	<b>SUPERVISIÓN DE RESIDENTES EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA</b>	Código	DCC-P-032
		Versión	01.2
		Fecha vigor	19/11/2021
		Página	1 de 11

<b>Unidad origen del procedimiento</b>	DOCENCIA POSGRADO
--	-------------------

#### APROBACIÓN

<b>Elaborado:</b>	<b>Revisado:</b>	<b>Visto Bueno:</b>
Nombre: Patricia Hanna Crispín Milart Nieves Climent Martínez	Nombre: Comisión de Docencia	Nombre: Modoaldo Garrido Martín
Puesto: Tutoras de Residentes Obstetricia y Ginecología	Puesto: Presidente Comisión	Puesto: Director Gerente
Firma:	Firma:	Firma:

#### REGISTRO DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha aprobación</b>	<b>Fecha estimada próxima revisión</b>	<b>Razón del cambio</b>
01.0	08/03/2017	08/03/2020	Edición inicial formato ISO
01.1	09/06/2017	09/06/2021	Adaptación a la norma ISO 9001:2015
01.2	19/11/2021	19/11/2025	Actualización documento

#### DOCUMENTOS RELACIONADOS

<p>Resolución de 21 de marzo de 2018 , de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación y Resolución de 3 de julio de 2018 , de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se corrigen errores en la de 21 de marzo de 2018.</p> <p>GE Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud.</p> <p>Programa de formación del residente DCC-P-004</p> <p>GE Programas formativos de especialidades en ciencias de la salud</p> <p>Protocolo supervisión residentes Unidad Urgencias DCC-P-009</p> <p>Memoria del residente DCC-D-006</p> <p>Evaluación anual DCC-D-008</p> <p>Informe tutor DCC-D-009</p> <p>Normativa incidencias guardias residentes DCC-D-015</p> <p>Guía de protocolos de supervisión DCC-P-010</p> <p>Miembros de la Comisión de Docencia DCC-D-016</p>
---


#### NORMA Y PUNTO DE REFERENCIA

<p>NORMA ISO 9001:2015</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 7.1.2 Personas</li> <li>➤ 7.2 Competencia</li> </ul>
--

**ÍNDICE**

---

1. Objeto.....	3
2. Alcance .....	3
3. Responsables.....	3
4. Proceso .....	3
4.1. Introducción.....	3
4.2. Objetivos docentes .....	4
4.3. Tareas y responsabilidades del médico residente.....	5
4.4. Patologías, situaciones y procedimientos que deben ser realizadas o supervisadas directamente por el médico especialista de obstetricia y ginecología.....	10
5. Registros .....	11
6. Evaluación .....	11
7. Control de cambios .....	11
8. Anexos .....	11

	<b>SUPERVISIÓN DE RESIDENTES EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA</b>	Código	DCC-P-032
		Versión	01.2
		Fecha vigor	19/11/2021
		Página	3 de 11

## 1. OBJETO

La supervisión de los residentes en Obstetricia y Ginecología

## 2. ALCANCE

Unidad de Obstetricia y Ginecología

## 3. RESPONSABLES

Comisión de Docencia

Tutoras de Obstetricia y Ginecología

Jefa de Unidad de Obstetricia y Ginecología

## 4. PROCESO

### 4.1. INTRODUCCIÓN

El sistema formativo de residencia se basa en la asunción progresiva de responsabilidades mediante las cuales el médico residente va adquiriendo las competencias necesarias para el desempeño de su especialidad. Esta adquisición progresiva de competencias implica que debe existir una supervisión suficiente por parte de los médicos adjuntos de las Unidades correspondientes así como de los residentes de años superiores.

El Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, en el capítulo V artículos 14 y 15, sienta las bases de la supervisión y responsabilidad progresiva del residente:

1. "El sistema de residencia implica la prestación profesional de servicios por parte del residente. Dicho sistema formativo implicará 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".
2. "En aplicación del principio rector que se establece en el artículo anterior, los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten".
3. "La supervisión de 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".
4. "La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias".

5. “Toda la estructura del sistema sanitario se encuentra en disposición de ser utilizada para la formación de especialistas (además del grado y de la formación continuada)”.

“De lo anterior deriva un deber general de supervisión inherente por el hecho de prestar servicios en las unidades asistenciales donde se formen los residentes”.

6. “Los responsables de las unidades junto con los tutores deben programar las actividades asistenciales de manera que faciliten el cumplimiento de los itinerarios formativos de los residentes y su integración supervisada en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras.”

