Kjielland, espátulas de Thierry, ventosa tipo kiwi), los cerclajes sencillos, y versión cefálica externa. El adjunto/s son los que supervisan la realización de estas habilidades, y los que sientan la indicación de las distintas técnicas o procedimientos.

El R2 lidera el pase de visita diario de pacientes ingresadas en expectantes, y es el que se encarga de sugerir el manejo y tratamientos de cada una de ellas.

En la **rotación de R4**, el residente asume un rol de organización, gestión y control del paritorio. Los niveles de supervisión oscilan entre el 1-2.

El residente 4, realiza cesáreas complejas como cirujano principal o ayudante, participa en cirugías complejas como los acretismos placentarios como ayudante, y está implicado directamente en la indicación junto a los adjuntos responsables, de los partos instrumentales y cesáreas que se realicen.

Puede asumir un rol de liderazgo en la resolución de distintas emergencias obstétricas (hemorragia puerperal, eclampsia, distocia de hombros), siempre avisando a un adjunto responsable para que supervise el escenario clínico.

PLANTAS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA:

Existen 3 plantas en las que el residente puede realizar rotaciones: planta de ginecología, planta de embarazo patológico y planta de puerperio. Durante las rotaciones por las plantas, el residente desarrolla sus habilidades de comunicación, ya sea utilizándolas con la paciente, familiares o compañeros de otras especialidades.

+ Planta de Puerperio: La rotación por esta planta se realiza en el año de R1. Los niveles de supervisión predominantes son el 3-2.

Durante esta rotación, el residente aprende el manejo del puerperio normal y complicado, tras un parto eutócico, instrumental o cesárea. Se trata de una rotación en la que no se practican muchas habilidades prácticas, pero si implica un trato con la paciente continuo y cercano. El residente realiza el pase de visita, pauta medicación y realiza exploración física de las pacientes ingresadas, siempre bajo la supervisión del adjunto responsable de presencia física. No existe una persona asignada diariamente a las plantas de puerperio, por lo que si un residente presenta dudas las resolverá con el adjunto de presencia física directamente.

+ Planta de Embarazo Patológico: La rotación por esta planta se realiza durante el año de R2. Los niveles de supervisión predominantes son el 2-3.

Durante esta rotación, el residente evalúa y trata a gestantes con un embarazo patológico que precisan ingreso hospitalario (rotura prematura de membranas

pretérmino, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino, metrorragias de los distintos trimestres, postoperatorios, pielonefritis, fiebre de origen desconocido, listeriosis...).

El trabajo se desarrolla junto a un adjunto responsable de presencia física. El adjunto responsable al que pueden dirigirse los residentes si existe alguna duda o incidencia es el Dr. García Burguillo.

+ Planta de Ginecología: La rotación por esta planta se realiza durante el año de R3. Los niveles de supervisión predominantes son el 2-3.

Durante esta rotación, el residente valora pacientes cuyo motivo de ingreso es de índole ginecológica. Así, se realiza la anamnesis, exploración, petición de pruebas complementarias y manejo global (medicación y medidas no farmacológicas).

El motivo de ingreso de la mayoría de las pacientes suele ser el postoperatorio de distintas cirugías ginecológicas (cirugía de suelo pélvico, mama, oncología ginecológica o ginecología orgánica). También se manejan ingresos de pacientes con enfermedad inflamatoria pélvica, gestación ectópica, sangrado ginecológico abundante, procesos oncológicos ginecológicos... y se maneja el puerperio de interrupciones voluntarias del embarazo y muerte fetal ante o intra parto.

Existe un adjunto de presencia física para supervisión del residente todos los días. En caso de duda o incidencia, los residentes podrán acudir al Dr. Muñoz González o a la Dra. García Vega.

CONSULTAS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.

Las rotaciones de las consultas de ginecología se realizan durante toda la residencia de Obstetricia y Ginecología, siendo la distribución según el año de residencia de la siguiente manera.

