

SERVICIO DE TOCOGINECOLOGIA
RECIBI MEMORIA ORGANIZACIÓN 1997

CARMEN CARBONELL MARTINEZ

FRANCISCO MEDINA SENA

RAFAEL CERDA GIMENO

ANTONIO GALLEGO ANDRES

JOSE A. DIAZ GARCIA-DONATO

FERNANDO NARANJO LAPUERTA

ALENJANDRO NAVARRO GIL

SERAFIN PUIG MIGUEL

MARIANO SANZ MARTINEZ

MIGUEL BAREA GOMEZ

JOSE MARTIN JURADO

ISMAEL ZAHRAWI ZAHRAWI

JESUS ARASTEY GIL

FRANCISCO TOMAS BOSCH

YOUSSEF MAHMOUD

JUAN GAMBINI RICAPA

ALBERTO MENDOZA FRANCO

JOSE M. JULIAN TORRES

JOSE P. HERRERA BALLESTER

SALVADOR TORDERA DONDERIS

1.- Introducción

La actividad del Servicio de TocoGinecología del Hospital General Universitario es el resultado de la labor que desarrollan 21 especialistas, 4 residentes y un número mayor entre enfermeras, matronas, auxiliares de enfermería y personal de servicios de apoyo incluido el administrativo.

Dado el número de personas implicadas no es factible el vertebrar una Organización sobre la base de la comunicación interpersonal diaria y, aunque es deseable que esta intercomunicación mejore y este siempre presente, la situación real lleva a que la mejor integración de las actividades solo se pueda conseguir mediante un sistema organizativo definido, claro, adecuado y convenientemente expresado y difundido. De esta forma se facilitará un funcionamiento del Servicio coherente, como equipo, que además permitirá individualizar los problemas que surjan debidos a sus deficiencias o a su incumplimiento.

Este documento trata de definir mejor y clarificar la organización del Servicio, incorporando en ello también algunos principios y protocolos clínicos generales. Con el fin de que la cobertura organizativa sea lo más completa posible, un nuevo documento que se completará durante los primeros meses de 1997, adjuntará muchos de los protocolos clínicos que se van a seguir.

Ni los aspectos más administrativos de la organización, ni los protocolos clínicos son un proceso cerrado, así se van a ir produciendo adaptaciones que pretenderán en primer lugar, lograr los Objetivos Asistenciales, de Investigación y Docentes, en segundo lugar mantener la mejor función y coordinación interior y en la relación con los otros Servicios del Hospital, y finalmente ajustarse a los avances surgidos por el progreso científico.

Todas estas modificaciones se irán realizando de forma gradual, según surjan las necesidades, difiriéndose, al menos, hasta el año 2000 una revisión más completa como la que se realiza en este escrito.

Con la finalidad de que la difusión alcance a todas aquellas personas que pudieran estar interesadas este escrito se facilitará a la Dirección General del Hospital, a la Dirección médica, a la Dirección de Enfermería, a todos los especialistas del Servicio, a los médicos residentes, a las supervisoras de enfermería y a los Sindicatos representativos en el Hospital. También cada administrativa del Servicio tendrá un ejemplar.

En esencia la Organización del Servicio se vertebra sobre tres grupos de equipos:

- a) Equipos Básicos:
- b) Equipos Quirúrgicos
- c) Equipos de Guardias

2.- Equipos Básicos

Los equipos básicos dan respuesta a las diferentes facetas de la especialidad de Obstetricia y Ginecología. Tratan de ajustarse, por un lado, a los Jefes de Unidad y Clínicos existentes y, por el otro lado, se contemplan las subespecialidades reconocidas por la Sociedad de Obstetricia y Ginecología Americana, quedando un modelo híbrido que trata de facilitar la voluntad de integración progresiva, desde el modelo existente antes de 1995 al actual.

2.1 Constitución:

El resultado es la formación de 5 equipos básicos de actividad :

- + Equipo de Calidad de vida
- + Equipo de Reproducción y Anticoncepción
- + Equipo de Oncología Ginecologica
- + Equipo de Riesgo Elevado
- + Equipo de Diagnóstico Prenatal

Cada uno de los equipos lo forman 4 especialistas, actuando como coordinador y responsable un Jefe de Unidad o un Jefe Clínico. En todos los equipos se ha tratado de que existan dos miembros liberados de realizar guardias. En algun equipo hay más de un Jefe Clínico, quedando la responsabilidad global compartida, pero se matiza cual es el aspecto de responsabilidad prioritaria de cada uno de los Jefes Clínicos.

Los miembros de cada equipo deben coordinar sus vacaciones, asistencias a cursos y congresos, actividad quirúrgica, y guardias, de forma que se pueda dar una respuesta, en las actividades que el equipo tiene asignadas, tanto en los periodos de actividad normal como en los periodos de vacaciones. Se mantendrá la situación preferencial de actividades, que se define en el capítulo correspondiente cuando se presente un conflicto de obligaciones. En este sentido es necesario recalcar que nunca, los dos miembros liberados de guardias de un equipo deben de estar simultáneamente ausentes sino es por motivos de fuerza mayor.

2.2 Objetivos generales :

Cada equipo se encargará de dar una asistencia especializada a los diferentes aspectos de la especialidad, sin perjuicio de que se participe tambien tanto en la patologia ginecológica u obstétrica generales en los momentos en que se les asigne.

2.2.1 El equipo de **Calidad de Vida**, incluye dos secciones:

- Urologia Ginecológica (Tg 40): Profilaxis, diagnóstico etiológico y tratamiento de la incontinencia urinaria de la mujer.

- Endocrinologia Ginecologica (Tg 45): Estudio y tratamiento de la patologia que cursa con alteraciones funcionales del ovario, así como la conducción de la menopausia patológica.

Para realizar esas funciones dispone diariamente a tiempo completo de una policlínica, y de un gabinete para exploraciones y a tiempo parcial, otra policlínica. Los Lunes dedicaran su policlínica a Ginecología General.

2.2.2 El equipo de **Reproducción y Anticoncepción** se dedica al estudio y tratamiento de la pareja estéril (TG 50) y a los tratamientos de anticoncepción definitiva en la mujer y a interrupciones de embarazos (IVE) correspondientes al I y II supuesto legal (TG 06). Para realizar estas funciones disponen a tiempo completo de una policlínica y de un laboratorio anexo. Esta policlínica se dedica todos los Viernes a Ginecología General.

2.2.3 El equipo de **Oncología Ginecológica** (TG 60) tienen como objetivos el diagnóstico precoz, el estadiaje, el tratamiento y el seguimiento del cáncer genital. Incluye, al igual que el de Calidad de Vida, dos secciones:

- Tracto genital inferior: Vulvo-perineales, vaginales y cervicales.
- Tracto genital superior: Uterinas, tubáricas y ovarioperitoneales.

Este equipo revisa todos los informes citológicos e histopatológicos cuando llegan de Anatomía Patológica, con el fin de dar un curso individualizado, en caso de resultados positivos. También da el soporte clínico a la Hospitalización Ginecológica.

Dispone a tiempo completo de una policlínica, dotada con un colposcopio, y de todo el instrumental preciso para citologías y biopsias vulvares, vaginales, cervicales y endometriales. Dispone de un despacho adicional en la Sala de Ginecología. Los Jueves atiende la policlínica ginecológica general.

2.2.4 El equipo de **Riesgo Elevado** se dedica a la conducción de gestaciones con patologías definidas y de riesgo (TG 30) , pero además lleva a cabo un programa de Diagnóstico Precoz de las alteraciones del crecimiento fetal, ofertado a todas aquellas gestantes nulíparas o multíparas con antecedentes de fetos con desviaciones del crecimiento (TG 34). También da cobertura asistencial a las gestantes y puerperas hospitalizadas .

Para realizar estas funciones disponen a tiempo completo de una policlínica, que dedica los Miercoles a Ginecología General, y un local con dos monitores, y a tiempo parcial de un ecógrafo, un Doppler continuo y un ordenador, y de un despacho en la Sala de Hospitalización de Maternidad.

2.2.5 El equipo de **Diagnóstico Prenatal** se dedica a la patología de la primera mitad de la gestación, la patología infecciosa asociada a la gestación (en especial HIV positivos) y las gestaciones de riesgo de parto pretermino tanto a nivel de Hospitalización como ambulatorio (TG 20). Realiza las revisiones postparto y postaborto. Implementa un programa de Diagnostico Precoz de las Malformaciones (TG 21). Finalmente se ocupa de las finalizaciones de la gestación, del III supuesto, secundarias al programa diagnóstico que desarrolla. Los Martes su policlínica se dedica a Ginecología General.

Este equipo dispone, a tiempo completo, de una policlínica y, a tiempo compartido, de un ecógrafo, un Doppler continuo y un ordenador.

3.- Actividad quirúrgica :

3.1 El equipo quirúrgico

El equipo quirúrgico es la unidad funcional de la actividad quirúrgica, encargándose cada equipo de un día de la semana. Se forman así 5 equipos.

Cada equipo está formado por cuatro especialistas, evitando que coincidan dos de una misma Sección Básica, de un Equipo de Guardia o que realicen guardias en días sucesivos. El equipo quirúrgico dispone de un residente, que cambiará cada trimestre.

La actividad quirúrgica de un equipo es la resultante de la gestión de las pacientes propuestas para tratamiento quirúrgico, en su mayoría por sus propios miembros.

En tanto en cuanto solo se disponga de un quirófano, los miembros del Equipo Quirúrgico que no esten en el quirófano darán soporte al equipo de Guardia en Urgencias o, si se precisa allí donde se les asigne. Con este objetivo, para permitir una adecuada gestión del personal, la participación de un miembro en el quirófano se hará de forma continuada, sin interrupciones y reentradas.

Se evitará asumir obligaciones en el quirófano programado los días de Guardia o de libranza. Si se asumieran se deberán comunicar el día precedente las razones, para obtener autorización, al Jefe de Servicio, precisando también quien va a hacerse cargo de las obligaciones en Urgencias y a que día se traslada la libranza.

3.2 El coordinador :

Es el Jefe Clínico responsable de la ordenación de la actividad del equipo quirúrgico del día. En caso de que en un mismo grupo haya más de un Jefe Clínico asumirá el papel de Coordinador el de mayor antigüedad, salvo que por acuerdo entre ellos se establezca lo contrario.