## 4.2. OBJETIVOS DOCENTES

De manera general los objetivos durante la formación de nuestros residentes durante su paso por la Unidad Docente Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología se pueden resumir en:

### PARITORIO


- Manejo de la progresión del trabajo de parto y expulsivo del parto eutócico.
- Manejo de la progresión del trabajo de parto y de la patología intercurrente de la gestante de alto riesgo.
- Identificación y atención del parto distócico.
- Indicación y realización de partos instrumentales.
- Indicación y realización de cesáreas.
- Manejo de las complicaciones inmediatas puerperales.
- Priorizar las situaciones urgentes.
- Organización y dirección del equipo de trabajo en situaciones emergentes.

### URGENCIAS

- Realizar una anamnesis detallada y dirigida al cuadro clínico del paciente que presenta patología urgente.
- Conocer el diagnóstico y manejo de la patología ginecológica de urgencias.
- Conocer el diagnóstico y manejo de la patología obstétrica frecuente.
- Saber identificar signos de alarma de las complicaciones durante la gestación.
- Saber identificar y diagnosticar los pacientes con patología quirúrgica urgente.
- Realizar una exploración física.
- Realizar una exploración ecográfica básica.
- Identificar a la paciente gestante y ginecológica que precisa ingreso.

### HOSPITALIZACION

- Manejo adecuado del puerperio físico y patológico.
- Manejo adecuado del post operatorio y de las complicaciones post quirúrgicas.
- Manejo no quirúrgico de la patología ginecológica.
- Desarrollo de habilidades interpersonales con pacientes y familiares.

	<b>SUPERVISIÓN DE RESIDENTES EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA</b>	Código	DCC-P-032
		Versión	01.2
		Fecha vigor	19/11/2021
		Página	5 de 11

## CONSULTA

- Realizar la anamnesis correcta e identificación de factores de riesgo para la gestación.
- Orientar correctamente el control de gestación de la paciente de alto y bajo riesgo.
- Indicación, realización e interpretación de la ecografía obstétrica normal y patológica. Cribado de cromosomopatías, estudio anatómico fetal, estudio doppler.
- Desarrollar habilidades en la realización de historia clínica, exploración física, ecografía, orientación diagnóstica, solicitud correcta de pruebas auxiliares para finalmente emitir un juicio diagnóstico y tratamiento en la consulta de ginecología.
- Desarrollar habilidades para la correcta indicación de una cirugía ginecológica.
- Desarrollar habilidades en las consultas de subespecialidad para diagnóstico y seguimiento: diagnóstico prenatal, suelo pélvico, patología cervical, histeroscopia, ginecología oncológica y patología mamaria.
- Realización e interpretación de la ecografía ginecológica para estudio de patología sospechosa de malignidad, estudio de suelo pélvico y estudio de reproducción.
- Indicación del estudio básico, pruebas diagnósticos y orientación de la pareja en la unidad de Reproducción.

## QUIROFANO

- Realización de legrados.
- Realización de histerectomías vaginales, abdominales y laparoscópicas.
- Patología mamaria: tumorectomías y mastectomías.
- Laparoscopia básica y avanzada.
- Otras cirugías: reparación de suelo pélvico, técnicas para la incontinencia de orina, conizaciones, cerclajes cervicales, etc.


### 4.3. TAREAS Y REPOSABILIDADES DEL MÉDICO RESIDENTE

La consecución de estos objetivos del residente de Obstetricia y Ginecología se organizará siguiendo los criterios de los niveles de responsabilidad que describe el Real Decreto de febrero de 2008 (183/2008), estableciéndose tres niveles de supervisión/responsabilidad en función del año de Residencia:

**Nivel de supervisión/responsabilidad 3 o de responsabilidad máxima:** realización en solitario. Son las actividades que el residente puede realizar solo, sin necesitar tutorización directa por un adjunto. Es decir, que el residente realiza la actuación en solitario y después informa a su responsable de lo que ha hecho.

**Nivel de supervisión/responsabilidad 2 o de responsabilidad media:** realización con ayuda. Formado para las actividades que el residente puede indicar, pero cuya realización debe estar directamente supervisada por el especialista responsable del área específica donde se actúa.

**Nivel de supervisión/responsabilidad 1 o de responsabilidad mínima:** conocer la técnica o ver cómo se realiza. Son las actividades que son realizadas por el especialista, siendo ayudado por el residente en formación o siendo éste un mero asistente al acto.

