

Proyecto para lograr el consenso en la formación

realizado por

***el Colegio Europeo de Ginecología y
Obstetricia***



F. Scheele, J.E. van der Aa, A.J. Goverde (eds.)

Created with funding of



Erasmus+



Índice

Prefacio

Capítulo 1: **Contenido del plan de estudios - plan de estudios base**

Capítulo 2: **Contenido del plan de estudios - optativas**

Capítulo 3: **Competencias generales y habilidades interpersonales**

Capítulo 4: **Comunicación y formación de habilidades psicosociales**

Capítulo 5: **Formación con simulación de técnicas ginecológicas**

Capítulo 6: **Formación con simulación de técnicas obstétricas**

Capítulo 7: **Formación técnica en ecografías**

Capítulo 8: **Entrustment y Portfolio**

Apéndice 1: **Ejemplos de formularios de evaluación**

Apéndice 2: **Ejemplo de portfolio**

Capítulo 9: **Gestión de la calidad y reconocimiento de la formación**

Capítulo 10: **Formación del profesorado**

Glosario

Colaboradores

Prefacio

Durante las últimas dos décadas los cambios demográficos, los avances científicos y las políticas sobre salud han tenido un impacto importante en la prestación de asistencia sanitaria en todo el mundo. Estos cambios tuvieron una gran influencia en la educación y la formación de especialistas y profesionales de la salud.

La estructura, el contenido y la prestación de educación médica de posgrado sigue perfeccionándose según avanza la medicina, surgen nuevos desafíos, y se aprecia la ciencia y el arte de la enseñanza y el aprendizaje. Los educadores se esfuerzan en crear un plan de estudios receptivo que prepare al especialista para responder ante un entorno cambiante.

El Colegio Europeo de Ginecología y Obstetricia (EBCOG, por sus siglas en inglés) ha estado a la cabeza en la mejora de los niveles de atención para las mujeres y sus bebés en Europa y otros continentes. Se han simplificado los requisitos de formación en obstetricia y ginecología mediante visitas hospitalarias, implantación de registros y más recientemente estableciendo el examen de especialidad (EFOG, en sus siglas en inglés). Europa, con su diversidad, plantea un reto importante a la hora de ofrecer servicios de formación en obstetricia y ginecología. Aunque haya libre circulación de especialistas a través de las fronteras, debe recordarse que existe la libre circulación de pacientes con sus necesidades de salud cambiantes. El EBCOG se compromete a definir los estándares de formación estableciendo el nivel de competencias de los especialistas certificados. La definición de las **competencias básicas** de especialistas en una amplia zona geográfica con variados factores socio-demográficos sigue siendo un enorme desafío. El Proyecto para lograr el consenso en la formación (PACT, por sus siglas en inglés) ha sido capaz de definir las competencias básicas que deben adquirir todos y las **competencias optativas** como opcionales dentro del plan de estudios principal. Este documento también debe contribuir a desarrollar el plan de estudio de las **subespecialidades**.

A pesar de que algunas competencias pueden ser fáciles de lograr en algunos países, la estratificación de tales competencias ayudará a que los programas de enseñanza de toda Europa adapten el nuevo plan de estudios a las necesidades de su propia nación.

Los grandes esfuerzos y los resultados del equipo del PACT deberían considerarse una herramienta para uso de todos. El PACT reúne a especialistas europeos en obstetricia y ginecología en un momento en se necesita especilamente que haya unidad.

Aprovecho esta oportunidad para dar las gracias a todos los miembros y grupos de trabajo del PACT.

Prof Jacky Nizard

Presidente del Colegio Europeo de Ginecología y Obstetricia

El programa de formación EBCOG-PACT: el nuevo estándar de formación de posgrado en ginecología y obstetricia.

Con la realización del programa de formación EBCOG-PACT para obstetricia y ginecología se ha hecho realidad un antiguo deseo. El EBCOG siempre ha reconocido la importancia de la formación como la fuerza impulsora que hay detrás a fin de lograr una atención sanitaria óptima para las mujeres y sus bebés en Europa. Con el programa de formación EBCOG-PACT nos posicionamos como la especialidad médica que pone en práctica una formación vanguardista en Europa.

Tras la publicación de *Standards of Care for Women's Health in Europe* (Niveles de atención sanitaria a mujeres en Europa) por parte del EBCOG en 2014, el programa de formación EBCOG-PACT define los estándares para la formación de posgrado en obstetricia y ginecología en Europa. Estos estándares abordan extremos en los dominios médicos y profesionales pero también ofrecen orientación en métodos de formación, *entrustment*, formación del profesorado y gestión de la calidad de la formación. Mediante la búsqueda de consenso en las competencias a nivel de práctica autónoma para todos los estudiantes de obstetricia y ginecología al final de su formación, EBCOG-PACT ha sentado las bases para aplicar los requisitos de formación en toda Europa.

Este proyecto está basado en el espíritu de colaboración dentro del EBCOG. Financiado por el programa Erasmus+ de la Unión Europea, delegados de toda Europa, tanto médicos especialistas como alumnos, han compartido ideas y trabajo. Me gustaría dar las gracias a todos los que han contribuido al EBCOG-PACT, en concreto:

- Al Coordinador del proyecto, Fedde Scheele, y a la directora del proyecto, Jessica van der Aa, ambos naturales de los Países Bajos.
- A la Coordinadora del contenido del plan de estudios médico, Chiara Benedetto, con el apoyo de la miembro de su equipo, Annalisa Tancredi, ambas italianas, en estrecha colaboración con Jaroslav Feyereisl y Petr Velebil, de la República Checa.
- Al Coordinador del marco de competencias generales y habilidades interpersonales, Peter Hornnes, apoyado por los miembros de su equipo, Betina Ristorp Andersen y Annette Settnes, de Dinamarca. Estos recibieron las aportaciones con las opiniones sobre las partes interesadas de organizaciones de pacientes, representadas por Joyce y Britt Hoek-Pula Myren, de enfermeros europeos representados por Petra Kunkeler, de comadronas europeas representadas por Noortje Jonker y de administradores de hospitales representados por Hans van der Schoot y Fedde Scheele;
- Al Coordinador de formación y simulación ginecológica, Rudi Campo, de Bélgica y sus colaboradores Yves Van Belle (Bélgica) y Helder Ferreira (Portugal);
- A la Coordinadora de formación y simulación obstétrica, Jette Led Sorenson, de Dinamarca y sus colaboradores Ruta Nadisauskiene (Lituania), Diogo Ayres-de-Campos (Portugal);
- A la Coordinadora de formación en habilidades comunicativas y psicosociales, Sibil Tschudin, de Suiza.
- A Rolf Kirschner (Noruega), para vincular el EBCOG-PACT y el examen del EBCOG;
- Los términos *portfolio* y *entrustment* se describieron bajo la supervisión de Fedde Scheele, que es un experto reconocido a nivel internacional en este campo en concreto;

