

PROCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS RESIDENTES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA y DE  
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

AÑO 2016

Tutoras :

Dra Laura Yago Lisbona

Dra M<sup>a</sup> Jesús Cancelo Hidalgo

## INTRODUCCIÓN

El sistema formativo de residencia se basa en la asunción progresiva de responsabilidades según el médico residente (MIR) va consiguiendo adquirir las competencias necesarias para su desempeño.

La capacidad para realizar determinados actos médicos instrumentales o quirúrgicos guarda relación con el nivel de conocimientos y experiencia. Por ello deben considerarse **3 niveles de autonomía**:

**Nivel 1.** Las habilidades adquiridas permiten al médico residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente.

**Nivel 2.** El residente tiene un extenso conocimiento pero no alcanza la experiencia suficiente para hacer un tratamiento completo de forma independiente.

**Nivel 3.** El médico residente ha visto o ha ayudado a determinadas actuaciones, pero no tiene experiencia propia.

En cada periodo de formación el residente realizará un mínimo de actividades que le permitan asumir con eficacia y seguridad los distintos apartados del proceso clínico. No obstante, no puede ni debe asumir responsabilidades que estén por encima de sus capacidades, por ello se ha de considerar el **nivel de responsabilidad**.

**Nivel 1** Son actividades realizadas directamente por el residente, sin necesidad de tutela directa. El residente hace y luego informa.

**Nivel 2** Son actividades realizadas directamente por el residente bajo la supervisión de un facultativo responsable.

**Nivel 3** Son actividades realizadas por los especialistas y observadas o asistidas por el médico residente.

Esta adquisición progresiva de competencias implica que debe existir una supervisión suficiente por parte de residentes más avanzados y de los médicos adjuntos de las Unidades correspondientes.

En el caso particular de los residentes de primer año, la supervisión queda definida en el Real Decreto 183/2008, de febrero del 2008, el cual especifica en su Artículo 15 lo siguiente: *“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”.*

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

- Atención a urgencia obstétrica y ginecológica en turno de mañana
- Atención al paritorio y urgencias en turno de mañana
- Guardias de presencia física
- Consulta de Obstetricia de bajo riesgo
- Consulta de Ginecología general

- Cirugía

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

Sea cual fuere el año de rotación, a todos los efectos necesitarán la misma supervisión que los R1 de ginecología y podrán realizar:

- Atención a urgencia obstétrica y ginecológica en turno de mañana
- Atención al paritorio en turno de mañana
- Guardias de presencia física
- Consulta de Obstetricia de bajo riesgo
- Consulta de Ginecología general
- Ayuda en Cirugía, especialmente cesáreas y legrados

### **RESIDENTES DE 1º AÑO DE GINECOLOGÍA**

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

Los residentes de 1º año rotan 6 meses cada uno (dos por año) en Paritorio y Urgencias. En ocasiones habrá un 2º residente de mayor año y siempre, al menos, un médico adjunto responsable de esta misma área.

Su responsabilidad se centra en:

- Atender a las urgencias ginecológicas y obstétricas
- Atender a las pacientes con trabajo de parto
- Atender a los expulsivos de partos eutócicos.
- Asistir a su adjunto o residente de mayor año en la atención al parto distócico y cesáreas.

**Urgencias:** recibirán, se presentarán a la paciente, realizarán la anamnesis y exploración clínica. Realizarán las ecografías que estuviesen indicadas con presencia física de residente de mayor año o médico adjunto.

Tanto los informes de alta como las órdenes de tratamiento a pacientes ambulantes e ingresadas serán supervisadas por residentes de mayor año o médico adjunto.

En los informes constará VºBº: nombre y apellidos del médico especialista responsable..

Desde el cambio de ubicación de la urgencia, con fecha Abril 2016, en el caso específico de la atención a las urgencias de gestantes de bajo riesgo con sospecha de trabajo de parto o rotura de membranas a término, incluyendo ingresos y altas, la responsabilidad (en este caso delegada) es del matrona/a de guardia que actuará de supervisor.

2. Atención al paritorio en turno de mañana

En cuanto a la atención a la dilatación y expulsivo de partos eutócicos, la responsabilidad es de la matrona/o de guardia, que en este caso, actuará de supervisor.

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 residente de mayor año o médico adjunto.

### 3. Guardias

Siempre que sea posible los R1 harán guardias con otro residente de mayor año durante los primeros meses tras su incorporación. En los periodos vacacionales, si no se puede cumplir esta norma general, la organización de las guardias de residentes precisará el "visto bueno" de las tutoras y del Jefe de Servicio.