	<b>SUPERVISIÓN DE RESIDENTES EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA</b>	Código	DCC-P-032
		Versión	01.2
		Fecha vigor	19/11/2021
		Página	6 de 11

La asignación de cada nivel vendrá determinada, no sólo por el año de residencia sino por la formación previa del residente, su especialidad de origen o la superación de pruebas o evaluaciones específicas y la valoración de los especialistas, del tutor y del Jefe de Unidad. Aunque es de sentido común, cada profesional sanitario, incluidos los residentes, debe saber cuáles son sus límites en cuanto a conocimientos y habilidades.

## ACTIVIDADES DE CADA AÑO DE RESIDENCIA EN FUNCIÓN DE LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD

### RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE GINECOLOGÍA

Los residentes de Obstetricia y Ginecología de primer año desarrollan múltiples tareas, que requieren ser consideradas de forma diferenciada:

- ✓ **Atención a urgencia obstétrica y ginecológica.**
- ✓ **Atención al paritorio.**
- ✓ **Guardias.**
- ✓ **Consulta de Obstetricia de bajo riesgo.**
- ✓ **Consulta de Ginecología de bajo riesgo.**
- ✓ **Cirugía.**

#### 1. Atención a urgencia obstétrica y ginecológica en turno de mañana

Los residentes de 1er año rotan 1 mes en urgencias de ginecología y obstetricia y otros 4 meses en de rotación en Urgencias y paritorio. En ocasiones habrá un residente de mayor año y **SIEMPRE** un médico adjunto responsable de esta misma área y de ambos residentes.

Su responsabilidad se centra en:

- Valoración del dolor abdominal en pacientes gestantes y no gestantes.
- Atender a las urgencias ginecológicas.
- Atender a las urgencias obstétricas.
- Atender a las pacientes que acuden por pródromos/trabajo de parto.

Realizarán la anamnesis y exploración clínica.

Ecografías: Realizarán las ecografías que estuviesen indicadas con presencia física de residente de mayor año o médico adjunto.


*Informes de alta:* Tanto los informes de alta como las órdenes de tratamiento a pacientes ambulatorios e ingresadas serán supervisadas por médico adjunto. En los informes constará VºB: nombre y apellidos del médico especialista responsable.

#### 2. Atención al paritorio en turno de mañana

En ocasiones habrá un residente de mayor año y SIEMPRE un médico adjunto responsable de esta misma área y de ambos residentes.

Es responsabilidad de residente de primer año:

- **Atender a la progresión de parto de las gestantes en dilatación.** Supervisado por la matrona/o o médico adjunto.
- **Atender a los expulsivos de partos eutócicos.** Supervisado por la matrona/o o médico adjunto.

	<b>SUPERVISIÓN DE RESIDENTES EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA</b>	Código	DCC-P-032
		Versión	01.2
		Fecha vigor	19/11/2021
		Página	7 de 11

- En cuanto a la **atención a la dilatación del parto no complicado**, la responsabilidad es de la matrona/o de guardia, que en este caso, actuará de supervisor.
- En cuanto a los **registros cardiotocográficos fetales**, el residente de primer año actuará de asistente del médico y matrona y no tiene autonomía para la toma de decisiones.
- En la **atención a dilatación y expulsivo de partos de alto riesgo o patológicos**, el R1 actuará de asistente, las decisiones serán tomadas y las técnicas llevadas a cabo por un residente de mayor año o médico adjunto.
- Asistir a su adjunto o residente de mayor año en la atención al parto distócico y cesáreas. ☒
- Los últimos meses, según la evolución del residente, podrán iniciarse en partos instrumentales y cesáreas también siempre ayudados y supervisados por médico adjunto responsable.

### 3. Guardias

Los residentes de primer año hacen las guardias acompañando residentes de 3ro o 4to año durante los 6 primeros meses de su residencia. En la segunda mitad del primer año de residencia realizan 1 o 2 guardias solos al mes y el resto acompañando residentes mayores.

En los periodos vacacionales, si no se puede cumplir esta norma general, la organización de las guardias de residentes precisará el "visto bueno" de los tutores.

En el caso de que no existiera residente de mayor año, la supervisión en la urgencia será llevada a cabo por los dos médicos adjuntos de guardia. La supervisión será realizada en los mismos términos que lo reseñado en los puntos 1 y 2.

Todo informe de un residente de primer año debe llevar el visto bueno y el nombre de un médico adjunto de guardia.

### 4. Consulta de Obstetricia de bajo riesgo

Su responsabilidad es la atención a las gestantes de bajo riesgo. Realizarán la anamnesis, exploración y explicación a la gestante de su evolución. Pedirán las pruebas y programarán las citas según el protocolo del área. Realizarán las ecografías básicas que sean precisos.