Debe de aplicar los criterios técnicos convenientes para conseguir la máxima rentabilidad del quirófano, evitando anulaciones e incumplimientos. En este sentido debe de evitar programar un mismo día más de una paciente que pueda necesitar UCI, además en los días en que se programe una de estas pacientes se incluirá de forma condicional, al menos, otra paciente del día siguiente.

El Coordinador debe de velar para que se cumplan los programas y protocolos, tanto pre como postquirúrgicos, individualizando su aplicación, y vigilar la buena práctica y el avance en las técnicas quirúrgicas.

El Coordinador es responsable de la gestión adecuada de los miembros de su equipo, evitando asignarles tareas los días de guardia o de libranza, y de ordenar sus actuaciones quirúrgicas de forma que faciliten su incorporación rotatoria al equipo de Guardia en Urgencias o a otras actividades en que pudieran necesitarse. Asignará el horario con el que ese día cada uno de sus miembros estarán reforzando al equipo de guardia en Urgencias.

Finalmente el Coordinador debe hacer ejecutivo el que su equipo cumpla los objetivos docentes quirúrgicos asignados con los residentes. Estos objetivos docentes de cada equipo en los diferentes trimestres del año se fijan más adelante en el apartado correspondiente.

3.3 El procedimiento prequirúrgico ambulatorio

El procedimiento quirúrgico se inicia con el diagnóstico y la indicación del tratamiento, finalizando tras el alta, después de las oportunas revisiones post quirúrgicas.

En el momento de la indicación del tratamiento quirúrgico:

- a) La paciente firmará la hoja de consentimiento informado, que se incluirá en la Historia Clínica
- b) Se solicitará el protocolo general y específico prequirúrgico, que se le entregará a la paciente debidamente ordenado (laboratorio, radiología, Interconsultas)
- c) Se cumplimentaran las Hojas de inclusión en la lista quirúrgica, sin consignar la fecha de hospitalización, dejándose en la Historia Clínica.
- d) Se le dirá a la paciente que antes de dos semanas se le comunicará telefónicamente y por correo, la fecha probable de intervención y los días que debe acudir a que le realicen las exploraciones solicitadas.
- d) La Historia Clínica, con todos sus contenidos adecuadamente cumplimentados y ordenados, se le entregara a la Secretaria, para que la traslade al Jefe del Servicio quien, tras analizar que se cumplen los requisitos clínicos y que se implementan adecuadamente los protocolos, asignará la fecha de intervención, concertará la citación para las exploraciones complementarias, comunicando todas estas circunstancias a la paciente. Si algun apartado fuera inadecuado la paciente seria recitada para reconsiderar la indicación.

Si la paciente necesita un seguimiento prequirúrgico (sospecha de una anemia, posible infección urinaria, etc...) se pedirán, aparte del protocolo general, las exploraciones adicionales pertinentes, previas a las del protocolo prequirúrgico general y específico, y se la citará en el TG 90. Las pacientes ya propuestas para intervención solo deben de ser citadas a través del TG 90, fijándose la fecha y el médico que la cita.

El día anterior a la fecha de intervención, la paciente será citada a las 12:00 horas para que el Jefe del Equipo Quirúrgico valore todos los aspectos relacionados con la intervención, si puede realizarse el día siguiente, o si se reprograma. La paciente firmará de nuevo el consentimiento informado si se cambia el tipo de intervención y la autorización de transfusión. Se realizará la reserva de sangre y se fijaran los aspectos específicos de la preparación prequirúrgica y del seguimiento postquirúrgico. Se señalará a la paciente que debe ingresar en la Sala de Ginecología esa tarde entre las 16 y 17 horas, pudiendo quedar ingresada en ese mismo momento si existen circunstancias que lo aconsejen.

La intervención conviene que la realice el mismo médico que la indicó, aunque si existen razones técnicas, administrativas o docentes la podrá realizarla otro miembro del equipo quirúrgico. Todas las intervenciones asignadas al residente tendrán un especialista como ayudante. Es criterio del Coordinador el resolver finalmente sobre estas cuestiones.

La anulación de una intervención la traslada al día siguiente, haciéndose cargo el nuevo equipo, comunicándose todos los detalles a Jefe de ese equipo quirúrgico.

3.4 Evaluación general prequirúrgica

Incluye todas las exploraciones tendentes a conocer el grado y alcance de las enfermedad(es) que se van a someter a corrección quirúrgica, las que evalúan el estado general de salud, y la capacidad de soportar la agresión quirúrgica, y las que se orientan al seguimiento de tratamientos que se establecen tras la intervención. En su vertiente general se debe de realizar:

Evaluación clínica: Es la más importante, y consiste en una completa y adecuada cumplimentación de la Historia Clínica. Realizar una anamnesis detallada y, adicionalmente, interrogar sobre la actividad laboral, el grado de ejercicio que tolera, la aparición de disnea u otros problemas al andar, al subir escaleras, etc... haciéndose constar estos datos en la exploración general o en la hoja de seguimiento.

Evaluación analítica: La protocolizada de forma general, de acuerdo con los anestesiólogos, incluye un hemograma, la coagulación estándar, y la química básica (glucosa, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, GOT, GPT, GGT y colinesterasa) a lo que convendría añadir, en las pacientes postmenopáusicas o en las que se va a realizar una anexectomía bilateral, colesterol, colesterol-HDL y triglicéridos. En las pacientes con riesgos se pedirá de forma informada la serología HBsAg y HIV.

Evaluación cardiorrespiratoria: Es habitual el que se pida un ECG, que sería imprescindible en pacientes de más de 45 años, en las fumadoras e hipertensas y con antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorias. Las pruebas funcionales respiratorias solo habría que solicitarlas en aquellas pacientes con antecedentes de enfermedades broncopulmonares o con limitaciones al ejercicio habitual.

Otras evaluaciones : A aquellas pacientes que se les vaya a realizar una anexectomía bilateral antes de la menopausia natural, o en los 12 meses siguientes a la menopausia, así como en todas las de 50 ó más años, en las que no se les haya realizado una mamografía en los 12 meses anteriores, se les pedirá una mamografía. En todos los casos se deberá disponer también de una citología cervical reciente.

Evaluación en la clínica de preanestesia: En tanto en cuanto no exista la posibilidad de que todas las pacientes puedan ser vistas por los anestesiólogos antes de la intervención, se remitirán a consulta de preanestesia solo a las pacientes con enfermedades conocidas, las obesas, las que presenten alergias medicamentosas o limitaciones funcionales y todas las que tengan más de 60 años.

3.5. Ordenación del parte quirúrgico :

En la práctica general, la asignación de la fecha de intervención, se realizará teniendo en consideración que en las enfermedades ginecológicas que necesitan ser tratadas quirúrgicamente tenemos dos grupos:

+ Enfermedades en que la demora disminuye las posibilidades de curación, son la neoplasias, para las que se mantendrán huecos en la lista quirúrgica para que sean intervenidas entre 2 y 4 semanas.

+ Enfermedades en que una demora razonable permite preparar y mejorar las condiciones generales de la paciente o la situación de la propia enfermedad, para afrontar el tratamiento quirúrgico, entre estas tenemos:

- Plazo de 3 a 6 meses, miomas y endometriosis
- Plazo de 9 a 12 meses, distopias y incontinencia urinaria.

La pacientes que consulten por esterilidad, que necesiten laparoscopia diagnóstica se consideraran en la misma situación que los miomas y la endometriosis.

Las pacientes que soliciten esterilización tubárica se incluirán en la fechas disponibles para ello, que en las condiciones actuales se limitaran a la semana previa y a los días de vacaciones de Navidad, Fallas y Pascua, así como a las dos semanas últimas del mes de Julio y al mes de Agosto. Esta ordenación resulta funcional tanto para el Hospital como para las pacientes, al tratarse hospitalizaciones breves.

En la Ordenación de la lista quirúrgica se incluirá diariamente una intervención por prolapso o incontinencia, otra por mioma, endometriosis o similares, completándose el parte quirúrgico con una paciente Oncológica o, en su defecto, con otra intervención de los dos primeros grupos o una evaluación de una Esterilidad. Esporádicamente, los días con casos de menor duración se incluirá un intervención breve.

3.6 Docencia quirúrgica: Objetivos docentes

La comisión nacional de especialidades establece una actividad quirúrgica mínima que debe completarse en el periodo de la residencia y que es responsabilidad conjunta en los Servicios con acreditación docente. En la actualidad la adscripción de los residentes a los equipos quirúrgicos esta reglada y responde al siguiente esquema:

	<u>Trimestre anual</u>			
	<u>Primero</u>	<u>Segundo</u>	<u>Tercero</u>	<u>Cuarto</u>
Lunes	R-1	R-2	R-3	R-4
Martes	R-2	R-3	R-4	R-1
Miercoles	R-3	R-4	R-1	R-2
Jueves	R-4	R-1	R-2	R-3
Viernes	R'	R'	R'	R'

R' = cada semana es un residente distinto.

Los objetivos docentes de los equipos son:

Lunes:

Primer trimestre, tiene el R1 al que debe de enseñar la adecuada técnica de preparación personal para trabajar en un quirófano. Instrumental quirúrgico usual. Tipos de suturas, tipos y practica de realizar nudos. Preparación de la paciente parar la cirugía abdominal y vaginal. Deberá finalizar el trimestre habiendo además realizado dos suturas de piel en heridas laparotómicas, otras dos sobre periné. El sondaje de la paciente y reconocimiento bajo anestesia en todos los casos de cirugía vaginal. La practica de al menos dos legrados.

En el segundo trimestre tiene el R2 al que ya se le permitirá el cierre completo de la pared abdominal en incisiones medias y Pfannestiel, de forma habitual, la suturas del periné en todas las plastias posteriores, la apertura abdominal mediante incisión abdominal media en dos ocasiones y mediante Pfannestiel en al menos otra ocasión. La realización de dos plastias anteriores y dos plastias posteriores.

El tercer trimestre tiene el R3 al que permitirá realizar al menos 2 hysterectomías abdominales y otras 2 hysterectomías vaginales.

El cuarto trimestre tiene el R4 al que permitirá al menos 2 hysterectomías abdominales y otras 2 hysterectomías vaginales.