- A la Coordinadora de gestión de calidad y reconocimiento de formación, Juriy Wladimiroff (Países Bajos), que también coordina el grupo de formación técnica en ecografías, en colaboración con Piotr Sieroszewski (Polonia);
- A mis colaboradores, Fedde Scheele y Živa Novak Antolič (Eslovenia) en el proyecto sobre formación del profesorado;
- A Anna Aabakke (Dinamarca) y Laura Spinnewijn (Países Bajos) que, en nombre de la Red europea de estudiantes de obstetricia y ginecología (ENTOG), aportaron valiosas contribuciones al *entrustment* y al proyecto de evaluación;
- A los miembros del comité de dirección, Jacky Nizard y Tahir Mahmood, directivos del Comité Ejecutivo del EBCOG, y Anna Aabakke, anterior Presidenta de ENTOG, por supervisar el proceso y aportar su opinión constructiva a lo largo de todo el proyecto;
- A los miembros del consejo asesor externo por su apoyo.
- A los miembros del Comité Permanente de formación y evaluación, incluyendo a representantes de la Asociación Europea de Ginecología Pediátrica y Adolescente (EURAPAG), la Sociedad Internacional de Obstetricia y Ginecología Psicosomática (ISPOG), la Sociedad Europea de anticoncepción y salud reproductiva (SEC), la Sociedad Europea de Ginecología Endoscópica (ESGE), por los valiosos debates sobre diversas partes del plan de estudios;
- A los miembros del comité ejecutivo del EBCOG y los delegados nacionales del Consejo del EBCOG por su confianza y sus valiosas opiniones.

El plan de estudios del EBCOG-PACT es el resultado de una colaboración ejemplar. En los próximos años, nuestro reto es asegurar que este plan de estudios en papel se convierta en el plan de estudios en acción de toda Europa.

Dra. Angelique J. Goverde

Presidenta del Comité Permanente del EBCOG sobre Formación y Evaluación

EBCOG-PACT: de la visión a la realidad

EBCOG ha hecho una importante contribución a la sanidad europea mediante el planteamiento de los niveles de atención sanitaria a mujeres en Europa. Como resultado, ahora disponemos de una idea común sobre la prestación de una atención sanitaria óptima. Sin embargo, el camino de la idea a la realidad puede ser desafiante, y debemos utilizar todos los medios disponibles para facilitar y aplicar una atención sanitaria óptima. Para ello, es conveniente aumentar la movilidad de los ginecólogos y los alumnos en prácticas por Europa, ya que esto nos permitirá aprender de otros sistemas de prestación de servicios sanitarios e intercambiar los mejores métodos. Por esta razón, es esencial utilizar un enfoque común para la formación de obstetras-ginecólogos con aquellos alumnos en prácticas que pretendan alcanzar el nivel siendo formados conforme a los mejores métodos europeos.

En el EBCOG-PACT se han definido los conocimientos, habilidades y actitudes exigidos a todos los ginecólogos europeos (las «troncales»). Además, se han descrito las «optativas», que se sitúan entre las troncales y las subespecialidades. Cada estudiante deberá recibir formación en al menos una de las optativas. Las troncales y las optativas se han desarrollado utilizando técnicas de consenso formal y discusiones dentro del EBCOG y sus organizaciones de subespecialización. Además de las competencias médicas, hemos definido las competencias generales necesarias y las habilidades interpersonales. Con el apoyo de pacientes, enfermeras, comadronas y administradores de hospitales de Europa, se creó un marco de competencias adaptado a los obstetras-ginecólogos europeos. Las competencias generales y habilidades interpersonales abordan cuestiones que pueden considerarse derechos humanos universales para las mujeres y conectan bien con los niveles de atención del EBCOG. Este plan de estudios contiene acuerdos sobre competencias tanto médicas como generales para los nuevos obstetras-ginecólogos europeos.

Estas habilidades adquiridas no están grabadas en piedra. En los próximos años, es probable que se haga necesario el perfeccionamiento de las troncales, y se espera que se definan las asignaturas optativas adicionales. El debate ya ha surgido en torno a la cuestión de si la colposcopia debe formar parte de las troncales o ser una optativa, y si la sexología con enfermedades como la vulvodinia debe ocupar un lugar más destacado en las troncales. Un plan de estudios es algo dinámico, pero en este momento, el PACT es la vanguardia en Europa.

Además de definir los resultados de formación, el PACT también ofrece orientación para la formación a nivel táctico, dejando espacio para las diferencias en la aplicación, que pueden depender del contexto local y de la visión. A nivel táctico, se abordan diversos temas:

- Formación con simulación como pilar importante del sistema educativo;
- *Entrustment* de las actividades profesional, en base a un *portfolio* de experiencias de aprendizaje, evaluaciones y análisis por parte de un comité de competencias;
- Gestión de calidad de la institución educativa y reconocimiento de un acreedor externo.

Con el presente documento, el EBCOG ha presentado un plan de estudios que se ha analizado ampliamente en el seno de la comunidad y entre sus actores. La palabra currículum como plan de estudios deriva de la palabra latina asignada a carro. Su función es la de generar movimiento en la dirección correcta. El siguiente paso es activar el plan de estudios en todos los centros educativos que quieren formar a profesionales a la manera europea. Para lograr este objetivo, hemos de adoptar la complejidad de los procesos de cambio. Los obstetras-ginecólogos europeos pueden convertirse en líderes en cuanto a formación y movilidad en toda Europa, en comparación con otras especialidades médicas. Si prosperamos en la aplicación del PACT, se facilitará la prestación de una asistencia sanitaria óptima para las mujeres europeas. ¡Necesitamos su liderazgo para llevar a cabo este desafío!

Prof. Dr. Fedde Scheele

Director del Proyecto EBCOG-PACT

Contenido del plan de estudios

Plan de estudios base

Autores: Fedde Scheele, Angelique Goverde, Jessica van der Aa, Chiara Benedetto, Annalisa Tancredi, Jaroslav Feyereisl, Petr Velebil, Anna Aabakke

Introducción

La formación de posgrado en obstetricia y ginecología sigue un programa de al menos cinco años. Se compone de un programa de asignaturas troncales y optativas.

Este documento describe el contenido principal del plan de estudios de formación de posgrado paneuropeo en Ginecología y Obstetricia. El contenido del programa se ha determinado mediante un procedimiento de consenso entre ginecólogos y alumnos en prácticas [1,2]. Integra los conocimientos y técnicas que deben adquirirse durante la formación para desarrollar las competencias básicas de un ginecólogo europeo.

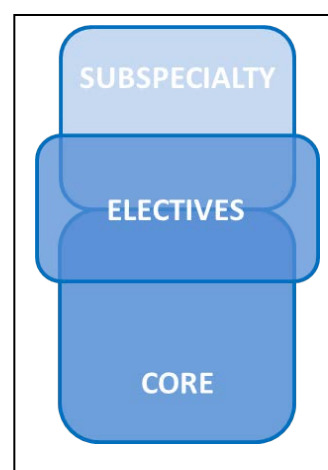
En el plan de estudios paneuropeo se realiza una clara distinción entre los módulos educativos troncales y optativos:

Troncales

- Asignaturas troncales comunes obligatorias para todos los estudiantes de Ginecología y Obstetricia.
- Duración mínima de tres años, en función de la administración a nivel local o nacional.
- Requisitos mínimos de formación.
- Contenido claramente definido por consenso europeo.
- Se recomienda un número mínimo en varios procedimientos para una formación adecuada.
- Las habilidades adquiridas hacen referencia al nivel de práctica autónoma, lo que significa que el alumno en prácticas es capaz de actuar sin supervisión.