R1	C. Obstetricia: Gestación bajo riesgo y consulta de alto riesgo. Ecografía obstétrica y ginecológica (CEP).
R2	C. Ginecología orgánica. C. Suelo Pélvico. C. Planificación familiar (CEP). Ecografía obstétrica y ginecológica (consultas externas).
R3	C. Oncología ginecológica. C. Suelo Pélvico. C. Esterilidad y reproducción. FIV. C. Histeroscopia.
R4	C. Patología mamaria benigna y maligna. Unidad Medicina Fetal. C. Obstetricia: Gestación alto riesgo. C. Patología cervical.

De modo general, los residentes se encuentran supervisados en todo momento durante sus rotaciones en las consultas, siendo el nivel de participación y supervisión distinto según la consulta y el año de residencia. La mayor parte de las consultas se encuentran situadas en el Edificio de Actividades Ambulatorias, en la planta 3, bloque A. Únicamente, las consultas de mama (bloque B) y las consultas de la Unidad de Medicina Fetal (Maternidad) se encuentran en otras localizaciones.

En las primeras semanas de cada rotación el residente comienza con un nivel de supervisión 3, en un papel de observador con mínima participación, pero pasando progresiva y rápidamente a un nivel 2, en las que el residente va aumentando su conocimiento específico de la consulta monográfica correspondiente, pero siempre bajo supervisión directa y presencial del adjunto encargado de la consulta. En el caso de algunas rotaciones determinadas durante el año final de residencia, el nivel de responsabilidad podrá ser 1.

Cada consulta monográfica del Servicio de Obstetricia y Ginecología tiene sus particularidades y el aprendizaje y desarrollo del residente durante la rotación se adapta a estas circunstancias.

Así, durante las consultas de obstetricia, el residente de primer año se familiariza con el protocolo de atención a la gestante de bajo riesgo, conociendo el protocolo de realización de pruebas diagnósticas ecográficas y analíticas en determinados momentos de la gestación, así como los tratamientos habituales en estas pacientes, con un nivel de supervisión 3/2. En las consultas de alto riesgo, se estudia el manejo de las pacientes con patología previa de cualquier tipo, así como de la patología propia de la gestación (preeclampsia, diabetes gestacional...). Por la complejidad de esta consulta el nivel de supervisión siempre es 3.

El primer año de residencia incluye la asistencia a la consulta de ecografía en el Centro de Especialidades (CEP Carabanchel), bajo la tutela del Dr. Puente Águeda (nivel 3). En ella, el residente se inicia en el conocimiento de la ecografía obstétrica a nivel básico, conociendo la anatomía y estudio hemodinámico del feto en gestaciones no complicadas. Además, el residente realiza un aprendizaje reglado de la ecografía ginecológica, desde el punto de vista morfológico y funcional, que complementa los conocimientos básicos que ha adquirido durante su estancia en las urgencias ginecológicas, como herramienta fundamental hoy en día en la atención de cualquier consulta ginecológica.

En el segundo año de residencia, las consultas se refieren básicamente al ámbito ginecológico y el aprendizaje es en gran medida teórico con aplicación práctica en la patología de cada paciente. Durante este año, el residente comienza a desarrollar sus habilidades en la relación médico paciente, siendo el nivel de responsabilidad 3 o 2 según cada consulta.

La consulta de Ginecología Orgánica (C-3), es monográfica según el día de la semana. Incluye la consulta de endometriosis en la que el residente conoce el manejo de las pacientes con esta enfermedad, incluyendo la anamnesis específica ante la sospecha de

esta patología, el diagnóstico y tratamiento médico y las indicaciones quirúrgicas de cada caso. De este modo, el residente se familiariza con los tratamientos analgésicos y hormonales en estas pacientes. El nivel de supervisión puede llegar a ser 2.