Martes:

En el primer trimestre tiene el R2 al que ya se le permitirá el cierre completo de la pared abdominal en incisiones medias y Pfannestiel, de forma habitual, la suturas del periné en todas las plastias posteriores, la apertura abdominal mediante incisión abdominal media en dos ocasiones y mediante Pfannestiel en al menos otra ocasión. La realización de dos plastias anteriores y dos plastias posteriores.

El segundo trimestre tiene el R3 al que permitirá al menos 2 hysterectomías abdominales y otras 2 hysterectomías vaginales.

El tercer trimestre tiene el R4 al que permitirá realizar al menos 2 hysterectomías abdominales y otras 2 hysterectomías vaginales.

En el cuarto trimestre tiene el R1 al que ya se le permitirá el cierre completo de la pared abdominal en incisiones medias y Pfannestiel, al menos en 4 ocasiones; la suturas del periné en todas las plastias posteriores, la apertura abdominal mediante incisión abdominal media en dos ocasiones y mediante Pfannestiel en al menos otra ocasión. La realización de dos plastias anteriores y dos plastias posteriores.

Miercoles:

Primer trimestre, tiene el R3 al que permitirá realizar al menos 2 hysterectomías abdominales y otras 2 hysterectomías vaginales.

El segundo trimestre tiene al R4 al que permitirá realizar al menos 2 hysterectomías abdominales y otras 2 hysterectomías vaginales.

El tercer trimestre tiene el R1 que seguirá en la línea del trimestre anterior, permitiéndole la sutura de la piel y tejido graso subyacente en las laparotomias y el periné en la cirugía vaginal. Se le permitirá la apertura de una incisión laparotómica media y un Pfannestiel, sin apertura peritoneal.

En el cuarto trimestre tiene el R2 al que ya se le permitirá el cierre completo de la pared abdominal en incisiones medias y Pfannestiel, de forma habitual, la suturas del periné en todas las plastias posteriores, la apertura abdominal mediante incisión abdominal media en dos ocasiones y mediante Pfannestiel en al menos otra ocasión. La realización de una histerectomía vaginal con plastias y de una histerectomía abdominal, con o sin anexectomía.

Jueves:

Primer trimestre, tiene el R4 al que permitirá realizar al menos 2 histerectomías abdominales y otras 2 histerectomías vaginales.

El segundo trimestre, tiene el R1 sobre el que se seguirá insistiendo en la técnica de preparación personal para trabajar en un quirófano, el instrumental quirúrgico usual. Los tipos de suturas, tipos y practica de realizar nudos. La preparación de la paciente parar la cirugía abdominal y vaginal. Al finalizar este trimestre debrá haber realizado dos suturas de piel en heridas laparotómicas, y otras dos sobre periné. Se le permitiran realizar los legrados. Debe de habituarse al sondaje de la paciente y al reconocimiento bajo anestesia en todos los casos de cirugía vaginal.

En el tercer trimestre tiene el R2 al que ya se le permitirá el cierre completo de la pared abdominal en incisiones medias y Pfannestiel, de forma habitual, la suturas del periné en todas las plastias posteriores, la apertura abdominal mediante incisión abdominal media en dos ocasiones y mediante Pfannestiel en al menos otra ocasión. La realización de dos plastias anteriores y dos plastias posteriores. La realización de una Histerectomía vaginal y otra abdominal.

El cuarto trimestre tiene el R3 al que permitirá realizar al menos 2 histerectomías abdominales y otras 2 histerectomías vaginales.

Viernes:

El caracter rotatorio de los residentes de este grupo lleva a seguir en el programa en que se encuentra en cada momento el residente que le pertenece, pero al menos deberan permitir en cada trimestre que el R1 suture dos heridas laparotómica y dos plastias posteriores, el R2 realice una plastia posterior, que el R3 y el R4 realicen una histerectomía abdominal y una vaginal.

4.- Equipos de guardias:

4.1 Formacion

Los equipos de guardia se formaron teniendo en cuenta la pertenencia a los Equipos de Actividad Básica, evitando que dos miembros de un mismo Equipo realizaran guardias conjuntas o en días sucesivos y también en su experiencia profesional.

Los equipos formados fueron 7, manteniendose los mismos actualmente:

A.- Dr. Gambini y Dra. Colom*	1997
B.- Dr. Yousef y Dr. Gallego	1998
C.- Dr. Puig y Dr. Zaharawi	1999
D.- Dr. Tomas y Dr. Barea	2000
E.- Dr. Martin	2001
F.- Dr. Naranjo y Dr. Diaz*	1995
G.- Dr. Arastey y Dr. Garcia Loscos*	1996

El equipo del Dr. Martin se completa de forma rotatoria, con los ajustes necesarios por los otros miembros que hacen guardias.

Dada la dificultad para conseguir un consenso se optó por establecer un turno continuo rotatorio entre el primero de Octubre de un año y el 30 de Junio del siguiente. La secuencia básica general repetitiva, atendiendo que el ciclo comenzó por sorteo con la letra F, el domingo 1/10/95 :

L	M	X	J	V	S	D
G	A	B	C	D	E	G
A	B	C	D	E	F	A
B	C	D	E	F	G	B
C	D	E	F	G	A	C
D	E	F	G	A	B	D
E	F	G	A	B	C	E
F	G	A	B	C	D	F

Esta secuencia altera su orden ocasionalmente para que queden equilibrados al máximo los días sábados, domingos y festivos no fijos.

Mantenido el orden y la constitución de los equipos, cada primero de Octubre, en tanto no se produzcan cambios significativos que llevarian a un nuevo sorteo, se reiniciará la secuencia por el equipo siguiente, correspondiendose con los años que se han anotado arriba, junto a los componentes de los equipos de guardia.. Esta ordenación permite que las fiestas fijas, en especial el día de Navidad, se cubra de forma rotatoria, no repitiendose más que cada 7 años.

4.2 Funciones

Atender a las pacientes que acudan al Area de Urgencias de Obstetricia y Ginecología, a los Partorios y al Area de Urgencias General del Hospital.

Tambien atenderá las situaciones que se generen en las Salas de Hospitalización de Maternidad y Ginecología fuera del horario habitual laboral.

Deberan así mismo realizar la tutela de las pacientes que queden en Observación por situaciones que hayan surgido en la propia área de Urgencias o de otros puntos asistenciales del Servicio.

Los Domingos y dias festivos y los sábados en periodos vacacionales se encargaran tambien de dar las altas que procedan de la Maternidad y de la Sala de Ginecología así como dar cobertura asistencial a las pacientes de estas Salas de Hospitalización que lo precisen.

4.3 Procedimientos generales

La asistencia a las pacientes que acudan a esta Area será de acuerdo a la buena práctica profesional, siguiendo los protocolos que se hayan previsto para las situaciones más habituales de asistencia en esta Area.

Las **pacientes Obstétricas** que no necesiten Hospitalización se remitiran al Tocologo o a la Matrona de Zona, salvo que se detecte una patologia definida: Gestación múltiple, Retraso del Crecimiento Intrauterino, Placenta Previa, Hipertensión, Diabetes... en las que con el oportuno informe se remitiran a la UDCA para ser citadas en nuestra policlínica. Si se considera que la atención a estas pacientes se debe de repetir en un plazo inferior a una semana, estas pacientes deben de ser Hospitalizadas para una observación y evaluación más específica. Las pacientes que consultan por el programa de evaluación de todas las gestantes el dia 280 de embarazo, tras la evaluación, si es normal, deben de remitirse a Policlínica, en el TG 30 para ser revaloradas cinco dias despues: Este quinto dia si es sábado se adelantará al dia anterior, viernes y si es domingo al dia posterior, lunes. En aquellas situaciones de varios dias festivos consecutivos se reevaluaran en Urgencias cinco dias despues.

Las **pacientes ginecológicas** que no necesiten Hospitalización y a las que no se les diagnostica una patologia que requiera un tratamiento con internamiento hospitalario, se las remitirá al Ginecólogo del Centro de Especialidades. Si a estas pacientes se les practica alguna biopsia o se diagnostica una patologia que necesitará tratamiento hospitalario no urgente, se remitirá el Informe a la UDCA para citar y seguir adecuadamente en la policlínica. Si la situación va a requerir tratamiento hospitalario o reevaluación de la paciente antes de una semana, la paciente debe de ser ingresada. Debe evitarse el realizar citaciones de memoria en policlínica ya que pueden resultar no adecuadas por la distribución del trabajo existente y son origen de conflictos, al cambiarse despues, para una mejor ordenación del trabajo, el momento de la citación

4.4 Cambios de Guardia e Imprevistos

La lista de guardias anual, desde el primero de Octubre al 30 de Junio, será expuesta en Septiembre con el fin de que se pueda observar si se ha deslizado algun error. Despues cada mes estará disponible, durante el mes anterior, para realizar cambios hasta que de forma oficial se remita a Dirección médica. En estos cambios se debera de tener en cuenta y asumir todas las otras obligaciones quirúrgicas y del grupo de actividad básica y no se podran realizar, sin autorización del Jefe del Servicio, con los especialistas que solo estan vinculados con el Servicio en las Guardias de Urgencia, ni con el R4. Los no miembros del Servicio que realicen guardias las podran cambiar entre ellos.

Cuando una lista ha sido ya remitida a Dirección médica no se podran realizar cambios de guardia, aunque se ajusten a los principios expuestos sin la autorización del Jefe del Servicio.

Ocasionalmente, por motivo de enfermedad o por otros imprevistos personales, hay que cubrir alguna guardia, para ello se seguirá la lista siguiente que define la situación actual de orden para realizar estas sustituciones:

- Dr. Puig (3)
- Dr. Barea
- Dr. Tomás
- Dr. Yousef
- Dr. Zahrawi
- Dr. Arastey
- Dr. Gallego
- Dr. Gambini
- Dr. Martin
- Dr. Naranjo

Cuando alguien provoque una de estas coberturas, salvo por enfermedad con baja laboral, se convertirá en deudor del sistema, pasando al primer lugar tantas veces como sustituciones de este tipo se le hayan realizado.

4.5 Libranzas, Graciables, Permisos y Vacaciones

Tras una guardia el médico especialista debe de librar de sus obligaciones el dia siguiente de la guardia o el siguiente dia laboral, si la guardia ocurre en vispera de festivo, viernes o sábado.