Optativas

- Un mínimo de al menos una optativa es obligatoria para todos los alumnos en prácticas.
- Incluye una formación más intensa que la troncal, añadiendo nuevos conocimientos y habilidades, un análisis más profundo de las patologías y el tratamiento posterior.
- Determina el perfil profesional personal del alumno en prácticas con áreas de especial interés.
- El contenido de una optativa es una «ventana deslizante»; se sitúa entre la troncal y la subespecialidad.
- Una asignatura optativa puede incluirse en la formación obligatoria en determinados países (p.ej., para la patología mamaria).



Subespecialidad

- La formación en subespecialidades va más allá del alcance del plan de estudios de la formación de posgrado en obstetricia y ginecología.
- El contenido está normalizado y reconocido por organismos de subespecialización.

Instrucciones de lectura

- o El contenido (troncales y optativas) del plan de estudios paneuropeo debe ser razonable y factible para poder aplicarlo en todos los países europeos.

- o Los «niveles de atención del EBCOG» determinan las condiciones en que se presta la atención y se realizan los procedimientos; estos se determinaron en concordancia con los organismos de subespecialización. Los alumnos en prácticas deben adherirse a estas condiciones.
- o El contenido del plan de estudios (troncales y optativas) va en consonancia con los actuales niveles de atención y formación. Dado que se producen con frecuencia avances dentro de las disciplinas de Obstetricia y Ginecología, es posible que el contenido no siempre refleje las recomendaciones más recientes, aunque las normas de formación se actualizarán de manera intermitente.
- o La formación al nivel de práctica autónoma implica que un alumno en prácticas tenga que poder proporcionar asistencia o realizar un procedimiento sin que haya supervisión. La legislación nacional determina si debe haber supervisión (sin interferencias) cuando un alumno en prácticas proporciona asistencia o realiza un procedimiento.
- o Para algunos procedimientos descritos (p. ej., cirugías), se llegó a un consenso sobre el número de sesiones que se necesitan para la formación. Estos números representan el número mínimo de veces que un alumno en prácticas tiene que haber realizado un procedimiento como cirujano principal. Los números son directrices, ya que en Europa habrá variación en la incidencia, así como variación en los mejores métodos.
- o El procedimiento la histerectomía abdominal se incluye en la formación básica (troncal), según el consenso europeo. Cabe reconocer que la incidencia de este procedimiento puede variar regionalmente, lo que hace que sea poco realista exigir una formación *en vivo* al nivel de formación práctica autónoma de todos los alumnos en prácticas. Por lo tanto, el procedimiento puede enseñarse como simulación al nivel de práctica autónoma cuando la histerectomía sea imprescindible debido a una severa hemorragia posparto.

Los conocimientos y técnicas en el campo de la Ginecología y Obstetricia se han agrupado en 10 temas principales. Para cada tema, este documento describe qué debe estudiarse en la parte troncal del plan de estudios.

1. Conocimientos y técnicas médicas generales
2. Cuidado prenatal
3. Intraparto y posparto
4. Ginecología benigna
5. Medicina reproductiva
6. Uroginecología
7. Premalignidad
8. Oncología ginecológica
9. Ginecología pediátrica y salud sexual
10. Patología mamaria

Por tema, se describen los resultados de las actividades de formación. Se han estructurado por fases de los procesos clínicos. Cada fase requiere una integración más avanzada de conocimientos y técnicas que la anterior fase con respecto al resultado. Cuando se completa la formación, el alumno en prácticas habrá adquirido los conocimientos teóricos y prácticos para todas las fases y para todos los resultados a nivel de práctica profesional autónoma.



Identificación del problema: determinar la necesidad de evaluación diagnóstica o reconocer la patología.



Diagnóstico: diagnosticar sin el uso de una técnica específica.



Dx *Diagnóstico: diagnosticar con el uso de una técnica específica.*



Info *Información: proporcionar información y asesoramiento sobre el diagnóstico y sus consecuencias.*



Ind *Indicación de tratamiento: determinar la indicación para un tratamiento específico, teniendo en cuenta todas las opciones de tratamiento.*

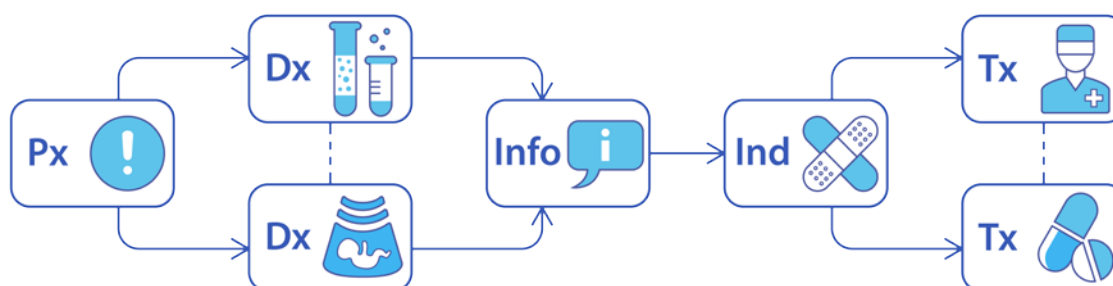


Tx *Tratamiento: analizar todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, además de proporcionar el tratamiento sin el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento conservador).*

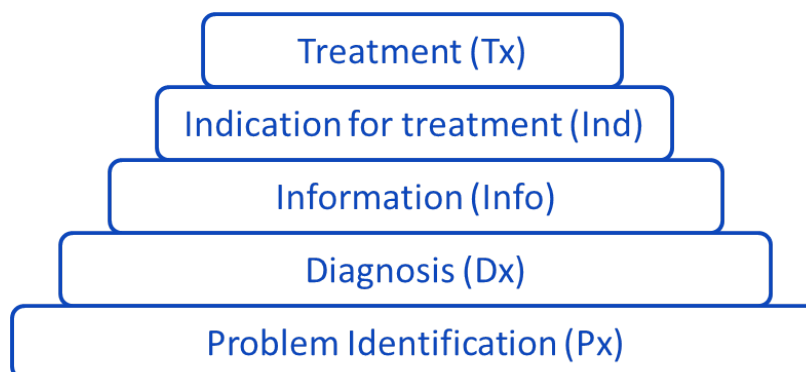


Tx *Tratamiento: discutir todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, así como proporcionar el tratamiento con el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento quirúrgico).*

Las fases se integran en el proceso clínico de la siguiente manera:



Si un estudiante es capaz de ofrecer un tratamiento (Tx) para una afección, se asume que dicho estudiante es capaz de determinar las indicaciones para el tratamiento (Ind), proporcionar información sobre el diagnóstico (Info), diagnosticar la afección (Dx) e identificar un problema que requiera evaluación diagnóstica (Px).



Referencias

1. Van der Aa JE, Goverde AJ, Teunissen PW, Scheele F. *Paving the road for a European postgraduate training curriculum.* Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2016;203:229-31.
2. Van der Aa JE, Tancredi A, Goverde AJ, Velebil P, Feyereisl J, Benedetto C, Teunissen PW, Scheele F. *What European gynaecologists need to master: Consensus on medical expertise outcomes of pan-European postgraduate training in obstetrics & gynaecology.* J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2017;216:143-53.

1. Conocimientos y técnicas médicas generales

El alumno en prácticas es capaz de proporcionar atención obstétrica y ginecológica al nivel de la práctica profesional autónoma en el departamento de pacientes ambulatorios, la sala de partos y la sala de admisión.