Existirá también siempre un residente de mayor año o adjunto responsable.


Tanto los informes como las órdenes de tratamiento serán supervisadas por el médico adjunto, pudiendo colaborar el residente de mayor año, explicitando el V<sup>º</sup>B con nombre y apellidos del médico especialista responsable.

### 5. Consulta de Ginecología de bajo riesgo

Su responsabilidad es la atención a las pacientes que consultan por diversas patologías ginecológicas. Existirá también siempre un residente de mayor año o adjunto responsable.

Realizarán la anamnesis, exploración, orientación clínica y explicación a la paciente de su problema. Aplicarán de forma estricta los protocolos del área para cada proceso. Realizarán las ecografías básicas que sean precisas.

La realización de cualquier técnica en consulta (biopsias, inserción/extracción de DIUs, etc) requerirá la presencia física del supervisor. Se excluye la toma de citología vaginal a partir de los tres meses.

	<b>SUPERVISIÓN DE RESIDENTES EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA</b>	Código	DCC-P-032
		Versión	01.2
		Fecha vigor	19/11/2021
		Página	8 de 11

Tanto los informes, como las ecografías y las indicaciones de tratamiento serán supervisadas por el especialista, pudiendo colaborar el residente de mayor año, explicitando el VºB con nombre y apellidos del médico especialista responsable.

## 6. Cirugía

Los residentes de primer año actuarán, en general como ayudantes quirúrgicos.


Podrán realizar como cirujanos: biopsias en consulta, exéresis de lesiones cutáneas en vulva y legrados uterinos, siempre ayudados por médico responsable.

En el caso de los legrados uterinos, el R1 al final del año podrá tener mayor autonomía según la decisión del adjunto y la capacitación individual y la supervisión podrá ser realizada por el R3-4, en el resto, deberá ser un médico adjunto.

Los últimos meses podrán iniciarse en partos instrumentales y cesáreas también siempre ayudados y supervisados por médico adjunto.

Otras cirugías ginecológicas como ligaduras de trompas, exéresis de fibroadenomas, drenaje de abscesos, etc. podrán ser llevadas a cabo por el o la R1 acorde a su adquisición de competencias y habilidades, pero siempre ayudados y supervisados por un médico especialista.



## RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.


Los residentes de Medicina Familiar y comunitaria que rotan por Ginecología son de tercer año y desarrollan múltiples tareas, que requieren ser consideradas de forma diferenciada. 


### 1. Atención a urgencia obstétrica y ginecológica en turno de mañana

Los residentes de Medicina Familiar y comunitaria estarán siempre acompañados de una o un residente de ginecología y supervisados por un residente de mayor año o un médico adjunto responsable.

Su responsabilidad se centra en:

- Atender a las urgencias ginecológicas y obstétricas 
- Atender a las pacientes con trabajo de parto 
- Observar el proceso de parto de las mujeres que se encuentren en paritorio (dilatación, expulsivo, alumbramiento y puerperio)
- Observar cesáreas.

**Urgencias:** recibirán, realizarán la anamnesis y exploración clínica. Observarán las ecografías que realicen los residentes o médicos adjuntos. Tanto los informes de alta como las órdenes de tratamiento a pacientes ambulatorios e ingresados serán supervisadas por residentes de mayor año o médico adjunto. En los informes constará VºB: nombre y apellidos del médico especialista responsable. 

	<b>SUPERVISIÓN DE RESIDENTES EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA</b>	Código	DCC-P-032
		Versión	01.2
		Fecha vigor	19/11/2021
		Página	9 de 11

## 2. Atención al paritorio en turno de mañana

La atención al parto no complicado es responsabilidad de la matrona, quien valorará atendiendo a los diferentes niveles de responsabilidad del Residente de familia el grado de colaboración en el proceso.

Se favorecerá la integración del residente en el equipo de guardia, para favorecer su formación e itinerario formativo (teniendo en cuenta la orden SSI/81/2017 del 19 de enero).

## 3. Guardias

Realizarán sus guardias siempre acompañados de un residente de ginecología. Serán supervisados por residente de mayor año o adjunto.

## 4. Consulta de Obstetricia de bajo riesgo

Su responsabilidad es la atención a las gestantes de bajo riesgo. Realizarán la anamnesis, exploración y explicación a la gestante de su evolución. Aprenderán a pedir pruebas y programar el control de embarazo según el protocolo del área.

Existirá siempre un adjunto responsable.

Observarán las ecografías básicas realizadas por los residentes o adjuntos de ginecología. No realizarán informes de alta. Pueden indicar tratamientos bajo supervisión y firma del adjunto de ginecología.