Las **libranzas** de guardia se ajustaran siempre a este esquema legal, que solo se modificaria si fuera absolutamente imprescindible por las necesidades del Servicio. Esta situación solo puede ser valorada por el Jefe del Servicio. Demorada una libranza, se fijará el dia en que se va a producir no pudiendose acumular más de una libranza salvo situaciones muy excepcionales.

Los días **graciables** de Navidad y Pascua es difícil, con el sistema de guardias, que se puedan disfrutar de forma continuada, en compensación los médicos que hacen guardias podrán disfrutar de estos días graciables en las fechas que deseen, siempre que no acumulen más de 5 días o los pretendan disfrutar en los meses de Julio, Agosto o Septiembre.

En los **permisos** que se soliciten, que coincidan con días de guardia se deberá de comunicar esta circunstancia y acompañarse de la hoja correspondiente de cambio de guardia adecuadamente cumplimentada, ajustándose a los principios ya expuestos.

Durante los periodos vacacionales (Navidad, Pascua y meses de Julio, Agosto o Septiembre) no se concederán permisos para la asistencia a Cursos o Congresos.

Si se toman las **vacaciones** fuera de los meses de Julio, Agosto y Septiembre, la autorización de las mismas se encuentra supeditada a que se acompañe de las hojas de cambio de guardia correspondientes.

5.- Policlínica

5.1 Estructura y Funcionamiento

Todos los Grupos Basicos disponen al menos de un local propio para consultas externas. Esta consulta se dedicará un día de la semana para atender a las pacientes de la policlínica Ginecológica General que se les asignen.

El Grupo de Calidad de Vida dispone de un laboratorio de Urodinamia. Atiende la Policlínica Ginecológica General los Lunes.

El Grupo de Diagnóstico Prenatal dispone de un local adicional con un ecógrafo entre las 08:00 y las 12:00 horas para la realización del programa de detección de malformaciones fetales (TG 21) y ecografías diagnósticas en las primeras 22 semanas de gestación. Atiende la Policlínica Ginecológica General los Martes.

El Grupo de Gestaciones de Riesgo Elevado tiene una estancia adjunta con dos tococardiografos para monitorizaciones fetales y dispone de un ecógrafo entre las 12:00 y las 15:00 horas para la realización del programa de detección de alteraciones del crecimiento fetal y ecografías diagnósticas a partir de la semana 23 de gestación. Atiende la Policlínica Ginecológica General los Miercoles.

El Grupo de Oncología Ginecológica dispone de una policlínica. Atiende la Policlínica Ginecológica General los Jueves.

El Grupo de Reproducción y Anticoncepción dispone además de un laboratorio, cuyo microscopio estará disponible para los exámenes en fresco que se necesiten realizar. Atiende la Policlínica Ginecológica General los Viernes.

5.2 Ecografía

Durante el horario laboral existen en la Policlínica dos ecógrafos.

El ecógrafo situado en la Policlínica número 10 se dedica preferentemente a los programas correspondientes de los Grupos de Diagnóstico Prenatal y de Gestaciones de Riesgo Elevado. Estos programas tienen ya un soporte informático por lo que todas sus exploraciones se ajustarán al protocolo informático, introduciéndose todos los datos en el ordenador, dándosele a la paciente, para entregar al especialista, el informe correspondiente. En las ecografías que se realicen fuera de programa se dejará una copia del informe ecográfico debidamente cumplimentado para la cuantificación de la actividad.

El ecógrafo situado en la Policlínica 00 se dedicará preferentemente a exploraciones ginecológicas, dado que no se dispone aun de un soporte informático se rellenará la Hoja de informe correspondiente, dejándose una copia de registro de la actividad en la carpeta preparada a tal efecto. Ya que no es posible el instrumentar horarios de uso, hay que atender a la situación de disponibilidad para utilizar el ecógrafo.

5.3 Histeroscopia y Cistoscopia

La Policlínica 5 tiene instalado el sistema de exploraciones endoscópicas ambulatorias cuya disposición trata de favorecer el aprendizaje de la cistoscopia e histeroscopia por parte de todos los miembros médicos del Servicio.

Esta policlínica será ocupada por la Unidad de Calidad de Vida, por lo que la realización de Cistoscopias o Histeroscopias por miembros de otras Unidades se limitará al siguiente horario: entre las 08:00 y las 09:00 y entre las 13:00 y 15:00.

6.- Sala de Ginecología

La sala de Ginecología, ubicada en la segunda planta, es el punto preferente de Hospitalización de todas las patologías ginecológicas, a las que se añadirán pacientes obstétricas, en especial la patología de la primera mitad de la gestación, hasta la semana 23, y los casos más tardíos en los que sea aconsejables (fetos muertos). Dado que la mayoría de sus acciones son la preparación y cuidados prequirúrgicos y los cuidados postquirúrgicos hasta el alta, se apuntan a continuación los protocolos generales a los que se ajustarán estas acciones.

6.1 Preparación prequirúrgica:

En la sala de Ginecología se produce la preparación y los cuidados prequirúrgicos inmediatos de las pacientes, por lo que para facilitar esa labor, se ha diseñado el siguiente plan de **preparación prequirúrgica**, en el que además de los habituales cuidados sobre la limpieza, rasurado y antisepsia genital se incluye:

6.1.1 Preparación intestinal:

La preparación intestinal habitual se reduce a dieta absoluta de 8 horas y a la administración de un enema, la noche anterior a la intervención.

Una preparación intestinal más completa, se aplica por indicación expresa del cirujano, que lo debe de anotar en la Historia y comunicar a enfermería. El procedimiento que se aplicaría sería:

- Dieta hídrica desde 24 horas antes de la intervención, con vía de mantenimiento glucosalino.
- Goliteli, 200 ml (un vaso) cada 15 minutos hasta que la defecación sea límpida (2000 a 3000 ml)
- Enema de limpieza de 1 litro de agua tibia más Duphalac u Hodernal a las 00:00 y 06:00 horas del día de la intervención.
- Amoxicilina / Clavulánico 1 vial i.v. a las 07:00

6.1.2 Profilaxis tromboembólica:

No se administra de forma generalizada ninguna profilaxis tromboembólica, aunque se trata de mantener la movilidad de la paciente hasta el momento de bajar a quirófano y promoverla precozmente tras la intervención. Si se desea una profilaxis se deberá indicar en la Historia y comunicarlo a enfermería.

Las pacientes de riesgo en que sería recomendable esta profilaxis son:

- + Antecedente de tromboembolismo venoso profundo
- + Antecedente de tromboembolismo pulmonar
- + Trombofilia conocida
- + Varices o obesidad
- + Administración de estrógenos
- + Embarazo y puerperio
- + Edad superior a los 40 años
- + Intervención de duración superior a 1 hora.
- + Intervención oncológica
- + Intervención por o con complicaciones infecciosas.
- + Inmovilización postoperatoria

La profilaxis se realizará la mañana de la intervención (2 - 4 horas antes), salvo si se van a utilizar bloqueos loco-regionales en que se administrará después de ésta.

El fármaco de elección es una heparina de bajo peso molecular, estando en estos momentos disponible en el Hospital la Nadroparina cálcica (Fraxiparina) en dosis de 0.3 ml, que corresponden a 7500 unidades anti-Xa, administrándose una dosis cada 24 horas hasta la total y libre deambulacion de la paciente.

No se debe de administrar la profilaxis en casos de Hipertensión arterial severa, hemorragias gástricas y digestivas recientes, hepatopatías o enfermedades hematológicas

Su aplicación a las pautas indicadas no precisa ningún control.

6.1.3 Profilaxis antibiótica:

Se realizará en todas las pacientes, cuando se vayan a bajar al quirófano administrando 1 g. de Cefalotina (Kurgan) o de Fosfomicina por vía intramuscular, dosis que se repetirá a las dos horas de finalizada la intervención. Salvo complicaciones o cirugía de larga duración no se va a administrar más antibioterapia. En las pacientes con preparación intestinal la profilaxis se realizará con Amoxicilina/Clavulánico.

6.1.4 Controles preoperatorios inmediatos:

Al llamar a la paciente al quirófano la enfermera controlará la Tensión Arterial administrando, a continuación la profilaxis antibiótica. Se invitará a la paciente, si es posible, a que se desplace al baño y orine.

6.2. Cuidados postoperatorios:

Durante el **postoperatorio** se seguirán, en intervenciones con apertura peritoneal, las siguientes medidas estándar:

6.2.1 Fluidoterapia:

Durante las primeras 24 horas se pautan 3000 ml, de estos 2000 ml. de Ringer-lactato y 1000 ml. de Glucosado isotónico. Esta pauta se interrumpirá, transcurridas al menos 18 horas de la intervención, si la paciente tolera la ingesta de agua y la diuresis es superior a 1500 ml. En los casos de cirugía vaginal que no incluya la apertura peritoneal las perfusiones se reducirán a 2000 ml, pudiendo interrumpirse a las 12 horas si tolera la ingesta de líquidos. En las intervenciones menores las pautas serán equivalentes a 2000 ml. en 24 horas pero retirándose tan pronto inicie la ingesta de agua.

6.2.2 Analgesia:

En las primeras 24 horas, por vía intravenosa, se administrarán cada 6 horas si no hay contraindicación, 2 g. de Metamizol magnésico (Nolotil). Tras interrumpir la fluidoterapia se seguirá por vía intramuscular, con una cadencia de 8 horas. La última dosis se administrará la noche siguiente al día de la intervención.

6.2.3 Motilidad intestinal:

Con el fin de disminuir la incidencia de náuseas y vómitos se administrará, mientras se mantenga la fluidoterapia, 10 mg. de metoclopropamida (Primperan) por vía intravenosa lenta cada 8 horas.

6.2.4 Controles postoperatorios:

Se controlará la tensión arterial, el pulso, la temperatura, el volumen de diuresis y de eliminación por drenajes cada 30 minutos la primera hora, después a las dos horas y, si esta estable, cada 6 horas hasta las 24 horas, para seguir cada 12 horas.

Promover la movilidad en la cama desde el inicio, la ingesta de líquidos progresiva a partir de la 12 horas y la bipedestación y deambulación desde la 18 horas.