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, que se repartirán turnos, de tal modo que siempre quede claro que médico es el responsable

### 4. Consulta de Obstetricia de bajo riesgo

Su responsabilidad es la atención a las gestantes de bajo riesgo. Realizará la anamnesis, exploración y explicación a la gestante de su evolución. Pedirán las pruebas y programarán las citas según el protocolo del Servicio. Existirá también siempre un residente de mayor año o adjunto responsable

Realizarán las ecografías básicas que sean preciso; los seis primeros meses siempre en presencia de su supervisor. Tanto los informes de alta como las órdenes de tratamiento serán supervisadas por residentes de mayor año o médico adjunto explicitando el V<sup>º</sup>B<sup>º</sup> con nombre y apellidos del médico especialista responsable

### 5. Consulta de Ginecología general

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 Servicio para cada proceso.

Cualquier actuación que no esté concretamente protocolizada debe ser supervisada por el residente de mayor año o médico adjunto.

Realizarán las ecografías básicas que sean precisas; los seis primeros meses siempre en presencia de su supervisor.

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.

Tanto los informes de alta como las órdenes de tratamiento serán supervisadas por residentes de mayor año o médico adjunto explicitando el "visto bueno" 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, pequeña cirugía como nódulos benignos de mama, exéresis de lesiones cutáneas en vulva, conizaciones con asa, inserciones y

extracciones de DIUs, Implantes y legrados uterinos, siempre ayudados por un responsable. Los últimos meses, según la evolución del residente, podrán iniciarse en partos instrumentales y cesáreas también siempre ayudados y supervisados por responsable.

## **RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

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

Los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria estarán siempre acompañados de un residente de ginecología y supervisados 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 los expulsivos de partos eutócicos y atender a alguno.

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 ingresadas serán supervisadas por residentes de mayor año o médico adjunto.

En los informes constará V<sup>º</sup>B<sup>º</sup>: nombre y apellidos del médico especialista responsable.

En el caso específico de la atención a las urgencias de gestantes de bajo riesgo con sospecha de trabajo de parto o rotura de membranas a término, incluyendo ingresos y altas, la responsabilidad (en este caso delegada) es del matrono/a de guardia que actuará de supervisor.

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

En cuanto a la atención a la dilatación y expulsivo de partos eutócicos, la responsabilidad es de la matrona/o de guardia, que en este caso, actuará de supervisor.

### **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. Pedirán las pruebas y programarán las citas según el protocolo del área. Existirá también siempre un residente de mayor año o adjunto responsable

Observarán las ecografías básicas realizadas por los residentes o adjuntos de ginecología. No realizarán informes de alta ni órdenes de tratamiento

### **5. Consulta de Ginecología general**

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.

Todas sus actuaciones deben ser supervisadas de presencia física.

Observarán las ecografías básicas realizadas por los residentes o adjuntos de ginecología. Realizarán tomas de citología vaginal supervisados por el residente de ginecología. No realizarán informes de alta ni órdenes de tratamiento.

## 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 y OBSTETRICIA DE 2º, 3º Y 4º

**Responsabilidad progresiva** La responsabilidad del residente a lo largo de su formación se irá incrementando según lo haga su competencia. 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. **Se detallan en el Programa Formativo del Residente de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Guadalajara los niveles de autonomía propios de cada año y en cada área específica de la especialidad que deben alcanzar.**

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

- Parada cardiorrespiratoria (tras avisar UCC).
- Cualquier paciente con inestabilidad hemodinámica.
- Sospecha TEP en postoperatorio.
- Hemorragia / hematoma postquirúrgico grave.
- 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
- Traslados de pacientes a otro centro.
- Feto (viable) muerto dentro del hospital.
- Ingreso de feto muerto (viable) fuera del hospital.
- Previo al paso de cualquier paciente a quirófano.
- 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.

- Previo a uso de fórceps o vacuum.
- Paso de paciente a quirófano obstétrico para parto de prueba. Previo a indicación de cesárea.
- Situaciones obstétricas especialmente graves:
  - Hemorragia puerperal masiva.
  - Preeclampsia grave o Eclampsia.
  - Prolapso de cordón.
  - Abruption placentae.
  - Sospecha de inversión uterina.
  - Sospecha de embolia de líquido amniótico.
  - Distocia de hombros.
  - Parto en podálica.
  - cualquier otra situación que el residente considere.