La consulta de Dolor Pélvico Crónico, en parte relacionada con la consulta previa, incide en el tratamiento de mujeres con dolor que no ha respondido a otros tratamientos médicos o que son derivadas ante la sospecha de una patología concreta. En este caso, el residente da un paso más en el estudio de estas pacientes (incluyendo una exploración exhaustiva de la pelvis con la valoración de posibles nervios o grupos musculares afectos) así como en el tratamiento (estudio de los escalones de tratamiento analgésico o infiltraciones). En todo momento el nivel de supervisión es 3/2.

En la consulta de patología ginecológica benigna, el residente se familiariza con la patología ginecológica más frecuente como los miomas uterinos o los quistes anexiales benignos, conociendo los métodos de diagnóstico y de tratamiento, tanto médicos como las indicaciones quirúrgicas, siempre bajo supervisión del adjunto de la consulta con nivel 3/2.

La consulta de la patología de la adolescente también se encuentra adscrita a la consulta de ginecología orgánica. El residente conoce en este caso el manejo de las pacientes menores de 16 años en relación básicamente a trastornos funcionales propios de este grupo de edad, así como el diagnóstico y tratamiento de la patología del desarrollo, malformaciones del tracto genital inferior o del útero, y diversos síndromes que afectan al desarrollo de los caracteres sexuales (nivel de supervisión 3/2).

En la consulta de Suelo Pélvico (C-2) se atiende a aquellas mujeres con patología genitourinaria, como el prolapso de órganos pélvicos o incontinencia urinaria. El residente estudia la anamnesis y la exploración específicas de las pacientes con esta patología, así como las pruebas diagnósticas (estudio urodinámico...) y tratamientos médicos de la incontinencia urinaria. Debe conocer también las indicaciones para el tratamiento rehabilitador del suelo pélvico, así como para el tratamiento quirúrgico. El nivel de supervisión es 3 durante la rotación de residente de segundo año y nivel 2 durante la rotación de tercer año.

Dada la importancia de la ecografía en nuestra especialidad, durante el segundo año también se incluye una rotación completa de 7 semanas en la consulta de ecografía en el Edificio de Actividades Ambulatorias (C-10). En el ámbito de la obstetricia, el residente podrá avanzar en el estudio de las gestaciones de bajo riesgo y en algunos casos podrá ver patología no compleja de la gestación (nivel de supervisión 3). En cuanto a la ecografía ginecológica, podrá realizar ecografías de casos de patología ginecológica sencilla benigna como miomas, patología intracavitaria, patología anexial no sospechosa de malignidad, realizando el diagnóstico diferencial entre ellas (nivel de supervisión 2). En el caso de la patología ginecológica compleja el nivel de supervisión será 3, incluyendo en este caso la patología maligna y la patología de difícil interpretación desde el punto de vista ecográfico.

La última rotación incluida en este año corresponde con la consulta de Orientación familiar (COF) que se desarrolla en cada uno de los Centro de Especialidades adscritos al Hospital. El residente aprenderá el uso, indicación y prescripción de la anticoncepción femenina hormonal, incluyendo las contraindicaciones de estos fármacos y la elección del mejor tipo de anticonceptivo para cada mujer, en relación a la edad, patologías o las características propias asociadas a cada paciente, en cuanto a vía de administración y tipo de principio activo. Otro punto básico es el aprendizaje de las indicaciones de los dispositivos intrauterinos, tanto de cobre como hormonales, y de la inserción de estos (nivel de supervisión nivel 2). En cuanto a la inserción de los implantes subcutáneos, el residente mantendrá un nivel de supervisión 3.

En el tercer año de residencia, el residente participa cada vez de manera más activa en las consultas, siendo el nivel de supervisión en todas ellas 2, puesto que ya ha desarrollado las habilidades necesarias, pero siempre bajo la supervisión del adjunto encargado de esa consulta.