El día siguiente de la intervención se pedirá un hemograma de control.

La sonda vesical, si la orina es clara y no existe indicación al contrario, se retirará a las 24 horas, salvo en el caso de las intervenciones por Incontinencia Urinaria de esfuerzo que se mantendrá tres días, el último pinzándola y despinzándola cada 4 horas.

Los drenajes se retirarán a las 24 - 48 horas según volumen evacuado.

6.2. Otros aspectos y programación del alta :

La hospitalización de la paciente se produce en tanto en cuanto necesite de la atención propia del hospital, en ningún caso situaciones administrativas justificaran una Hospitalización.

Solo se ingresaran antes de la intervención para su evaluación prequirúrgica a las pacientes oncológicas en que sea absolutamente necesario.

En el postoperatorio el alta, en ausencia de complicaciones, se producirá cuando se hayan restarado todas las funciones fisiológicas. En general se podrá realizar al tercer día, tras cirugía vaginal y al cuarto día en las laparotomias. Con el fin de que los problemas miccionales no contribuyan a alargar innecesariamente la Hospitalización tras las intervenciones por Incontinencia Urinaria, se enseñará la técnica de autosondaje a las pacientes o, en caso en que este no sea posible por la condición de la paciente, se utilizará un drenaje suprapúbico.

7.- Sala de Obstetricia

Tiene a su cuidado las gestantes patológicas que precisan Hospitalización y las que estan en fase de latencia del parto así como a las puerperas. Con el fin de que se tenga una guía de las actuaciones generales a realizar sobre estas pacientes se diseñan los siguientes protocolos generales.

7.1 Gestantes:

La Hospitalización de las gestantes solo estará justificada para su evaluación en casos de problemas coincidentes en los que no sea conveniente la conducción ambulatoria (roturas prematuras de membranas) o que precisen una valoración o reajuste hospitalario (hemorragias, diabetes, hipertensión, etc...). Las gestantes normales solo se hospitalizaran llegada la fase de latencia del parto, definida esta por la existencia de más de una contracción buena cada 10' (con caracter progresivo) y cambios evidentes en la maduración cervical.

Finalizada la fase en que se necesita la Hospitalización, si no está indicada la terminación de la gestación, a la gestante se le dará el **alta**, remitiéndose a la consulta prenatal del Hospital si es una gestación de riesgo o si era ya controlada en la Policlínica. Las gestaciones normales que ingresaron por sospechas no confirmadas se remitirán al especialista de zona.

En todos los casos el **alta** de una gestante se acompañará del correspondiente informe, que como protocolo específico, tiene una hoja diseñada para ello en la Sala.

La **preparación para el parto** de una gestante solo se realizará cuando esté en la Fase Activa del Parto o se ingrese en dilatación en la situación de que ya no va a volver a la Sala como gestante.

La **preparación para el parto** incluirá la administración de un enema, lo que se realizará en la Sala antes de trasladarla a dilatación o en la propia área de Urgencias, si es allí donde se encuentra que la paciente está en fase activa. El recorte del vello púbico o abdominal se realizará en dilatación o en el quirófano, salvo en las cesáreas electivas o urgencias diferibles que se realizará en la Sala, si es allí donde esta la enferma ubicada en la fase inmediata anterior, en otro caso en el punto (usualmente dilatación) en que se encuentre en la fase inmediata anterior.

Las gestantes en fase de latencia, en las que el desencadenamiento del parto no parece que se vaya a producir en las siguientes tres horas se las mantendrá con una dieta líquida.

7.2 Puerperas:

Tras el parto van a quedar hospitalizadas las puerperas, cuyos cuidados y alta procederán de la siguiente forma:

7.2.1 Partos vaginales

El objetivo es que la puerpera que no presente ningún problema, ni tampoco lo tenga su hijo este a las 48 horas del parto en su domicilio, para ello:

Mantendremos el ayuno y una perfusión con Oxitocina a un ritmo de 10 mUI/min hasta las 3 horas del parto, vigilando durante este tiempo la Tensión arterial, el Pulso, la Contracción uterina, la replección vesical y el sangrado, cada 15 minutos la primera media hora, después a la hora, dos y tres horas. Promoveremos durante ese tiempo el que se coloque el recién nacido al pecho. A las tres horas, si todos los controles han sido normales retiraremos las perfusiones e invitaremos a la paciente a levantarse y orinar. La dieta desde ese momento, salvo casos en que haya existido alguna complicación y por indicación médica expresa, será libre.

Al pasar el primer día visita a estas puerperas:

- + Observar e Interrogar sobre el estado general, la actividad física, la diuresis y la hemorragia genital.
- + Controlar el pulso y observar las anotaciones de enfermería sobre la temperatura y la tensión arterial.
- + Definir el tipo de lactancia, promoviendo la lactancia natural. Establecer las indicaciones oportunas si se inhibe: Sujeción local y agonista dopaminérgico.
- + Verificar la existencia de incompatibilidad Rh materno-fetal, indicando la aplicación de gammaglobulina anti-D en su caso. Comprobar el HBsAg. Si no se dispone aun de los datos hacer constar en la Historia que se reclamen los resultados.
- + Explorar la contracción uterina y el periné, en caso de que exista clínica que lo aconseje.
- + Indicar la analgesia posible por las molestias perineales o, en las multíparas, para los entuentos. Pedir un hemograma de control si las condiciones de la paciente o las características del parto (siempre en las cesáreas), lo sugiera.
- + Comunicar a la paciente que se pretende darle de alta al día siguiente, si todo es normal..

Al dar el alta el segundo día:

- + Interrogar sobre el estado general, la actividad física, la diuresis espontánea, la hemorragia genital y la lactancia.
- + Comprobar el hemograma de control, si se indicó, estableciendo las indicaciones oportunas.
- + Explorar los genitales, periné y herida perineal, permeabilidad e integridad vaginal, estado del cervix, grado de involución uterina, caracteres de los loquios y, si procede, estado de las mamas. Practicar una ecografía si los caracteres involutivos del útero, la forma del alumbramiento o las características de los loquios no son normales.
- + Dar los consejos generales y específicos oportunos para el puerperio
- + Proceder al alta administrativa.

7.2.2 Cesáreas:

La cadencia de cuidados y perfusiones es el mismo que se ha propuesto para las laparotomías en la sala de Ginecología. La profilaxis antibiotica se habrá realizado en el momento de pinzar el cordón, y salvo indicación expresa, sólo se administrará otra dosis a las 6 horas. El objetivo es que tanto la madre como el hijo esten en perfectas condiciones para poder remitir a su domicilio el cuarto o quinto día de la intervención.

Al pasar visita el primer día:

- + Valorar el estado general: Grado de vigilia, hidratación, volumen y ritmo de diuresis, eliminación por drenajes y pulso. Revisar las anotaciones de enfermería sobre la temperatura y la tensión arterial.
- + Explorar la situación abdominal estimando con la palpación la resistencia de origen peritoneal, el nivel del útero y el apósito protector de la herida.

+ Promover la ingesta de cantidades progresivamente mayores de líquidos a partir de las 12 horas, la movilidad inmediata en la cama y la deambulación entre las 18 y 24 horas, tras retirar sonda y perfusiones.

+ Retirar perfusiones y sonda de vesical transcurridas de 18 a 24 horas si el ritmo de diuresis es adecuado (> 70 ml / hora) y la tolerancia de líquidos buena.

+ Definir el tipo de lactancia que se pretende instaurar, promoviendo la lactancia natural en caso de dudas, y procediendo a las oportunas indicaciones si se inhibe: Sujeción local y agonista dopaminérgico.

+ Verificar la existencia de incompatibilidad Rh materno-fetal, indicando la aplicación de gammaglobulina anti-D si procede. Comprobar HBsAg. En caso de no lograrse comprobar hacer constar en la Historia que se reclamen los resultados.

+ Indicar la analgesia necesaria por las molestias abdominales derivadas del traumatismo quirúrgico y, en las multíparas, por entuertos.

+ Requerir un hemograma de control.

El segundo día:

+ Interrogar sobre el estado general, la actividad realizada, la tolerancia alimenticia y la diuresis tras retirar la sonda.

+ Observar los drenajes: Indicar que se retiren si la eliminación por los mismos esta estabilizada desde el día anterior.

+ Revisar las anotaciones de enfermería sobre constantes.

+ Comprobar que el peristaltismo intestinal se ha reanudado, expulsión de gases, sensación movimientos intestinales o auscultación abdominal.

+ Verificar el cumplimiento de las indicaciones del día anterior y los problemas pendientes: Hemograma de control, incompatibilidad Rh, lactancia....

+ Estimular la actividad física y la deambulación.

El tercer día:

+ Interrogar sobre el estado general, la actividad física, la diuresis, la hemorragia genital y la defecación. Si es evidente el peristaltismo y no se ha producido la defecación indicar la administración de algún supositorio de glicerina o similares.

+ Revisar las anotaciones de enfermería sobre constantes.

+ Interesarse por la marcha de la lactancia natural.

+ Comprobar el hemograma y establecer las indicaciones oportunas.

+ Explorar la herida laparotómica, invitando a la paciente a que se duche antes de colocar el nuevo apósito protector.

+ Promover la normalización de la actividad y de la alimentación.

+ Anunciar la posible alta el día siguiente

El cuarto y el quinto día:

+ Interrogar sobre el estado general, la actividad física realizada, la hemorragia genital, el progreso de la lactancia y la disposición a volver a su domicilio.

+ Explorar los genitales, la permeabilidad e integridad vaginal, el estado del cervix, grado de involución uterina, caracteres de los loquios y, si procede, estado de las mamas. Revisar la herida laparotómica y retirar las suturas.

+ Dar los consejos oportunos y proceder al alta, si las condiciones de recuperación son adecuadas.

7.3 Personal y Ordenación de Actividades

La Sala de Obstetricia queda bajo la tutela del Grupo de Actividad Básica de Gestaciones de Riesgo Elevado. Este grupo dedicará diariamente, si es posible, al menos un médico para atender a la Sala de Maternidad.

Las actividades en la Sala de Maternidad, en condiciones habituales de trabajo, llevaran a completar primero, salvo exigencias de otro tipo en gestantes, las altas y, despues o simultáneamente si existe suficiente personal, pasar visita a las otras pacientes, dejando para el final la revisión de aquellas pacientes en que se mostrará necesario tras el pase de visita. Durante el pase de visita se programaran las altas del dia siguiente. Estas actividades se debe intentar el completarse antes de las 11:00 horas.