En todas las situaciones, el alumno:

- o Tiene conocimientos específicos sobre embriología, anatomía y fisiología de los órganos genitales femeninos y las mamas.
- o Obtiene el historial de la paciente y su familia incluyendo aspectos sociales, realiza un examen clínico preciso de los signos vitales, los genitales internos y externos y el abdomen, e interpreta los resultados adecuadamente.
- o Es capaz de diagnosticar, evaluar, investigar, supervisar e interpretar datos teniendo en cuenta las afecciones obstétricas y ginecológicas más comunes (las afecciones deben explicarse por tema).
- o Realiza estudios oportunos y apropiados, como examinar muestras microbiológicas, investigaciones de laboratorio, e imágenes de radiología, e interpreta los resultados en colaboración con los compañeros (p. ej., los radiólogos) en relación con los hallazgos clínicos para formar un diagnóstico diferencial.
- o Realiza las rondas con una visión multidisciplinaria, gestiona la admisión y el alta de pacientes en la entrada y la sala de partos, y gestiona el traslado a otra clínica.
- o Es capaz de realizar intervenciones terapéuticas básicas, incluyendo la prescripción de recetas seguras y adecuadas y la administración de oxígeno, medicamentos y tratamientos, productos hemoderivados, soporte circulatorio y cateterismo urinario.
- o Gestiona la evaluación, prevención y tratamiento del dolor.
- o Es capaz de reconocer y seleccionar pacientes gravemente enfermas e iniciar una gestión adecuada, incluyendo pacientes sépticas, pacientes con complicaciones periparto y pacientes que requieren reanimación.
- o Mantiene una comunicación eficaz con las pacientes y sus familiares, según los principios de la toma de decisiones compartidas y el consentimiento informado, documenta esta comunicación de forma precisa y trabaja en equipo con una comunicación eficaz dentro del equipo médico.
- o Tiene conocimientos específicos sobre el cuidado perioperatorio, incluida la clasificación ASA, indicaciones y contraindicaciones de cirugías, riesgos de las cirugías, indicaciones para la transfusión de sangre, complicaciones posquirúrgicas e indicaciones para la admisión en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- o Entiende la forma en que las afecciones ginecológicas influyen en la función sexual, indaga sobre la función sexual y posibles experiencias sexuales negativas, y entiende las consecuencias de la violencia sexual con respecto a afecciones ginecológicas y comportamiento.
- o Comprende los aspectos biopsicosociales de las afecciones obstétricas y ginecológicas.

2. Cuidado prenatal



Diagnóstico: diagnosticar con el uso de una técnica específica.

Diagnóstico

- o Viabilidad fetal y embrionaria
- o Ubicación del embarazo (intra o extra uterino)
- o Edad del embarazo
- o Embarazo único o múltiple
- o Longitud cervical
- o Corionicidad
- o Biometría fetal
- o Presentación fetal
- o Sitio placentario
- o Volumen de líquido amniótico
- o Flujo de la arteria umbilical

Técnica

- o Ecografía transvaginal y transabdominal
- o Ecografía transvaginal y transabdominal
- o Ecografía transvaginal y transabdominal
- o Ecografía transvaginal y transabdominal
- o Ecografía transvaginal y transabdominal
- o Ecografía transvaginal y transabdominal
- o Ecografía transvaginal y transabdominal
- o Ecografía transvaginal y transabdominal
- o Ecografía transvaginal y transabdominal
- o Ecografía transvaginal y transabdominal
- o Medición del flujo Doppler



Información: proporcionar información y asesoramiento sobre el diagnóstico y sus consecuencias.

- o Lactancia materna
- o Embarazo en la adolescencia
- o Embarazo y obesidad
- o Embarazo y diabetes
- o Embarazos con edad materna avanzada
- o Embarazo e hipertensión preexistente
- o Uso de medicamentos (p. ej., para problemas psiquiátricos)
- o Incompetencia cervical
- o Embarazo múltiple
- o Colestasis del embarazo
- o Consecuencias de un parto complicado para un siguiente embarazo y parto
- o Anomalías cromosómicas interpretando la translucencia nucal/doble screening/triple screening/ amniocentesis/muestreo de vellosidad coriónica/NIPT



Tratamiento: analizar todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, además de proporcionar el tratamiento sin el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento conservador).

- o Embarazo de ubicación desconocida
- o Hiperémesis
- o Aborto espontáneo (recurrente)
- o Pérdida de sangre vaginal en el primer trimestre

- o Pérdida de sangre vaginal en el segundo y tercer trimestre
- o Interrupción del embarazo en el segundo trimestre
- o Incompatibilidad de grupo sanguíneo
- o Estado del portador de estreptococos del grupo B
- o Molestias abdominales
- o Trauma abdominal (leve) en el embarazo
- o Posición errónea
- o Diabetes gestacional
- o Oligohidramnios
- o Polihidramnios
- o Trastornos hipertensivos del embarazo (hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, eclampsia, síndrome HELLP)
- o Actividad fetal reducida
- o Restricción del crecimiento fetal
- o Ruptura prematura de membranas
- o Muerte fetal intrauterina
- o Embarazo prolongado
- o Infecciones perinatales (toxoplasmosis, sífilis, varicela-zoster, parvovirus B19, rubéola, citomegalovirus, herpes)

3. Intraparto y postparto



Diagnóstico: diagnosticar con el uso de una técnica específica.

Diagnóstico

- o Viabilidad del parto

Técnica

- o Examen físico



Indicación de tratamiento: determinar la indicación para un tratamiento específico, teniendo en cuenta todas las opciones de tratamiento.

- o Hemorragia posparto; embolización arterial



Tratamiento: analizar todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, además de proporcionar el tratamiento sin el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento conservador).

- o Inducción de maduración pulmonar
- o Contracciones prematuras
- o Fallo en la progresión del parto
- o Fiebre intraparto
- o Líquido amniótico manchado de meconio
- o Historial médico de cesárea
- o Dolor periparto
- o Mastitis posparto (con absceso)
- o Retención urinaria postparto
- o Tromboembolismo
- o Hemorragia postparto



Tratamiento: discutir todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, así como proporcionar el tratamiento con el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento quirúrgico).

Diagnóstico

- o Parto sin complicaciones
- o Parto con complicaciones

Técnica

- o Asistencia en parto sin complicaciones
- o Asistencia en parto prematuro
- o Parto vaginal asistido por vacío
- o Parto asistido por fórceps*
- o Parto de nalgas*
- o Asistencia en parto vaginal de embarazo múltiple.
- o Cesárea
- o Repetición de cesárea

Números

50
10-20
0-10
5
20
10-15

o Sufrimiento fetal	o Cesárea en paciente obesa o Monitorización CTG o Toma de muestras de sangre del cuero cabelludo fetal*	0-10
o Desprendimiento de placenta	o Episiotomía	10-15
o Rotura uterina	o Cesárea de urgencia	
o Distocia de hombros	o Cesárea de urgencia	
o Hemorragia postparto	o Todas las maniobras de manejo de distocia*	
	o Taponamiento con balón intrauterino	
	o Compresión quirúrgica de atonía uterina (sutura de B-Lynch)*	
	o Histerectomía abdominal*	
o Placenta retenida	o Extirpación manual y quirúrgica de la placenta	
o Inversión uterina	o Reversión uterina manual*	
o Trauma del tracto genital	o Reparación de trauma del tracto genital	
o Hematoma vulvar	o Evacuación del hematoma vulvar	
o Herida de la episiotomía	o Sutura de la herida de la episiotomía	
Desgarro perineal de 1 ^{er} /2 ^o /3 ^{er}	o Sutura de desgarro perineal de 1 ^{er} /2 ^o /3 ^{er} grado	
o grado	o Sutura de desgarro perineal de 4 ^o grado	
o Desgarro perineal de 4 ^o grado	o Atención a los cuidados iniciales del recién nacido sano/prematuro (con puntuación de Apgar baja)	
o Atención neonatal	o Resucitación precisa del recién nacido en los primeros 10 minutos después del parto (mientras se espera la llegada del pediatra)*	

*= realización de la técnica, al menos en valor de simulación

4. Ginecología benigna



Diagnóstico: diagnosticar con el uso de una técnica específica.