La consulta de histeroscopia (C-6) es eminentemente práctica, puesto que la mayor parte se refiere al aprendizaje de la realización de la histeroscopia diagnóstica, incluyendo cirugías menores (básicamente miomectomías y polipectomías) realizadas con instrumental mecánico, morcelador o con fuentes de energía bipolar. Por todo ello, la consulta incluye el conocimiento técnico de este instrumental (torre de histeroscopia, ajuste de los valores de presión y flujo del medio de distensión, de los valores de las fuentes de energía, de los ajustes del instrumental de morcelación), además de los métodos de mantenimiento y esterilización. Desde el punto de vista teórico se estudiará la orientación terapéutica de la hemorragia uterina en distintas etapas del desarrollo de la mujer y el residente conocerá la fisiopatología y tratamiento de la patología endometrial benigna (pólipos, miomas submucosos, malformaciones uterinas, patología endometrial de la gestación y/o aborto) y maligna (carcinoma de endometrio). El nivel de responsabilidad es 2, siempre bajo la tutela del facultativo correspondiente.

En la consulta de ginecología oncológica (C-4) el residente estudiará la patología maligna ginecológica (vulvar, vaginal, cervical, endometrial, miometrial, tubárica y ovárica). Al final de la rotación, deberá conocer los síntomas, anamnesis, protocolos diagnósticos y terapéuticos de cada tumor, así como el seguimiento posterior tras el tratamiento. Dada la complejidad de esta patología, que exige la colaboración con otras especialidades médicas y quirúrgicas, el residente adquirirá conocimientos básicos de oncología médica u oncología radioterápica, entre otros. El nivel de supervisión es 2.

En la consulta de reproducción, el residente conocerá la orientación diagnóstica en el estudio de la pareja estéril, previamente a la decisión del tratamiento basado en el conocimiento de las diferentes técnicas de reproducción asistida. Como parte básica de esta consulta, se encuentra el conocimiento de los protocolos de estimulación ovárica y posterior asistencia en el quirófano a la realización de las punciones ováricas, pudiendo ser realizadas en algunas ocasiones por el residente bajo supervisión del adjunto, y de las transferencias embrionarias. En todo momento el nivel de supervisión será 2.

En el último año de residencia, el residente podrá ser mucho más autónomo con un nivel de supervisión 1 en alguna de las consultas, como es el caso de la consulta de obstetricia de alto riesgo, ya descrita previamente.

En la consulta de patología cervical (consulta 5), el conocimiento de los protocolos de manejo de la patología premaligna del cérvix uterino y de la fisiopatología del virus del papiloma humano son esenciales. Además de esto el residente aprenderá la técnica de realización de la colposcopia y la interpretación de las imágenes y su relación con las lesiones de bajo y alto grado cervicales. Asistirá además a la realización de conizaciones cervicales de modo ambulatorio en la consulta. La patología de vagina y vulva también son objeto de atención en esta consulta. Todo ello se realizará con un nivel de supervisión 2.

La consulta de Medicina Fetal se desarrolla en el edificio de Maternidad y consta de varias consultas monográficas. Durante esta rotación el residente de cuarto año conocerá la ecografía del primer trimestre, siendo de especial interés el cribado de primer trimestre para la detección de anomalías cromosómicas. En la consulta de segundo trimestre, el residente incidirá en el conocimiento de la anatomía fetal y el diagnóstico de las posibles malformaciones morfológicas en el estudio sistemático fetal, además del estudio de índices hemodinámicos maternos y fetales que puedan predecir patología relacionada con las alteraciones de la placentación. En la consulta de tercer trimestre, se valora el crecimiento fetal, además de posibles anomalías morfológicas. Acudirá también a la consulta dedicada exclusivamente al estudio y seguimiento de malformaciones fetales y a la consulta de estudio de las anomalías de la placentación y su relación con patologías como la preeclampsia. Además, participará en la realización de amniocentesis y biopsias coriales, y asistirá a intervencionismos fetales en el quirófano cuando estos surjan. El nivel de supervisión será 2, aunque en ocasiones podrá realizar estudios ecográficos básicos en pacientes de bajo riesgo (nivel 1).