El médico dedicado a la Sala durante el resto de la jornada laboral lo dedicará a ayudar a la Secretaria a completar las Epicrisis Obstétricas y a su introducción en la base informática, tanto las del dia como las de los fines de semana y festivos, así como a dar la oportuna respuesta a las necesidades que pudieran surgir en la paciente Hospitalizadas.

Los sábados, en periodos no vacacionales, existe un médico de refuerzo y un residente para dar las altas y programar las del dia siguiente.

Los domingos, los festivos y los sábados, en periodos vacacionales, será el equipo de guardia el que tendrá que hacer estas tareas.

8.- Sesiones Clínicas

Con el fin de favorecer la comunicación profesional y personal, todas las mañanas de lunes a viernes, salvo en periodos vacacionales de Navidad, Pascua y en el mes de Agosto, tendrá lugar de 08:15 a 09:00 horas la sesión clínica. Si sus contenidos no han sido agotados, se reanuda a las 13:30 hasta su finalización. La asistencia es obligatoria para todo el personal médico activo del Servicio salvo los componentes del equipo de guardia de ese día y los componentes del equipo de guardia de dos días antes y los que ese día tengan quirófano a primera hora. La no asistencia a la Sesión Clínica deberá justificarse.

La sesión clínica esta abierta también a las matronas, personal de enfermería del Servicio, y personal médico de otros servicios. También aquellos especialistas de Obstetricia y Ginecologia o médicos de asistencia primaria de Area Sanitaria del Hospital pueden acudir.

Dado que a las 09:00 horas hay pacientes citadas, tras la Sesión se iniciará la actividad asistencial, demorandose a un momento más propicio el tomar "café".

Con el fin de que la Sesión Clínica aborde todos los aspectos importantes de la actividad del Servicio su contenido, se iniciará con las incidencias de la guardia y los problemas pendientes. Luego cada día de la semana tendrá un Grupo Básico como protagonista principal, según el siguiente esquema: Calidad de Vida los Lunes, a Diagnóstico Prenatal los Martes, a Oncología Ginecológica los Miercoles, a Gestaciones de Riesgo Elevado los Jueves y a Reproducción y Anticoncepción los Viernes. Los contenidos serán:

- a) Nuevas primeras visitas de la semana anterior
- b) Pacientes que se han propuesto para tratamiento quirúrgico
- c) Pacientes que van a someter a tratamientos farmacológicos especializados:
 - + Agonistas de la GnRH.
 - + Gonadotrofinas
- d) Pacientes que se proponen para someter a exploraciones no rutinarias
 - + Resonancia magnética nuclear
 - + Tomografía axial computarizada
- e) Casos hospitalizados con patología o morbilidad importante:
 - + Gestantes con patología asociada, hipertensión, diabetes, , etc....
 - + Puerperas con morbilidad.
 - + Recien Nacidos con Morbilidad.
 - + Pacientes transfundidas o tratadas con hemoderivados.
 - + Morbilidad intra o postquirúrgica significativa.
 - + Los casos que su tratamiento precise la concurrencia, bien en las exploraciones de evaluación bien en la terapéutica médica o quirúrgica, de otros servicios no centrales del Hospital o que deban derivarse a otros Hospital.

9.- Vacaciones, otras actividades y Conflicto de Actividad

Existen en el Servicio, al margen de las Urgencias, tres tipos de actividades: las que se debe de mantener en todo momento a un ritmo inalterado (son esencialmente las derivadas de la Obstetricia), las que se pueden suspender durante periodos vacacionales, y las que hay que mantener de forma parcial y selectiva. Ante esta situación para evitar los problemas que de forma periódica se plantean en las policlínicas durante las épocas de vacaciones se instaura un Plan General para aplicar en Navidad, Falla-Pascua y durante el verano, en particular durante el mes de Agosto:

- + **TG 00:** Mantendrá su actividad completa.
- + **TG 20:** Se anulará, incorporándose las gestantes que lleven al TG 30.
- + **TG 21 y 34:** Se mantendrá salvo los lunes o los días siguientes de festivos.
- + **TG 30:** Se mantendrá la consulta prenatal.
- + **TG 40:** Se anulará totalmente.
- + **TG 45:** Se anulará totalmente.
- + **TG 50:** Mantendrá su actividad solo de 08:00 a 11:00 horas.
- + **TG 60:** Mantendrá su actividad de 11:00 a 14:00 horas.
- + **TG 80:** Se anulará totalmente.
- + **TG 90:** Se anulará totalmente.
- + **TG 91:** Se anulará totalmente.

Las consecuencias de este plan hace que estén trabajando en Policlínica 4 médicos, necesitando la cobertura por 3 enfermeras: una para el TG 00, otra para el TG 30 y otra para el TG 50 y 60, y de 1 auxiliar para el TG 21 y 34.

La **Interconsultas** que no procedan del Area de Urgencias Generales del Hospital, las atenderá el equipo encargado en el día de la Ginecología General, salvo aquellas que se cursaran por la Hospitalización de nuestras propias pacientes en otras áreas (en especial UCI u Oncología) que las atenderá el equipo encargado de la paciente en el Servicio.

Los **Sábados** por la mañana la guardia, salvo en periodo vacacional, se verá reforzada por otro especialista que no hace guardia, cuya misión esencial es encargarse de las Salas de Hospitalización y de dar las Altas.

El conocimiento de la organización del Servicio y el que se pueda saber con antelación incidencias como Guardias, Asistencias a Congresos, Vacaciones etc... hace poco probable, si se quiere, que surjan, en algún momento, conflictos de actividades, a nivel de actuación personal o de obligaciones de un equipo básico.

Cuando exista un **conflicto de actividades** a nivel personal o de un equipo, se deberán cumplir por el siguiente **orden de prioridad**:

+ Tienen una situación preferente el área de Urgencias, de forma que se deberán atender en primer lugar las obligaciones en esta Area, salvo que estén adecuadamente atendidas por otro miembro y con el consentimiento del Jefe de Servicio.

+ La siguiente Area de preferencia son las Consultas Externas, que solo se podran abandonar por las Urgencias, debiendose comunicar de inmediato la situación al Jefe de Sección correspondiente o, en su defecto, al Jefe de Servicio.

+ La actividad quirúrgica tiene el siguiente orden de preferencia, debiendose comunicar al Jefe del equipo quirúrgico los problemas de atender al quirófano o en su defecto al Jefe de Servicio.

+ La asistencia rutinaria de Hospitalización, dado que queda confinada dentro del Centro, por lo que en casos de conflictos puede realizarse a cualquier hora, guarda el último lugar de las preferencias asistenciales.

10.- La Historia Clínica

Se convierte en el primer protocolo asistencial que hay que cumplimentar en todos sus apartados. Sus contenidos deben de contemplar los de la Historia Clínica General del Servasa, que establece los mínimos imprescindibles. No es posible una buena práctica médica sin una adecuada Historia Clínica.

10.1 Historia Obstétrica

Va a estar compuesta por una serie de documentos, de los que describiremos a continuación aquellos específicos que se han introducido recientemente:

10.1.1 "Historia y Anamnesis Obstétrica ":

Es una única hoja que se cumplimentará solo una vez por cada gestación, no obstante si resulta insuficiente para algunos contenidos, estos se direccionaran con subíndices y se anotaran en la primera hoja de seguimiento.

La historia y anamnesis obstétrica se inicia con la **identificación de la paciente**, donde puede adherirse si se dispone, la etiqueta que facilitan los Servicios administrativos del Hospital y sigue con la **fecha** en que se cumplimenta y la **identificación del médico** que atiende a la paciente y hace las anotaciones.

El **motivo de remisión al Hospital**, a continuación, debe de recoger los juicios clínicos correspondientes, con la anamnesis sobre los mismos, pero también las razones no clínicas que pudieran estar presentes.

Otros problemas ocurridos en la gestación actual: Incluye los incidentes relevantes, aunque no han sido decisivos para derivar a la paciente al Hospital.

La situación de la gestación: Recoge la **Fecha de la última menstruación**, la **formula menstrual** habitual, en los últimos meses antes de quedar gestante, en tanto en cuanto fueran ciclos naturales, y la **fecha probable de parto** que se deriva de estas informaciones. Si las informaciones posteriores nos hicieran considerar que esta fecha probable de parto no es adecuada colocaremos un subíndice y anotaremos en el apartado final de Riesgos y Exploraciones programadas o en la Hoja de Seguimiento, las razones de la inexactitud de la Fecha probable del parto y la nueva fecha que estimemos. También se incluyen la fecha del **primer TIG** y su resultado, así como los resultados hasta que el TIG es positivo y la concordancia o discordancia entre la edad gestacional menstrual y la calculada por aquella **ecografía** realizada a una la edad gestacional próxima a la semana 20, descartando aquellas realizadas después de la posible semana 27. Finalmente recoge dos datos de valor epidemiológico y pronóstico, que se refieren al **deseo de quedar gestante**, así se define si se trata de un embarazo buscado o si ha sido accidental y, en este último caso, si es ahora ya deseado, simplemente aceptado o se mantienen como no deseado, también incluye el **estado civil**.

Los **antecedentes personales**: Es otro apartado amplio que comienza con la **profesión** de la paciente, su **actividad real** y el **nivel de estudios** que ha conseguido.

- Los **antecedentes médicos** hace referencia a aquellas enfermedades relevantes que haya podido sufrir la paciente desde su infancia, en especial hay que reseñar aquellas que evolucionen durante la gestación actual.

- Las **medicaciones** se refiere a aquellos tratamientos farmacológicos o "naturistas" que pudieran ser habituales durante la gestación.

- Los hábitos nocivos **Tabaco/Alcohol y Drogas**, de las que hay que precisar el número de cigarrillos/día, las dosis de alcohol/semana, el tipo, la vía y la dosis de drogas/día. Evidentemente habrá que consignar si el consumo de drogas existió en algún momento del pasado.

- Las **alergias** incluyan las conocidas a medicamentos pero también las "no" medicamentosas.