Diagnóstico

- o Anomalías vulvares
- o Anomalías intrauterinas
- o Anomalías del útero y anexos
- o Anomalías en el ovario

Técnica

- o Biopsia con sacabocados con anestesia local
- o Histeroscopia y ecografía diagnósticas (2D o 3D)
- o Laparoscopia y ecografía diagnósticas (2D o 3D)
- o Ecografía diagnóstica (2D o 3D)



Indicación de tratamiento: determinar la indicación para un tratamiento específico, teniendo en cuenta todas las opciones de tratamiento.

- o Anticoncepción en un adulto sano
- o Anticoncepción en un paciente con un problema de salud o enfermedad concomitante
- o Endometriosis
- o Absceso tubo-ovárico
- o Hipermenorrea
- o Mioma uterino
- o Septo vaginal



Tratamiento: analizar todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, además de proporcionar el tratamiento sin el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento conservador).

- o Enfermedades de transmisión sexual
- o Enfermedad inflamatoria pélvica/salpingitis
- o Dolor abdominal/pélvico
- o Síndrome premenstrual
- o Dismenorrea
- o Hipermenorrea
- o Sangrado uterino anormal
- o Molestias menopáusicas
- o Secreción vaginal anormal
- o Vulvovaginitis
- o Fibromas uterinos
- o Patología anexial
- o Endometriosis
- o Condilomas vulvares
- o Quiste de Bartolino
- o Absceso vulvar



Tratamiento: *discutir todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, así como proporcionar el tratamiento con el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento quirúrgico).*

<u>Diagnóstico</u>	<u>Técnica</u>	<u>Números</u>
o Anticoncepción	o Colocación de diafragma/capuchón cervical	20
	o Colocación de dispositivo intrauterino	
	o Colocación de implantes subcutáneos	
	o Esterilización laparoscópica	
o Embarazo ectópico	o Extirpación laparoscópica de embarazo ectópico (Salpingostomía) o salpingectomía	10
o Aborto temprano	Dilatación y curetaje por aspiración o cureta roma*	15
Terminación del embarazo en el primer trimestre	o Dilatación y curetaje por aspiración o cureta roma*	10
o Quiste de Bartolino	o Marsupialización quirúrgica de quiste	5
o Absceso vulvar	o Escisión quirúrgica de absceso	
o Quiste ovárico	o Aspiración con aguja laparoscópica de quiste simple	
	o Electrocoagulación laparoscópica del ovario	
	o Cistectomía ovárica laparoscópica simple	
o Patología anexial	o Salpingo-ooforectomía laparoscópica	
	o Salpingo-ooforectomía mediante laparotomía	
o Pólipo intracavitario	o Resección histeroscópica de pólipo	
o Mioma uterino	o Resección histeroscópica de mioma tipo 0-1 (< 4 cm)	
	Miomectomía de mioma subseroso mediante laparotomía	
o Adherencias pélvicas	o Adhesiolisis laparoscópica simple	
	o Laparotomía con adhesiolisis mínima	
	Laparoscopias en total	30

*=según protocolos y leyes locales y nacionales

5. Medicina reproductiva



Identificación del problema: determinar la necesidad de evaluación diagnóstica o reconocer la patología.

- o Subfertilidad masculina y femenina y evaluación de fertilidad
- o Endocrinología reproductiva básica y anomalías endocrinas que podrían dar lugar a alteraciones del ciclo (amenorrea primaria, amenorrea secundaria, oligomenorrea, galactorrea, hiperprolactinemia, e hirsutismo)
- o Técnicas de conservación de fertilidad



Diagnóstico: diagnosticar sin el uso de una técnica específica.

- o Amenorrea primaria
- o Galactorrea



Diagnóstico: diagnosticar con el uso de una técnica específica.

<u>Diagnóstico</u>	<u>Técnica</u>	<u>Números</u>
o Subfertilidad; permeabilidad tubárica	o Laparoscopia diagnóstica con pruebas tubáricas	50
o Respuesta a tratamiento de fertilidad	o Histeroscopia diagnóstica con pruebas tubáricas	
o Síndrome de hiperestimulación ovárica	o Ecografía transvaginal con recuento de folículos y mediciones del folículo	
	o Ecografía transvaginal con evaluación de folículos y líquido intraperitoneal	



Información: proporcionar información y asesoramiento sobre el diagnóstico y sus consecuencias.

- o Factores pronósticos para el embarazo en general
- o Probabilidad de embarazo, aborto espontáneo y embarazo ectópico asociado a diferentes tratamientos de fertilidad



Indicación de tratamiento: determinar la indicación para un tratamiento específico, teniendo en cuenta todas las opciones de tratamiento.

- o Técnicas de reproducción asistida (IIU, FIV, ICSI)



Tratamiento: analizar todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, además de proporcionar el tratamiento sin el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento conservador).

- o Trastornos del ciclo WHO-II; inducción de la ovulación con citrato de clomifeno
- o Síndrome de hiperestimulación ovárica inicial (SHO)/tratamiento de urgencia

6. Uroginecología y suelo pélvico



Identificación del problema: determinar la necesidad de evaluación diagnóstica o reconocer la patología.

- o Reconocer la necesidad de derivación al fisioterapeuta del suelo pélvico u otro especialista médico por estrés y/o incontinencia de urgencia



Diagnóstico: diagnosticar con el uso de una técnica específica.

Diagnóstico

- o Prolapso del compartimento apical
- o Prolapso del compartimento anterior
- o Prolapso del compartimento posterior
- o Fístula rectovaginal

Técnica

- o Puntuación POP-Q



Indicación de tratamiento: determinar la indicación para un tratamiento específico, teniendo en cuenta todas las opciones de tratamiento.

- o Reparación vaginal anterior/posterior
- o Reparación vaginal apical



Tratamiento: discutir todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, así como proporcionar el tratamiento con el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento quirúrgico).

Diagnóstico

- o Prolapso uterino
- o Cistocele/ureterocele
- o Enterocelo/rectocelo

Técnica

- o Colocación de pesario y cuidado continuo
- o Colpocleisis*
- o Reparación vaginal anterior simple
- o Reparación vaginal posterior simple

Números

- 10
- 10
- 10

*= realización de la técnica, al menos en valor de simulación

7. Premalignidad



Identificación del problema: determinar la necesidad de evaluación diagnóstica o reconocer la patología.

- o Mujeres mayores delicadas con comorbilidades múltiples y polimedicadas
- o Afecciones premalignas de la vulva



Diagnóstico: diagnosticar con el uso de una técnica específica.

