



PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Versión: 0

Data: 6/02/2024

Elaborado por: Amparo García Tejedor y Marc Barahona

Aprobado por la Comisión de Docencia en fecha: 19/02/2024

Objetivo del protocolo

Describir el **nivel de supervisión** requerido para las actividades asistenciales que desarrollen los residentes.

El protocolo debe ser conocido por todos los **residentes** de la especialidad y por **todos los profesionales asistenciales** de las diferentes áreas donde se forman los residentes.

Este documento está disponible para consulta en la web y en la intranet del centro.

Marco Legal

- Toda la estructura del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para las enseñanzas de grado, formación especializada y continuada de los profesionales.
- El deber general de supervisión es inherente al ejercicio de las profesiones sanitarias en los centros donde se forman residentes.
 - *Artículo 104 de la ley 14/1986, General de Sanidad.*
 - *Artículo 34.b de la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.*
 - *Artículo 12.c de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.*
- Las comisiones de docencia deben elaborar protocolos escritos para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con especial referencia al área de urgencias o cualquier otro que se considere de interés.
- Los protocolos deben presentarse en los órganos de dirección del centro para que el /la Jefe de Estudios pacte con ellos su aplicación y revisión periódica.
 - o *Artículo 15.5 del RD 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos de sistema de formación sanitaria especializada.*
 - o *Artículo 15.5 d el Decreto 165/2015, de 21 de julio, de Formación sanitaria especializada en Cataluña.*

Ámbito de aplicación

Este protocolo de supervisión es aplicable a **todos los residentes** que estén desarrollando su programa de formación sanitaria especializada de Ginecología en el Hospital Universitario de Bellvitge

Afectará tanto a aquellos residentes que hayan obtenido una plaza en nuestra unidad docente como a aquellos de unidades docentes externas que se encuentren realizando una rotación, debidamente autorizada, a nuestra unidad docente.

Deber de supervisión

El deber general de supervisión es **inherente a los profesionales** que prestan servicios en las diferentes unidades asistenciales donde se forman los residentes. Estos profesionales están obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.

Los responsables de los equipos asistenciales de los diferentes dispositivos que integran la unidad docente deben **programar las actividades** asistenciales de los residentes en coordinación con sus tutores, con el fin de facilitar el **cumplimiento del itinerario formativo** de la especialidad y la **integración supervisada de** los residentes en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en estas unidades, con sujeción al régimen de jornada y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto.

La Comisión de Docencia y los órganos de dirección deben establecer los mecanismos necesarios para facilitar el cumplimiento del itinerario formativo y la supervisión adecuada de los residentes en cada unidad o dispositivo por el que rotan residentes.

Supervisión decreciente durante la residencia

El sistema de residencia implica la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan los programas oficiales de las diferentes especialidades en Ciencias de la salud.

Este sistema formativo supone **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 llegar al grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la especialidad sanitaria.

En aplicación de este principio rector, los residentes deben seguir las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los diferentes dispositivos de centro o unidad, sin perjuicio de plantear a estos especialistas y a sus tutores todas las cuestiones que susciten como consecuencia de esta relación.

Como normas generales del Hospital Universitario de Bellvitge:

1. Los residentes tendrán en todas las rotaciones un **profesional de plantilla** que supervisará su trabajo.
2. La supervisión de los residentes de **primer año** será de **presencia física**.
 - a. Será responsabilidad de los especialistas que presten servicios en los diferentes dispositivos del centro o unidad por los que estén rotando o prestando servicios de atención continuada los residentes.
 - b. Los mencionados especialistas deben visar por escrito las altas, bajas y otros documentos relativos a las actividades asistenciales en que intervengan los residentes de primer año.
3. **A partir del segundo año**, la **supervisión** será **progresivamente decreciente**.

- a. A estos efectos, el/la tutor/a del/la residente podrá impartir, tanto a este/a como a los especialistas que presten servicios en los diferentes dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de supervisión requerida por los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias.
- b. En todo caso, el/la 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.

Preinscripción de la supervisión de las actividades asistenciales

La capacidad para realizar determinadas actividades asistenciales por parte de los residentes tiene relación con su nivel de competencias y con su experiencia, en buena medida determinada por el año de residencia en que se encuentren. Además, la naturaleza y dificultad de la actividad a realizar son un determinante importante. Estos factores condicionan el **grado de supervisión** que necesitan.

Nivel 3. Supervisión alta

El/la residente tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero no experiencia. El/la residente observa y ayuda al especialista de plantilla que es quien realiza la actividad o el procedimiento.

Nivel 2. Supervisión media

El/la residente tiene suficiente conocimiento, pero no la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. El/la residente realiza la actividad o el procedimiento bajo supervisión directa* del especialista responsable.