- Los **antecedentes quirúrgicos** se refieren al detalle de las operaciones que ha sido sometida la paciente, así como la edad en que se practicaron y los incidentes acompañantes.

- Los **antecedentes reproductivos** recogerán individual y ordenadamente cada gestación, las complicaciones de su curso, la forma del parto así como si fue a pretérmino, a término o inducido (en caso de cesarea referir en el espacio libre inferior la causa), el año en que se produjo, las complicaciones del puerperio, el tipo de lactancia (si era natural los meses que se mantuvo), y finalmente el sexo y el peso del recién nacido, así como los posibles incidentes de la salud del recién nacido. Cualquier incidente se señalará en el espacio propio de forma numérica y se detallará en el espacio libre inferior.

Los **Antecedentes familiares**: Deben de recoger los incidentes reproductivos familiares de la gestante, con especial atención a su madre y hermanas, incluyendo no solo los incidentes sobre los recién nacidos (prematuros, malformados, bajo peso, con retrasos psicomotores, etc...) , sino también respecto a problemas de las gestaciones como abortos, enfermedades hipertensivas, eclampsia, etc.... y enfermedades ginecológicas, como miomas, endometriosis, cáncer de mama... También debe de incluir las enfermedades de tipo familiar, en especial, las habituales de Hipertensión arterial crónica o Diabetes, y las menos frecuentes que pueden surgir durante el interrogatorio.

Los **antecedentes de la pareja y su familia**: No es un apartado que habitualmente recoja una Historia Clínica pero en una gestación existe información trascendente que proviene de la parte del padre.

- El **peso y la talla** definen un porcentaje del fenotipo paterno que puede proyectarse sobre el feto, pero más importante es su **Grupo y Rh** sanguíneo, así como su genotipo Rh, en especial en caso de incompatibilidad con la gestante.

- Los **incidentes reproductivos familiares** pueden señalar problemas genéticos capaces de proyectarse sobre la gestación actual.

- Las **enfermedades medico-quirúrgicas** de la pareja o su familia pueden definir procesos que se proyecten sobre el feto.

La Exploración Básica inicial: Incluye en su aspecto más general el Peso, la Talla, el Grupo, el Rh y la existencia de anticuerpos irregulares. De la exploración también recogeremos la Tensión Arterial (usualmente este y otros datos serán de nuevo registrados en la Hoja de Seguimiento), algunos hallazgos más habituales de la exploración general serán la presencia de bocio, de adenopatías submaxilares, o cervicales, o axilares, o inguinales..., de cicatrices, distasis musculares o hernias abdominales, de hemorroides o de varices y edemas en las extremidades inferiores.

En el aspecto genital, las mamas, en especial la situación de las areolas y pezones, así como la presencia de secreciones deben de explorarse de forma habitual en cada gestación en la primera consulta o en cualquiera subsiguiente si aparecieran motivos para ello, al igual que se debe realizar toda la exploración pélvica ginecológica incluyendo una citología vaginal, en tanto no hubiera una previa negativa en los doce meses precedentes.

Los Riesgos y exploraciones programadas: Recogerá el juicio crítico y pronóstico de la gestación así como aquellas exploraciones que de forma inmediata o diferida, se deban de realizar a tenor de los datos recogidos en la Historia Clínica. Obviamente este apartado pierde parte de su valor cuando la Historia se confecciona al final de la gestación, ya que entonces solo tras la cumplimentación de la hoja de Evaluación Obstétrica Inmediata, se podrá decidir adecuadamente

10.1.2 "Evaluación Obstétrica Inmediata" :

Esta hoja es la primera que se cumplimenta cuando una gestante de más de 24 semanas acude a Urgencias. En un momento posterior, o paralelamente si no es una situación de extrema Urgencia, se completará la "Historia y Anamnesis Obstétrica", salvo que hubiera sido cumplimentada con anterioridad. Entre ambas hojas hay informaciones redundantes, ello se debe a la necesidad de que la hoja de Evaluación Obstétrica Inmediata pueda ser autosuficiente para la valoración de la situación obstétrica actual, aunque necesita después de la cumplimentación de la Historia y Anamnesis Obstétrica para matizar conductas menos imperiosas.

Entre los primeros apartados se refieren la **identificación de la paciente**, la **fecha y la hora** (aquí el momento es importante) así como el **médico** que la atiende.

Se sigue del **Motivo por el que acude a Urgencias**, cuya anamnesis será meticulosa, para tratar de fijar, a continuación, la **edad gestacional**, con la misma secuencia descrita para la Hoja anterior.

A partir de este punto el contenido de esta hoja es el protocolo necesario para realizar una evaluación de la situación de la Gestante, de la Gestación y del Feto:

La **evaluación de la gestante** exige el definir y averiguar su peso, su talla, la ganancia ponderal producida hasta el momento, su tensión arterial, pulso y

temperatura, el nivel de conciencia y orientación así como de sus reflejos, en especial en casos de enfermedades hipertensivas, la presencia de anormales urinarios, con una tira reactiva de "Iabstix", y el estado serológico HBsAG e HIV, que deben de constar en la cartilla maternal o que, en caso contrario, se deben de solicitar adecuadamente junto con la analítica complementaria que se precise.

La **evaluación obstétrica** incluye la información sobre la "cámara de incubación", el útero, recogiendo la altura del fondo, el tono y a la sensibilidad del mismo y del abdomen a la palpación, cuando se realizan las maniobras de Leopold para definir la presentación y posición fetal. A continuación mediante tacto vaginal se definirá el estado del cérvix, longitud, dilatación y consistencia. Obviamente el tacto vaginal se omitirá, al menos de forma transitoria, en caso de hemorragias genitales o de sospecha de rotura de membranas, en que se realizará una exploración previa con espéculo, definiendo el pH de la cara lateral vaginal en su tercio más profundo y tomando muestras del fondo vaginal posterior para cristalización y azul de Nilo, en caso de sospecha de rotura prematura.

La **evaluación fetal(es)** incluye un control no estresante, suficiente para definir que la reserva respiratoria del feto es correcta (este tiempo puede emplearse para ir cumplimentando los datos de la "Historia y Anamnesis Obstétrica"), y una ecografía que permita una estimación adecuada del crecimiento fetal (imprescindible la medición del perímetro abdominal), así como otros datos relativos a la localización placentaria y su grado de madurez (Clasificación de Grannum), y otros signos de bienestar fetal (volumen de líquido amniótico, sobre la medida vertical de la laguna de mayor tamaño que se encuentre, tono muscular fetal y presencia de movimientos corporales y respiratorios).

El reverso de esta Hoja de evaluación obstétrica inmediata resumirá los datos habituales de incidentes del primer, segundo y tercer trimestre que consten en la Cartilla Maternal.

En este momento, salvo en situaciones de extrema Urgencia, pueden estar completadas las dos hojas de la Historia Obstétrica que hemos analizado, con lo que se pueden realizar los juicios clínicos pertinentes, y solicitar aquellas analíticas y exploraciones complementarias precisas, y planificar las conductas futuras.

Así pues en "Urgencias" la Historia Obstétrica que se preparará y cumplimentará, constará de la habitual " Hoja Estadístico Administrativa", la de "Historia y Anamnesis Obstétrica", la de "Evaluación Obstétrica Inmediata" y la de "Seguimiento o Evolución ", adjuntándose a continuación las analíticas que se realicen y en el momento en que se precise las nuevas Hojas de Seguimiento. En cada gestación se seguirá este esquema, que habitualmente será autosuficiente para toda la conducción de la gestación y el parto. En una misma gestación no se repetirá de nuevo la hoja de "Historia y Anamnesis Obstétrica", pero la Hoja de "Evaluación Obstétrica Inmediata" se cumplimentará cada vez que la paciente acuda a Urgencias, precise o no su Hospitalización Posterior.

El Partograma y las hojas relativas al RESUMEN DE EMBARAZO, PARTO, RECIEN NACIDO Y PUERPERIO, que se describen a continuación, se incluirán al final de la anteriores solo cuando la paciente ingrese en Dilatación en fase activa del parto o para inducción o cesárea electiva. Estas nuevas hojas, que tienen varios objetivos, definen una nueva fase asistencial que incluye el puerperio inmediato, hasta el alta. El ciclo se cerrará

totalmente cuando dos meses después del parto la paciente acuda a la Revisión, en que se insertará la Hoja específica de Revisión que está en la policlínica.

10.1.3 Resumen de embarazo, parto, recién nacido y puerperio

Este documento está constituido por dos hojas, ambas son autocopiantes, que solo se incluirán en la Historia Clínica cuando la paciente entra en paritorios o pasa directamente a quirófano para una cesárea, con el fin de finalizar la gestación, siempre y cuando la edad gestacional alcance las 20 semanas. No se incluirán en casos de que la visita a la zona de paritorios sea para una maduración o un CTG, salvo que se produjeran durante estos procedimientos cuyos resultados llevarán a la indicación de finalizar la gestación.