<u>Diagnóstico</u>	<u>Técnica</u>	<u>Números</u>
o Screening cervical	o Citología vaginal	20
o Afecciones premalignas del cuello uterino	o Colposcopia (con biopsia)	



Tratamiento: analizar todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, además de proporcionar el tratamiento sin el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento conservador).

- o Afecciones ginecológicas premalignas



Tratamiento: discutir todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, así como proporcionar el tratamiento con el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento quirúrgico).

<u>Diagnóstico</u>	<u>Técnica</u>	<u>Números</u>
o Afecciones premalignas del cuello uterino	o LLETZ del cuello uterino	20

8. Oncología ginecológica



Identificación del problema: determinar la necesidad de evaluación diagnóstica o reconocer la patología.

- o Malignidades ginecológicas en estadio avanzado
- o Reacciones atípicas al duelo



Diagnóstico: diagnosticar sin el uso de una técnica específica.

- o Carcinoma vulvar y cervical por medio de evaluación de los resultados de patología



Diagnóstico: diagnosticar con el uso de una técnica específica.

Diagnóstico		Técnica	
o	Enfermedad trofoblástica gestacional	o	Ecografía transvaginal
o	Afecciones premalignas o malignas	o	Biopsia endometrial
	del endometrio		



Información: proporcionar información y asesoramiento sobre el diagnóstico y sus consecuencias.

- o Carcinoma ovárico
- o Carcinoma cervical
- o Recurrencia o progresión de afecciones ginecológicas oncológicas

9. Ginecología pediátrica y salud sexual



Identificación del problema: determinar la necesidad de evaluación diagnóstica o reconocer la patología.

- o Disfunción sexual
- o Abuso sexual
- o Mutilación genital
- o Flujo vaginal en niñas
- o Dolor abdominal agudo en niñas
- o Enfermedades de transmisión sexual en niñas
- o Trauma de la vulva, la vagina, el perineo y/o el recto de la niña
- o Sospecha de violencia doméstica o abuso infantil



Diagnóstico: diagnosticar con el uso de una técnica específica.

Diagnóstico

- o Afecciones ginecológicas en niñas*

Técnica

- o Adaptación de la comunicación al nivel de la niña
- o Examen ginecológico preciso de la niña



Indicación de tratamiento: determinar la indicación para un tratamiento específico, teniendo en cuenta todas las opciones de tratamiento.

- o Anticoncepción en adolescentes sanas



Tratamiento: analizar todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, además de proporcionar el tratamiento sin el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento conservador).

- o Enfermedades de transmisión sexual en adultos, adolescentes y niñas prepúberes y peripubertales



Tratamiento: discutir todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, así como proporcionar el tratamiento con el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento quirúrgico).

Diagnóstico

- o Trauma de la vulva/vagina/perineo/recto en una niña*

*= niñas peripubertales y prepúberes

Técnica

- Atención de urgencia de
- o vulva/vagina/perineo/recto

10. Patología mamaria



Identificación del problema: determinar la necesidad de evaluación diagnóstica o reconocer la patología.

- o Patologías mamarias malignas
- o Riesgos genéticos en patologías mamarias malignas
- o Métodos de control de patologías mamarias



Diagnóstico: diagnosticar con el uso de una técnica específica.

Diagnóstico

- o Galactorrea
- o Mastalgia

Técnica

- o Examen preciso de las mamas

Contenido del plan de estudios

Plan de estudios de optativas

Autores: Fedde Scheele, Angelique Goverde, Jessica van der Aa, Chiara Benedetto, Annalisa Tancredi, Jaroslav Feyereisl, Petr Velebil, Anna Aabakke

Introducción

La formación de posgrado en obstetricia y ginecología sigue un programa de al menos cinco años. Se compone de un programa de asignaturas troncales y optativas.

Este documento describe el contenido médico de los módulos optativos del plan de estudios de formación de posgrado paneuropeo en Ginecología y Obstetricia. El contenido de los módulos optativos se ha determinado mediante un procedimiento de consenso entre ginecólogos y alumnos en prácticas [1,2]. Integra los conocimientos y técnicas que deben adquirirse para desarrollar las competencias de los ginecólogo europeos en su formación adicional.

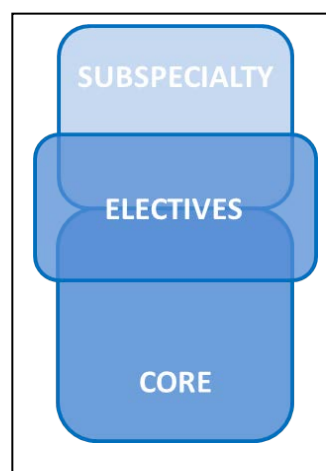
En el plan de estudios paneuropeo se realiza una clara distinción entre los módulos educativos troncales y optativos:

Troncales

- Asignaturas troncales comunes obligatorias para todos los estudiantes de Ginecología y Obstetricia.
- Duración mínima de tres años, en función de la administración a nivel local o nacional.
- Requisitos mínimos de formación.
- Contenido claramente definido por consenso europeo.
- Se recomienda un número mínimo en varios procedimientos para una formación adecuada.
- Las habilidades adquiridas hacen referencia al nivel de práctica autónoma, lo que significa que el alumno en prácticas es capaz de actuar sin supervisión.

Optativas

- Un mínimo de al menos una optativa es obligatoria para todos los alumnos en prácticas.
- Incluye una formación más intensa que la troncal, añadiendo nuevos conocimientos y habilidades, un análisis más profundo de las patologías y el tratamiento posterior.
- Determina el perfil profesional personal del alumno en prácticas con áreas de especial interés.
- El contenido de una optativa es una «ventana deslizante»; se sitúa entre la troncal y la subespecialidad.
- Una asignatura optativa puede incluirse en la formación obligatoria en determinados países (p.ej., para la patología mamaria).



Subespecialidad

- La formación en subespecialidades va más allá del alcance del plan de estudios de la formación de posgrado en obstetricia y ginecología.
- El contenido está normalizado y reconocido por organismos de subespecialización.

Instrucciones de lectura

- o El contenido (troncales y optativas) del plan de estudios paneuropeo debe ser razonable y factible para poder aplicarlo en todos los países europeos.
- o Los «niveles de atención del EBCOG» determinan las condiciones en que se presta la atención y se realizan los procedimientos; estos se determinaron en concordancia con los organismos de subespecialización. Los alumnos en prácticas deben adherirse a estas condiciones.
- o El contenido del plan de estudios (troncales y optativas) va en consonancia con los actuales niveles de atención y formación. Dado que se producen con frecuencia avances dentro de las disciplinas de Obstetricia y Ginecología, es posible que el contenido no siempre refleje las recomendaciones más recientes, aunque las normas de formación se actualizarán de manera intermitente.
- o La formación al nivel de práctica autónoma implica que un alumno en prácticas tenga que poder proporcionar asistencia o realizar un procedimiento sin que haya supervisión. La legislación nacional determina si debe haber supervisión (sin interferencias) cuando un alumno en prácticas proporciona asistencia o realiza un procedimiento.