El residente de cuarto año acudirá finalmente a la consulta de patología mamaria (C-1 y 2, bloque B), tanto benigna como maligna, siendo esta última la de mayor importancia. Dominará al final de la rotación el esquema diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, incluyendo las opciones quirúrgicas adecuadas y el tratamiento adyuvante posterior basado en el diagnóstico anatomopatológico definitivo. Conocerá también el protocolo de seguimiento tras el tratamiento. El nivel de supervisión en estas consultas será 2/1.

GUARDIAS:

Las guardias son realizadas por 3 residentes y 3 adjuntos. Los residentes son divididos en residente mayor, mediano y pequeño de la guardia según su año de residencia. Se inicia a las 15:00 en días laborables y finaliza a las 8:30 siendo en fin de semana diferente horario, comenzando a las 9 y finalizando a las 9 del día siguiente. Tanto los residentes como los adjuntos están localizables en las instalaciones del hospital (dependencias de Maternidad) en todo momento mediante busca del adjunto y del residente.

La guardia tiene 4 pilares fundamentales a cubrir además de toda la patología obstétrica/ginecológica que pueda surgir en el hospital:

-Urgencias maternas: habitualmente es controlada por el residente de menor rango de la guardia, quien, ayudado por el residente mediano y por la matrona que realiza el triaje, se encarga de la anamnesis, exploración, solicitud de pruebas complementarias si precisase, valoración de las mismas y tratamiento.

En la urgencia se valoran tanto pacientes ginecológicas que acuden por diferentes patologías (metrorragias, dolores hipogástricos, amenorreas, patología mamaria....) como obstétricas (dinámica, rotura prematura de membranas, fiebre en gestantes, preeclampsia, partos prematuros, partos a término....) así como realización de ingresos de las paciente que lo precisan.

El nivel de supervisión es el 2 ya que es el residente el que realiza la actividad supervisado en todo momento por el staff de guardia.

-Paritorio: el paritorio es dirigido por el residente mayor de la guardia ayudado por el mediano. En el paritorio se encargarán de la valoración de la medicación necesaria para comenzar inducciones de parto, seguimiento y exploración de las mismas, valoración de los registros cardiotocográficos, seguimiento de los partos y detección de cualquier anomalía que ocurra durante la dilatación. Existe un área adyacente al paritorio conocido como 'Expectantes' donde se encuentran ingresadas las gestantes con patología que precisa una atención más directa y esta pseudoplanta es valorada 3 veces al día . El nivel de supervisión es el 2.

-Plantas: los médicos de guardia se encargarán de solucionar los problemas que se comunican mediante llamadas realizadas por el personal de enfermería de las plantas tanto de obstetricia como de ginecología. En ocasiones lo demandado es solo la prescripción de medicación o analgesia no prescrita previamente y en otras precisa la valoración de presencia física por parte del ginecólogo y la petición de pruebas si precisa y tratamiento si fuese necesario. Esta labor suele ser realizada por el residente mediano y/o mayor de la guardia, comentando en todo momento dichas llamadas a los adjuntos de la guardia.

-Quirófano: las cirugías que deban realizarse de urgencia serán asumidas por el equipo de guardia. Las que más se realizan son, sin duda, las cesáreas no siendo infrecuentes las laparoscopias por gestaciones ectópicas, revisiones de cirugías que se complican, legrados de abortos... siempre serán realizadas por un residente y un adjunto, excepto casos de extrema dificultad en que serán realizadas por 2 adjuntos con ayuda del residente por lo que el nivel de supervisión será 2 ó 3 según proceda.

Finalmente, en la guardia también se atenderán consultas desde otras especialidades del hospital dentro del marco gineco-obstétrico.

URGENCIAS:

La rotación de Urgencias se realiza de R1. Se trata de una rotación que precisa un gran conocimiento teórico, para poder aplicarlo de forma práctica en la asistencia a los pacientes que acuden a Urgencias. Como es lógico, se van asumiendo responsabilidades cada vez mayores según va progresando la rotación.