La introducción de estas hojas en la Historia Clínica significa la finalización de un etapa, la paciente va a pasar de gestante a puerpera, por lo que toda la información posterior que se genere se situará en hojas de seguimiento y de control que se colocaran a continuación

La disposición de estos dos documentos pretende servir, con una sola acción, a los siguientes propósitos:

a) Hoja de paritorios, junto al partograma, que permite:

- Evaluación adecuada de la gestante al llegar a paritorios en fase activa del parto por los profesionales que la van a atender.
- Registro de las condiciones, situaciones, indicaciones, conductas y métodos relacionadas con el control y la conducción del parto incluido el III periodo.
- Registro del recién nacido, incluido y su estado, con los procedimientos que se le aplican en el partorio

b) Hoja de información: Transmite al pediatra todos los elementos relevantes para el seguimiento del recién nacido

c) Hoja de epicrisis: Se genera una epicrisis muy estructurada y detallada para la paciente.

d) Soporte en papel de la base informática: Los datos se incluirán en un archivo electrónico para el control de calidad y estudios epidemiológicos

La primera de las hojas tiene los siguientes contenidos:

a) **Resumen:** Es el apartado inicial y recoge los datos más relacionados con el pronóstico de la gestación y del parto, incluyendo los caracteres de la gestante, las patologías de la gestación actual o coincidentes, los antecedentes reproductivos previos más sobresalientes y el estado serológico. Toda esta información la deben tener muy presente los que conducen y asisten el parto, en especial los médicos encargados de dilatación y paritorios, por lo que se encargaran ellos de cumplimentarla.

b) **El Inicio:** Recoge el momento actual y la edad gestacional en que se produce la admisión de la paciente en el paritorio, junto con las cuatro formas posibles como

puede iniciarse un parto, así como la razón del inicio cuando este no se produce de forma espontánea. La estimulación supone la aceptación de un periodo de latencia previo que no acaba de transformarse en fase activa, la inducción el que no se ha iniciado la fase de latencia y la cesárea electiva cuando no se ha considerado el parto vaginal en el momento del ingreso en el área de paritorios. Debe de hacerse constar, sea cual sea la forma de inicio, si previamente se ha realizado una maduración cervical y como se ha realizado. Igualmente este apartado corresponde al médico encargado de paritorios. Los siguientes apartados, salvo que se exprese lo contrario corresponden a las matronas.

c) **La Amniorrexis:** Considera las dos formas en que se puede producir y el momento en que se ha producido. Recoge también el aspecto del líquido amniótico en el momento en que se produjo la amniorrexis, pudiéndose anotar en las observaciones si en el momento en que se rellena el apartado los caracteres del líquido amniótico son distintos o si existen otras circunstancias reseñables.

d) **Las Condiciones de Inicio:** Recoge caracteres relativos al feto y al estado del cérvix en el momento del inicio

e) **La Conducción:** Contempla los tipos de control posibles del parto, siempre se supone de que al menos existirá un control clínico, así como las alteraciones más destacables observadas, si existieran. También se incluye el tipo y el momento en que se inicia la analgesia o anestesia, y el tipo y momento en que se inicia la perfusión oxi-tócica.

f) **La Finalización:** Incluye el momento en que tiene lugar la finalización, el tipo de analgesia o anestesia administrada, la forma de terminación, la indicación y la técnica de los procedimientos en caso de que la terminación no sea espontánea, identificándose el asistente a este procedimiento de terminación. Este apartado y los siguientes, hasta el "h" inclusive lo rellenará quien asista el parto, médico o matrona.

g) **Las Maniobras Complementarias:** Están ya en la segunda hoja y recoge la episiotomía, aunque debe anotarse también un Kristeller, la existencia de desgarros accidentales y los tratamientos aplicados.

h) **El Alumbramiento:** Incluye todos los parámetros asociados al III periodo del parto, incluyendo su asistencia y los caracteres de los anexos ovulares: Placenta, Cordón, Mémbranas y líquido amniótico posterior. Igualmente la evaluación de la pérdida sanguínea estimada (la estándar con episiotomía suelen ser unos 200 ml), así como las observaciones que se consideren más pertinentes.

i) **El Recien Nacido:** Previamente existe un resumen de los fetos nacidos en este parto, distinguiendo vivos y muertos y varones y hembras. Luego se anotan los datos, utilizando una hoja para cada recién nacido, que incluyen el Sexo, el Peso, la Temperatura, el tipo de Reanimación y el Índice de Apgar al 1, 5 y 10 minuto, el pH y gasometría de cordón, las profilaxis que se le realizan y su destino posterior, así como las observaciones que el pediatra desee hacer constar. La biometría fetal adicional, Talla, Perímetro craneal y torácico se recogerán en la sala de maternidad o pediatría cuando llegue el recién nacido

A continuación llega un apartado en que se identifican todas la personas, matronas o obstetras (salvo el asistente a la finalización, que ya lo hizo antes) y el pediatra.

Al llegar la paciente a la sala y, tras haberse completado la biometria fetal, se arrancará la última de las copias de esta hoja y de la anterior que quedarán para formar el documento del seguimiento pediátrico.

j) Resumen del puerperio: Este apartado lo rellena quien da el alta a la paciente e incluye, aparte de las observaciones del puerperio, el tipo de lactancia, la medicación de su inhibición si se aplica y los datos relativos al grupo y Rh de la madre y el feto, para destacar posibles incompatibilidades y la constatación de la administración de la Gammaglobulina anti-D si estaba indicada. Tras cumplimentar este apartado, firmandolo el médico que da el alta, se arrancaran las últimas dos copias, dandosele una a la secretaria, para que introduzca la información en el ordenador y la remita despues al archivo clínico, y la otra a la paciente como epícrisis final.

El caracter autocopiante de la Hojas, que facilita todas las funciones para las que estan diseñadas, requiere que se manipulen de forma cuidadosa y se ubiquen correctamente para evitar borrones y rayas por escribir descuidadamente otros documentos sobre ellas. Además como la información que se genera tiene muchos destinos esta debe escribirse con letra clara, con bolígrafo, haciendo una presión adecuada sobre una superficie dura.

10. 2 Historia Ginecológica

Al igual que la Obstétrica se ha reducido y centrado en aquellos elementos imprescindibles, lo que va a obligar a que se tenga que introducir parte de la información, mediante referencia en la ubicación indicada, en la primera Hoja de seguimiento.

10.2. 1 "Historia y Anamnesis Ginecológica ":

Se inicia por el apartado de identificación de la paciente, seguida de los datos correspondientes a la fecha en que se cumplimenta, la edad de la paciente, su procedencia (Urgencias, Policlínica) y el médico que la atiende.

El siguiente apartado es el motivo fundamental de la consulta, cuya anamnesis se cumplimentará, seguido despues por los otros motivos menos relevantes, cuya anamnesis puede que se tenga que cumplimentar a través del sistema de subíndices en la Hoja de seguimiento.

En los antecedentes personales aqui toman más relevancia los antecedentes ginecológicos, donde se recoge el menograma de forma gráfica, que hay que cumplimentarlo por que sobre su esquema se referirá la última regla de la que debe de anotar la fecha. Hay que detallar tambien, si existe, el tipo de Dismenorrea, la anticoncepción actual y pasada, y otras enfermedades o intervenciones ginecológicas. Finaliza este apartado con los antecedentes reproductivos, cuya forma de cumplimentación ya se ha descrito en la Historia Obstétrica. Los detalles de las gestaciones y partos deben de ser tan detallados como en la Historia Obstétrica pues muchas indicaciones ginecológicas se ven influidas por estos datos.

Los antecedentes familiares deben de detallar aquellas enfermedades ginecológicas "relevantes" que padecen o han padecido las hermanas, la madre, las tías....Igualmente los problemas reproductivos relevantes de esta genealogia. Despues se recogen aquellas enfermedades de base genética, cuya anamnesis puede iniciarse sobre la vida o la causa de la muerte de padres y hermanos, seguido de aquellas enfermedades de tipo familiar más comunes.

Se sigue de la exploración básica inicial, que primero recoge la general, donde hay que pesar, tallar y tomar la tensión arterial y el pulso, así como referir el Grupo y Rh. El resto de la exploración general sigue el mismo esquema que el referido en la Historia Obstétrica.

La exploración siguiente es la clínica ginecológica, en la que no hay que olvidar explorar las mamas, hacer constar la fecha de la última citologia, practicándose una nueva si procede o si hace más de un año de la anterior. En este apartado en que el espacio acotado para anotaciones puede resultar insuficiente, por lo que se seguirá el sistema de subíndices.

La Historia finaliza recogiendo en orden de "severidad" los diagnósticos provisionales, apartado que es imprescindible cumplimentar, así como aquellas exploraciones que de forma inmediata se planean realizar o se solicitan para confirmar o

descartar las hipótesis diagnósticas previas. El último apartado recoge la conducta que en este momento se planea realizar hasta el tratamiento definitivo

La Historia Ginecológica que se preparará y se cumplimentará incluye las habituales "Hojas Estadístico Administrativas", la de "Historia y Anamnesis Ginecológica", y la de "Seguimiento o Evolución", adjuntándose a continuación la Hoja de Remisión Inicial de la paciente, si existe, las analíticas que se realicen y en el momento en que se precise nuevas Hojas de Seguimiento. Cada "episodio" que se trate seguirá este esquema. No se incluyan otras hojas, como la de informe de intervención quirúrgica, en tanto en cuanto no se precisen para incluir información específica.

Cuando una Historia Ginecológica incluya como tratamiento fundamental una intervención quirúrgica, la Hoja de Informe Quirúrgico se convertirá en un elemento diferenciador, como lo era la Hoja de Parto en la Historia Obstétrica, de forma que el posterior seguimiento se realizará sobre nuevas Hojas de Evolución colocadas a continuación.

Se pretende que las Historias queden vacías de Hojas sin ningún contenido y que la información quede adecuadamente ordenada para facilitar el manejo de la Historia y la conducción de las pacientes.

Toda la otra documentación que acabe formando la Historia Obstétrica y Ginecológica se irá ajustando progresivamente, a medida que lo haga el conjunto del Hospital, a los impresos normalizados propuestos por el SERVASA para toda la Comunidad Valenciana. Estos Documentados también fueron presentados en una Sesión Clínica y se pueden consultar sobre un ejemplar que se encuentra en el Seminario de la Policlínica.

ENERO DE 1997

EQUIPOS DE ACTIVIDAD BASICA

R. Elevado	Diag. Prenatal	Oncología G.	Calidad Vida	Repr. Anticon
C. Carbonell (L)	R. Cerdá (J)	M. Sanz (M)	A. Navarro (J)	J.A. Diaz (X)
F. Medina (V)	F. Tomás (X)	J.M. Julian (V)	J. Gambini (M)	J.P. Herrera (J)
J. A. Martin (X)	A. Gallego (J)	S. Tordera (L)	A. Mendoza (L)	S. Puig (L)
I. Zahrawi (M)	J. Arastey (V)	Y. Mahmoud (X)	M. Barea (V)	F. Naranjo (M)

EQUIPOS QUIRURGICOS

Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes
C. Carbonell (R)	M. Sanz (O)	J.A. Diaz (RA)	A. Navarro (V)	J.M. Julian (O)
A. Mendoza (V)	J. Gambini (V)	A. Martin (R)	R. Cerdá (P)	F. Medina (R)
S. Tordera (O)	I. Zahrawi (R)	F. Tomás (P)	A. Gallego (P)	J. Arastey (P)
S. Puig (RA)	F. Naranjo(RA)	Y. Mahmoud (O)	P. Herrera (RA)	M. Barea (V)