Nivel 1. Supervisión baja o a demanda

Las competencias adquiridas permiten al/la residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutela directa. El/la residente ejecuta y luego informa al especialista responsable. Solicita supervisión si lo considera necesario.

Nivel	Supervisión	Autonomía
1	Supervisión a demanda	Actúa de manera independiente, excepto en situaciones puntuales
2	Supervisión directa.	Sabe cómo actuar, pero le falta experiencia para ser autónomo/a
3	Realizado por el especialista.	Solamente tiene conocimientos teóricos, puede observar y ayudar

*Supervisión directa quiere decir que el especialista que está supervisando al/la residente conoce lo que hace, interviene cuando lo considera necesario y responde a sus consultas o demandas de intervención. La supervisión directa no implica necesariamente que el especialista esté de presencia física durante toda la actividad o el procedimiento.

- Las actividades aprendidas en años anteriores mantienen el nivel de supervisión previo al inicio del siguiente año formativo, para ir disminuyendo a lo largo del mismo.
- Para las actividades de nueva realización, se establece siempre el nivel de supervisión máxima al inicio de la rotación, independientemente del año formativo.

Cuando un/a residente no alcanza las competencias necesarias para progresar en su formación, no se puede disminuir el Nivel de Supervisión de la actividad en cuestión, debiéndose notificar este hecho al tutor/a del/la residente, que podrá adaptar y redefinir los Niveles de Supervisión de la rotación hasta que se compruebe que la progresión del/la residente garantiza la calidad de la formación.

Nivel de supervisión en el ámbito de Urgencias

La actividad urgente realizada por los facultativos residentes representa uno de los pilares fundamentales durante su etapa formativa. Es por este motivo que debe estar perfectamente estructurada y planificada, de forma que sea de máximo provecho durante el periodo de residencia.

La práctica asistencial de carácter urgente requiere la adquisición de los conocimientos y habilidades necesarios para poder realizar diagnósticos rápidos, precisos y seguros, instaurando el tratamiento adecuado para cada situación, y al mismo tiempo identificando de forma precoz la patología grave, que requiere una respuesta inmediata.

La adquisición de los conocimientos debe hacerse de manera progresiva basándonos en unos objetivos docentes predeterminados.

La responsabilidad del médico se encuentra directamente vinculada con la toma de decisiones. La actuación de los facultativos residentes resulta de una práctica tutelada y programada y, por tanto, la asunción de responsabilidad debe ir vinculada a la progresiva adquisición de conocimientos y habilidades, de tal forma que el grado de supervisión puede y debe ir reduciéndose a medida que avanza el proceso formativo, adquiriendo progresivamente mayor nivel de autonomía y responsabilidad.

Estructuración de la docencia durante la asistencia urgente de las guardias troncales al Hospital Universitario de Bellvitge

Los facultativos residentes, durante la realización de las guardias troncales, se encuentran ubicados en las diferentes áreas del Servicio de Urgencias (Módulo A, módulo B, módulo C y módulo D), encontrándose en todo momento supervisados por los médicos adjuntos del Servicio de Urgencias y los diferentes facultativos especialistas a los que pueden consultar en función de la patología del paciente.

El **nivel de supervisión** necesario en **el ámbito de Urgencias**, queda reflejado en la siguiente tabla:

Habilidad	Nivel de supervisión
	R1
Realización de una anamnesis completa	3-2
Exploración física	3-2
Valoración rápida de la gravedad del paciente	3-2
Solicitar exploraciones complementarias	3-2
Presentación e información al paciente y familia	2-3
Interpretar las exploraciones complementarias básicas: analítica, ECG, radiografía tórax, radiografía abdominal	3-2
Manejo de la fase aguda y descompensaciones de patologías médicas	3
Diagnóstico de la patología quirúrgica aguda	3
Reanimación cardiopulmonar básica	3
Conocimientos básicos de la vía aérea	3
Realización de punciones arteriales y venosas, toracocentesis, paracentesis, punción lumbar, artrocentesis	3
Facturación de informes clínicos	3
Indicación del tratamiento antibiótico según protocolo del centro	3-2
Desbridamiento de abscesos de partes blandas y tratamiento de las heridas inciso-contusas	3-2
Realización de técnicas de anestesia local	3-2
Interpretación y utilización de los monitores	3-2
Realización de una cardioversión	3
Decisión de la indicación de ingreso	3