El residente trabaja junto a un adjunto de referencia, programado cada día en este puesto. Asimismo ha de coordinarse con las matronas programadas en la urgencia para servir de apoyo en el triaje y en la valoración de las pacientes obstétricas atendidas por las mismas.

Durante esta rotación el residente de primer año es el encargado de atender y evaluar las pacientes que acuden al servicio de urgencias de la Maternidad del hospital. En ella se realizan exploraciones básicas y avanzadas ginecológicas, ecografías tanto ginecológicas como obstétricas para el diagnóstico diferencial de las diversas patologías y se aprende a indicar la realización de pruebas complementarias. Asimismo se entrena en la realización de amnioscopia, tacto bimanual, sonicaid fetal y empleo de test de cribado (Amnisure®, Partosure®, Nitracina).

Entre la patología más frecuente que se atiende se encuentra:

Urgencias Obstétricas:

Metrorragia de primer trimestre: Amenaza de aborto, Gestación interrumpida, Mola hidatiforme, gestación ectópica.

Metrorragia de segundo y tercer trimestre

Diagnóstico de pródromo de parto/parto: exploración cervical y valoración de RCTG y realización de amnioscopia

Principales patologías relacionadas con la gestación: Infección tracto urinario inferior, Rotura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino, corioamnionitis, fiebre y gestación, colestasis intrahepática y alteraciones dermatológicas.

Manejo y cribado de patología en gestante (no propia de la gestación): asma aguda, Pielonefritis, diagnóstico diferencial de dolor abdominal en la gestante (apendicitis), enfermedades infecciosas (Gripe A, Meningitis, enfermedades del tracto respiratorio, gastroenteritis...), traumatismo.

Patología puerperal: Mastitis aguda, lactancia materna, fiebre puerperal, Infección herida quirúrgica

Urgencias Ginecológicas:

Dolor abdominal de predominio hipogástrico.
Enfermedad inflamatoria pélvica
Metrorragias en mujer pre y postmenopáusicas.
Evaluación y despistaje de patología mamaria.
Patología suelo pélvico: Prolapso uterino, cistocele y enterocele.
Enfermedades de transmisión sexual
Patología oncológica mamaria, ginecológica y del tracto genital inferior.

Es una rotación en la cual el nivel de supervisión es muy homogéneo, siendo un nivel 2 para la práctica totalidad de los pacientes, limitándose algunos pocos casos complejos al nivel 3 de supervisión, entre los cuales podría encontrarse complicaciones agudas graves de la gestación (eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera...) o algunas pacientes oncológicas complejas.

QUIRÓFANO DE GINECOLOGÍA.

El quirófano es una rotación esencial en la residencia de Obstetricia y Ginecología. Por este motivo, en cada uno de los años de residencia hay programadas al menos 7 semanas de rotación. En nuestro servicio disponemos de 6 quirófanos activos a diario (quirófanos 40 a 45). De ellos 4 están dedicados a la ginecología. En el quirófano 41 se realizan cirugías urgentes y cirugía menor (legrados, drenajes de colecciones, resuturas...). El quirófano 43 suele estar dedicado a la patología mamaria y suelo pélvico, mientras que en los quirófanos 44 y 45 se suelen realizar patología ginecológica benigna y maligna, disponiendo el quirófano 45 de una torre de laparoscopia propia.

En ningún caso los residentes realizan ninguna intervención sin supervisión, independientemente de la complejidad de la misma.

Durante el primer año de residencia, se realizan cirugías de entidad menor en el quirófano 41 como son legrado obstétricos o el drenaje de abscesos, tanto en la mama como en aparato genital externo (bartholinitis principalmente) y resuturas de dehiscencias quirúrgicas. Además se realizan cerclajes obstétricos en pacientes obstétricas. Además de estas cirugías asignadas al residente de primer año, participa activamente en el resto de cirugías como ayudante, lo que le permite iniciar su conocimiento tanto de la anatomía, las técnicas quirúrgicas como del instrumental. El nivel de supervisión es 2-3.