Se han identificado ocho optativas, que abarcan:

1. Obstetricia avanzada y Medicina fetal-maternal
2. Ginecología benigna
3. Medicina reproductiva
4. Uroginecología y suelo pélvico
5. Enfermedad del tracto genital inferior y sexología
6. Ginecología pediátrica y adolescente
7. Oncología ginecológica
8. Patología mamaria

Se describen los resultados de las actividades de formación por optativa. Se han estructurado por fases de los procesos clínicos. Cada fase requiere una integración más avanzada de conocimientos y técnicas que la anterior fase con respecto al resultado. Cuando se completa la formación, el alumno en prácticas habrá adquirido los conocimientos teóricos y prácticos para todas las fases y para todos los resultados a nivel de práctica profesional autónoma.

Fases:



Identificación del problema: determinar la necesidad de evaluación diagnóstica o reconocer la patología.



Diagnóstico: diagnosticar sin el uso de una técnica específica.



Diagnóstico: diagnosticar con el uso de una técnica específica.



Información: proporcionar información y asesoramiento sobre el diagnóstico y sus consecuencias.



Indicación de tratamiento: determinar la indicación para un tratamiento específico, teniendo en cuenta todas las opciones de tratamiento.

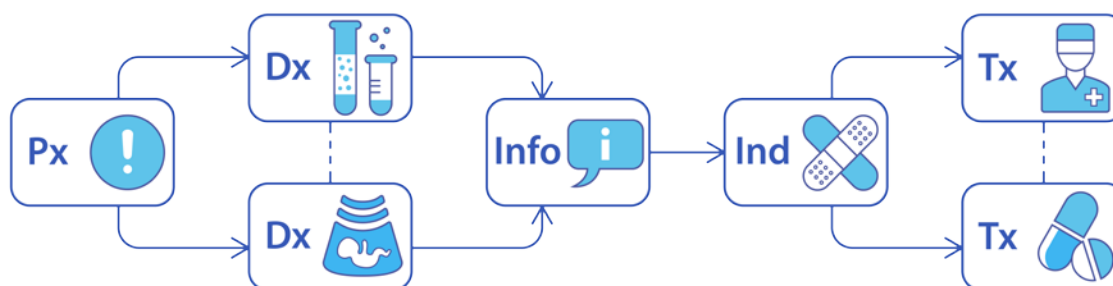


Tratamiento: analizar todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, además de proporcionar el tratamiento sin el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento conservador).

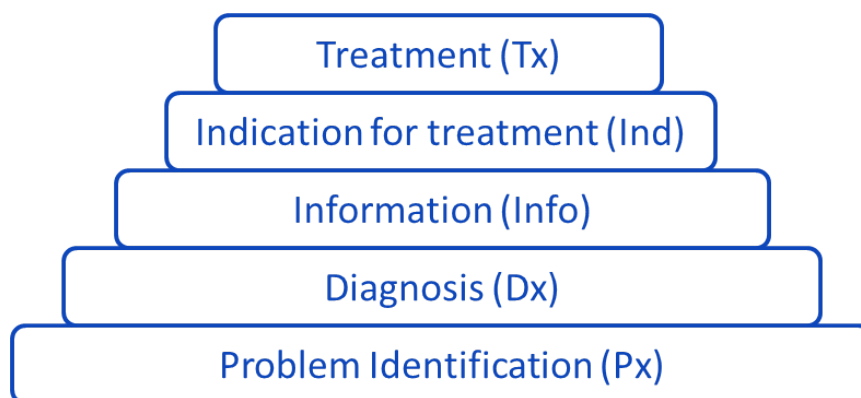


Tratamiento: discutir todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, así como proporcionar el tratamiento con el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento quirúrgico).

Las fases se integran en el proceso clínico de la siguiente manera:



Si un estudiante es capaz de ofrecer un tratamiento (Tx) para una afección, se asume que dicho estudiante es capaz de determinar las indicaciones para el tratamiento (Ind), proporcionar información sobre el diagnóstico (Info), diagnosticar la afección (Dx) e identificar un problema que requiera evaluación diagnóstica (Px).



Referencias

1. Van der Aa JE, Goverde AJ, Teunissen PW, Scheele F. *Paving the road for a European postgraduate training curriculum*. J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2016;203:229-31.
2. Van der Aa JE, Tancredi A, Goverde AJ, Velebil P, Feyereisl J, Benedetto C, Teunissen PW, Scheele F. *What European gynaecologists need to master: Consensus on medical expertise outcomes of pan-European postgraduate training in obstetrics & gynaecology*. J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2017;216:143-53.

1. Obstetricia avanzada y Medicina fetal-maternal



Identificación del problema: *determinar la necesidad de evaluación diagnóstica o reconocer la patología.*

- o Problemas psiquiátricos que requieren derivación a un especialista en salud mental, trabajador social o centro de adicciones.



Diagnóstico: *diagnosticar sin el uso de una técnica específica.*

- o Trastornos psiquiátricos en el embarazo y postparto
- o Temor al parto y trastorno de estrés postraumático después del parto
- o Problemas psicosociales complejos durante el embarazo
- o Abuso de sustancias
- o Gestión del duelo



Diagnóstico: *diagnosticar con el uso de una técnica específica.*

Diagnóstico

- o Flujo anormal de la arteria uterina
- o Flujo anormal de la arteria cerebral media
- o Flujo anormal de los conductos venosos
- o Anomalías congénitas
- o Anomalías cromosómicas

Técnica

- o Flujometría Doppler de la arteria uterina
- o Flujometría Doppler de la arteria cerebral media
- o Flujometría Doppler de los conductos venosos
- o Ecografías de detección avanzadas
- o Amniocentesis



Información: *proporcionar información y asesoramiento sobre el diagnóstico y sus consecuencias.*

- o Comunicación de riesgos en todos los procedimientos obstétricos.
- o Dirigir una reunión interdisciplinaria sobre problemas psicosociales complejos durante el embarazo.



Tratamiento: *analizar todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, además de proporcionar el tratamiento sin el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento conservador).*

- o Trastornos hipertensivos del embarazo
- o Diabetes preexistente
- o Embarazo múltiple
- o Colestasis del embarazo
- o Depresión posparto

2. Ginecología benigna



Indicación de tratamiento: determinar la indicación para un tratamiento específico, teniendo en cuenta todas las opciones de tratamiento.

- o Aspectos psicosociales del dolor pélvico crónico.



Tratamiento: discutir todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, así como proporcionar el tratamiento con el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento quirúrgico).

Diagnóstico

- o Anticoncepción
- o Mioma uterino tipo 2 (< 3cm)
- o Mioma uterino (que es insensible al histerectomía laparoscópica)
- o Hipermenorrea
- o Endometriosis (< etapa 2)
- o Absceso tubo-ovárico
- o Adherencias pélvicas

Técnica

- o Esterilización histeroscópica
- o Resección histeroscópica de mioma tipo 2 (< 3cm)
- o Tratamiento conservador con
- o Ablación o resección endometrial por histeroscopia
- o Histerectomía laparoscópica
- o Tratamiento laparoscópico de la endometriosis
- o Tratamiento laparoscópico de absceso en el tubo-ovárico
- o Adhesiolisis laparoscópica

3. Medicina reproductiva



Identificación del problema: determinar la necesidad de evaluación diagnóstica o reconocer la patología.

- o Micro aspiración/aspiración percutánea de esperma
- o Extracción de esperma testicular
- o Trastornos genéticos
- o Diagnóstico preimplantacional



Indicación de tratamiento: determinar la indicación para un tratamiento específico, teniendo en cuenta todas las opciones de tratamiento.