## 5. Consulta de Ginecología de bajo riesgo

Su responsabilidad es la atención a las pacientes que consultan por diversas patologías ginecológicas.

Existirá siempre un adjunto responsable.

Realizarán la anamnesis, exploración, orientación clínica y explicación a la paciente de su problema. Aplicarán de forma estricta los protocolos del área para cada proceso. Todas sus actuaciones deben ser supervisadas de presencia física.

Observarán las ecografías básicas realizadas por los adjuntos de ginecología. Realizarán tomas de citología vaginal supervisados.

No realizarán informes de alta. Pueden indicar tratamientos bajo supervisión y firma del adjunto de ginecología.

## 6. Cirugía


Los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria actuarán, en general como observadores.

Podrán actuar como ayudantes en cirugía menor o segundo ayudante en el resto de procedimientos quirúrgicos.

## RESIDENTES DE GINECOLOGÍA DE 2º, 3º Y 4º AÑO

### Responsabilidad progresiva

La responsabilidad del residente a lo largo de su formación se irá incrementando según lo haga su competencia.

	<b>SUPERVISIÓN DE RESIDENTES EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA</b>	Código	DCC-P-032
		Versión	01.2
		Fecha vigor	19/11/2021
		Página	10 de 11

El grado de supervisión se irá adaptando de forma progresiva teniendo en cuenta además del año de residencia, el nivel de formación alcanzado y la habilidad personal de cada residente.

Por tanto el grado de supervisión se irá adaptando de forma progresiva hasta que al finalizar el proceso de formación la supervisión tenga que ser mínima.





Durante la guardia, los residentes de segundo a cuarto año son la primera llamada del servicio de Obstetricia y Ginecología, para los avisos de hospitalización, paritorio, urgencias de obstetricia/ginecología y la urgencia general. En todo momento su supervisión está a cargo de los dos médicos especialistas de guardia. La supervisión será o no presencial a requerimiento del residente en función de dificultad y responsabilidad del acto clínico.

Los residentes de 2do, 3ro y 4to año serán además en forma progresiva colaboradores esenciales de la formación de los compañeros de años inferiores, siendo participes tanto de su formación como de la docencia de éstos.

#### 4.4. PATOLOGÍAS, SITUACIONES Y PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN SER REALIZADAS O SUPERVISADAS DIRECTAMENTE POR EL MÉDICO ESPECIALISTA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Situaciones especiales en que cualquier residente, sea cual sea su año debe avisar a su médico especialista responsable.

- Parada cardiorrespiratoria (tras avisar UCC). [SEP]
- Abusos sexuales, sospecha de aborto ilegal o cualquier otra situación que requiera o se prevea que puede requerir la intervención de Autoridad Judicial o Policía. [SEP]
- Paciente con inestabilidad hemodinámica en urgencias, bloque obstétrico o planta de [SEP] hospitalización. [SEP]
- Atención de pacientes que acudan acompañados de Policía.
- Previo a uso de fórceps o vacuum. [SEP]
- Indicación de cesárea. [SEP]
- Sospecha TEP en postoperatorio. [SEP]
- Hemorragia / hematoma postquirúrgico grave. [SEP]
- Traslados de pacientes a otro centro. [SEP]
- Feto (viable) muerto intraclínica. [SEP]
- Ingreso de feto muerto (viable) extraclínica. [SEP]
- Previo al paso de cualquier paciente a quirófano. [SEP]
- RCTG anteparto o intraparto con patrón patológico grave: ausencia de de variabilidad, desaceleraciones variables prolongadas, desaceleraciones tardías, taquicardia grave, bradicardia grave, arritmia fetal o ritmo sinusoidal. [SEP]
- Situaciones obstétricas especialmente graves:
  - o Hemorragia puerperal masiva. [SEP]
  - o Preeclampsia grave o Eclampsia. [SEP]

- Prolapso de cordón. 
- Abruption placentae. 
- Sospecha de inversión uterina.
- Sospecha de embolia de líquido amniótico.
- Distocia de hombros. 
- Parto en podálica. 

## 5. REGISTROS

Memoria del residente

Informe del tutor

Valoración de la docencia

Registro incidencias

## 6. EVALUACIÓN

Incidencias en la supervisión en los residentes en la Unidad de Ginecología en los registros

## 7. CONTROL DE CAMBIOS

Versión 01.0: Adaptación del protocolo al formato ISO

Versión 01.1: Adaptación a la norma ISO 9001:2015

Versión 01.2.: Actualización documento

## 8. ANEXOS

No aplica