El residente de segundo año, tiene su mayor dedicación en el quirófano de patología mamaria, aunque ello no impide que también participe en quirófanos de ginecología general. El nivel de supervisión en la patología mamaria benigna es 2 y abarca como ejemplo la cirugía del fibroadenoma o del papiloma intraductal entre otros. Debido al nivel de complejidad de la cirugía oncológica mamaria, su nivel de supervisión es 3. Esta

cirugía incluye la tumorectomía de nódulos palpables, extirpación de tumores no palpables (tumorectomía con arpón o ROLL), cuadrantectomías, mastectomías o cirugía de la axila (ganglio centínea, linfadenectomía axilar). Además el residente se familiariza con las técnicas de cirugía oncológica y las técnicas de reconstrucción realizadas conjuntamente con el Servicio de Cirugía Plástica. En otros momentos el residente de segundo año participa como ayudante en las cirugías ginecológicas.

Durante el tercer y cuarto años de residencia, el residente aumenta su participación en las cirugías ginecológicas, aumentando su conocimiento de las técnicas quirúrgicas laparotómicas y laparoscópicas de la cirugía ginecológicas progresivamente, al principio como ayudante y al final como cirujano principal, siempre ayudado y guiado si es necesario por el adjunto asignado en ese quirófano (nivel de supervisión 3 y 2). Las cirugías comprenden la patología ginecológica benigna (patología ovárica, tubárica, uterina y cervical), la patología maligna ginecológica, la patología del suelo pélvico (prolapsos) y la incontinencia urinaria. De este modo ayudarán y realizarán finalmente por vía laparoscópica, laparotómica o vaginal según la situación: quistectomías, anexectomías, salpinguectomías, miomectomías, histerectomías, conizaciones cervicales, cirugía de patología vulvar benigna, reparación de cisto y rectoceles, prolapsos uterinos, y técnicas antiincontinencia con distintos dispositivos. En la patología maligna ayudará en la realización de cirugías complejas de cáncer de ovario (incluyendo hemiabdomen superior y linfadenectomías pélvicas y paraórticas), protocolos de cáncer de endometrio, cirugía del cáncer de cérvix o cirugía maligna de vulva (vulvectomías parciales o totales con estudio ganglionar axilar: ganglio centinela o linfadenectomía axilar).

Es importante en la formación del residente, y se hace especial incidencia durante la rotación en el quirófano, el conocimiento de la anatomía, tanto de la pelvis como del abdomen, y de la técnica quirúrgica, para su aplicación en la cirugía, según las diversas situaciones y variantes anatómicas que se puedan presentar.

SITUACIONES ESPECIALES

Existen determinadas situaciones en las que el residente debe avisar inmediatamente a su adjunto responsable de presencia física, independientemente de su año de residencia.

Estas situaciones son:

- Parada cardiorrespiratoria.
- Shock (hipovolémico, cardiológico...)
- Paciente con inestabilidad hemodinámica.
- Parto instrumental (utilización de fórceps de kjielland).
- Cualquier procedimiento quirúrgico.
- Hemorragia puerperal.
- Distocia de hombros.
- Prolapso de cordón.

- Phmetría con resultado intermedio o patológico.
- Sutura de desgarro de esfínter anal.
- Eclampsia/preeclampsia severa.
- Bradicardia fetal que no remonta con maniobras de resucitación intraútero.
- RCTG patológico.
- Sospecha de malignidad.

Además de todas estas situaciones de emergencia, el residente en ningún caso podrá:

- Pasar consulta sin presencia física de un adjunto.
- Realizar ningún procedimiento quirúrgico sin presencia física de un adjunto.
- Firmar informes de alta de hospitalización sin adjunto responsable.