Nivel de supervisión de las actividades propias de la especialidad

Actividad	Nivel de supervisión			
	R1	R2	R3	R4
ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN				
Realizar un control postquirúrgico adecuado, incluyendo el tratamiento del dolor y el cuidado de la herida quirúrgica.	3-2	1	1	1
Identificar precozmente los procesos infecciosos relacionados con la cirugía e iniciar su tratamiento	3-2	1	1	1
Identificar las alteraciones vasculares, problemas respiratorios agudos o cardíacos.	3-2	1	1	1
Realizar correctamente informes de alta hospitalaria.	3-2	1	1	1
Ofrecer una información adecuada a las pacientes y sus familiares.	3-2	1	1	1
ÁREA DE QUIRÓFANO				
Comprobar los protocolos prequirúrgicos.	3-2	1	1	1
Describir la patología, la indicación quirúrgica y la técnica operatoria.	3-2	1	1	1
Preparar el campo quirúrgico.	3-2	1	1	1

Utilizar los instrumentos y el material de campo de manera correcta.	2	1	1	1
Prescribir el tratamiento postoperatorio, incluidas las pautas de analgesia.	2	1	1	1
Solicitar estudio anatomopatológico.	2	1	1	1
Abrir y cerrar pared abdominal.	2	2	1	1
Informar a los familiares en patología no oncológica.	2	2	1	1
Informar a los familiares en patología oncológica.	3	3	2	1
Realización de histeroscopia diagnóstica y exéresis de pequeños pólipos.	2	2	1	1
Realización histeroscopia quirúrgica.	3	2	2	1
Realización de conizaciones cervicales.	2	2	1	1
Exéresis y desbridamiento de quistes vulvares.	2	2	1	1
Laparoscopia diagnóstica y procedimientos simples.	3-2	2	2	1
Histerectomía abdominal, vaginal y laparoscópica	3	3	2	2
Extirpar tumoraciones benignas de la mama	2-3	2	2	1
Resección de miomas.	3	2	2	2
Tumorectomía en cáncer de mama, radioguiada, mastectomía, técnica del ganglio centinela	3	3	2	2
Técnicas de oncoplastia mamaria y linfadenectomía axilar	3	3	3	2
Plastias anteriores y posteriores.	3	2	2	1
Colocación de mallas	3	3	3-2	2
Cirugía del cáncer de ovario, endometrio, cérvix, vulva y vagina	3	3	3	3-2
Cirugía Robótica	3	3	3	3-2
ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS	R1	R2	R3	R4
Anamnesis, exploración, orientación diagnóstica y terapéutica e información a la paciente.	2	2	1	1
Solicitar las pruebas diagnósticas adecuadas a cada proceso e interpretar los resultados	2	2	1	1
Realización de citología cérvico-vaginal, biopsia endometrio, biopsia vulvar y de mama.	2	2	1	1
Técnica de colposcopia.	2	2	1	1
Ecografía ginecológica y transvaginal.	2	2	1	1
Ecografía uroginecológica	NA	NA	2	2
Punciones ecoguiadas.	2	2	2	1
Participación en comités multidisciplinares	NA	NA	2	2
ÁREA DE URGENCIAS/GUARDIA	R1	R2	R3	R4
Urgencias	2-3	NA	NA	NA
- Ver coladre previo				
ESPECIALIDAD GINECOLOGÍA*	3	2	1-2	1-2
Realizar el diagnóstico diferencial y la orientación terapéutica: del prurito genital; del dolor abdominogenital; de las amenorreas y metrorragias; de las molestias mamarias.	2	1	1	1
Indicar un ingreso hospitalario en el caso de que lo considere oportuno para realizar un tratamiento médico en pacientes estables y con síntomas controlados: control de sangrados genitales, dolor pélvico por masas anexiales, enfermedad inflamatoria pélvica, cuerpo lúteo hemorrágico estable	3	2	2	1
Valorar, diagnosticar y tratar las complicaciones menores de la cirugía ginecológica: seromas, pequeños hematomas, oligurias, dolor	3	2	2	1

Postoperatorio problemas leves generales: hipertensión, hipo o hiperglucemias				
Desbridamiento/marsupialización quiste de Bartholino, anexectomía laparotómica o laparoscópica, salpinguectomía por embarazo ectópico en pacientes estables hemodinámicamente, laparoscopias por enfermedad inflamatoria pélvica para diagnóstico y lavados.	3	2	2-1	2-1

NA (no aplica)

*Guardias con adjunto localizado a partir de r2. De R1 siempre habrá un residente mayor acompañándolo

El/la residente deberá consultar cuando considere que necesita supervisión y en todo caso cuando: (situaciones en las que deberá consultar por fuerza)

- En el caso de paciente muy sintomática, inestable o refractaria al tratamiento En el caso de que se considere necesario el ingreso
- En el caso de que se considere necesario el tratamiento quirúrgico.

En situación de emergencia se debe avisar a (un staff de guardia en el hospital de presencia física) que asumirá la responsabilidad de los pacientes en tanto llega el especialista localizado.