- o Situación psicosocial de parejas en tratamientos de fertilidad (toma de decisiones compartida)



Tratamiento: analizar todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, además de proporcionar el tratamiento sin el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento conservador).

- o Técnicas avanzadas de inducción de la ovulación
- o Estimulación IIU
- o Galactorrea
- o Hiperprolactinemia
- o Adenoma pituitario



Tratamiento: discutir todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, así como proporcionar el tratamiento con el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento quirúrgico).

Diagnóstico

- o Subfertilidad
- o Síndrome de hiperestimulación ovárica

Técnica

- o Inseminación intrauterina
- o Paracentesis

4. Uroginecología y suelo pélvico



Identificación del problema: *determinar la necesidad de evaluación diagnóstica o reconocer la patología.*

- o Trastornos neurológicos (espina bífida, esclerosis múltiple, Parkinson, lesiones en la columna vertebral, neuropatía)



Diagnóstico: *diagnosticar con el uso de una técnica específica.*

Diagnóstico

- o Alteraciones en la fuerza y motilidad del suelo pélvico y el músculo elevador del ano

Técnica

- o Medición con palpación manual de la fuerza y motilidad del suelo pélvico y el músculo elevador del ano
- o Ecografía transperineal y endoanal



Indicación de tratamiento: *determinar la indicación para un tratamiento específico, teniendo en cuenta todas las opciones de tratamiento.*

- o Aspectos psicosociales del prolapso y la incontinencia



Tratamiento: *discutir todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, así como proporcionar el tratamiento con el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento quirúrgico).*

Diagnóstico

- o Estrés e incontinencia de urgencia
- o Prolapso uterino

Técnica

- o Colocación de cinta suburetral
- o Operación de Manchester
- o Histerectomía vaginal
- o Colpocleisis

5. Enfermedad del tracto genital inferior y sexología



Diagnóstico: diagnosticar con el uso de una técnica específica.

Diagnóstico

- o Afecciones vulvares premalignas y malignas
- o Problemas sexuales
- o Dolor genito-pélvico y trastorno de penetración
- o Vaginismo primario

Técnica

- o Vulvoscopia con biopsia
- o Modelo PLISSIT de asesoramiento sexual
- o Examen ginecológico educativo



Indicación de tratamiento: determinar la indicación para un tratamiento específico, teniendo en cuenta todas las opciones de tratamiento.

- o Aspectos psicosociales de la enfermedad vulvovaginal
- o Aspectos psicosociales de la mutilación genital
- o Aspectos psicosociales de la agresión sexual



Tratamiento: analizar todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, además de proporcionar el tratamiento sin el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento conservador).

- o Dermatitis vulvar
- o Falta de deseo sexual
- o Aspectos médicos de la agresión sexual



Tratamiento: discutir todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, así como proporcionar el tratamiento con el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento quirúrgico).

Diagnóstico

- o Condilomas genitales
- o Mutilación genital de tipo III

Técnica

- o Vaporización láser
- o Escisión quirúrgica de lesiones
- o Cirugía reconstructiva de cicatriz infibulada

6. Ginecología pediátrica y adolescente



Diagnóstico: diagnosticar con el uso de una técnica específica.

Diagnóstico

- o Persistencia de problemas vulvares y/o urinarios

Técnica

- o Cistoscopia/vaginoscopia



Información: proporcionar información y asesoramiento sobre el diagnóstico y sus consecuencias.

- o Sangrado vaginal prepuberal
- o Masa anexial



Indicación de tratamiento: determinar la indicación para un tratamiento específico, teniendo en cuenta todas las opciones de tratamiento.

- o Trauma de vulva/vagina/perineo/recto



Tratamiento: analizar todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, además de proporcionar el tratamiento sin el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento conservador).

- o Anticoncepción en adolescentes con problemas de salud
- o Dolor vulvovaginal
- o Flujo vaginal
- o Dolor abdominal agudo
- o Dolor abdominal crónico
- o Pubertad prematura
- o Retraso en la pubertad
- o Anomalías menstruales (p. ej., amenorrea primaria)
- o Trastornos de desarrollo del tracto genital
- o Patología vulvovaginal (p. ej., liquen escleroso)



Tratamiento: discutir todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, así como proporcionar el tratamiento con el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento quirúrgico).

Diagnóstico

- o Cuerpo extraño vaginal o vulvar

Técnica

- o Vaginoscopia con extracción de cuerpo extraño

Para niñas prepúberes y peripubertales y adolescentes se tiene todo en cuenta.

7. Oncología ginecológica



Diagnóstico: diagnosticar con el uso de una técnica específica.

Diagnóstico

- o Afecciones vulvares premalignas y malignas
- o Malignidad ovárica

Técnica

- o Vulvoscopy con biopsia
- o Cálculo del índice de riesgo de malignidad (IRM)



Tratamiento: discutir todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, así como proporcionar el tratamiento con el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento quirúrgico).

Diagnóstico

- o Afecciones premalignas del cuello uterino
- o Etapa I, carcinoma endometrial de grado bajo
- o Mutación genética con indicación para salpingo-ooforectomía con reducción de riesgos

Técnica

- o Conización del cuello uterino
- o Histerectomía laparoscópica
- o Histerectomía abdominal
- o Salpingo-ooforectomía laparoscópica
- o Salpingo-ooforectomía mediante laparotomía

8. Patología mamaria



Diagnóstico: diagnosticar con el uso de una técnica específica.

Diagnóstico

- o (Pre)malignidad mamaria

Técnica

- o Aspiración con aguja fina*
- o Biopsia de mama³

**Esto no se aplica a los países donde este procedimiento lo realizan radiólogos.*



Información: proporcionar información y asesoramiento sobre el diagnóstico y sus consecuencias.

- o Recurrencia o progresión de la malignidad mamaria
- o Patología mamaria limítrofe
- o Genética en la malignidad mamaria



Indicación de tratamiento: determinar la indicación para un tratamiento específico, teniendo en cuenta todas las opciones de tratamiento.

- o Premalignidad mamaria
- o Malignidad mamaria



Tratamiento: analizar todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, además de proporcionar el tratamiento sin el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento conservador).

- o Galactorrea
- o Mastalgia
- o Mastitis postparto



Tratamiento: discutir todas las opciones de tratamiento, determinar la indicación para un tratamiento específico, orientar sobre el tratamiento, así como proporcionar el tratamiento con el uso de una técnica específica (p. ej., tratamiento quirúrgico).

Diagnóstico

- o Lesiones limítrofes de la mama
- o Absceso mamario postparto

Técnica

- o Escisión quirúrgica de lesión mamaria
- o Punción y drenaje de absceso

Competencias generales y habilidades interpersonales

Autores: Betina Ristorp Andersen, Annette Settnes, Peter Hornnes, Anna Aabakke, Joyce Hoek-Pula, Britt Myren, Noortje Jonker, Petra Kunkeler, Fedde Scheele, Chiara Benedetto, Jessica van der Aa

Introducción

Este documento describe las competencias generales y habilidades interpersonales que deben estudiarse en el plan de estudios de formación de posgrado paneuropeo en Ginecología y Obstetricia. Estas habilidades deben adquirirse durante la formación, de forma adicional a los resultados de los conocimientos médicos, para responder a las necesidades de la sociedad y de las partes interesadas del ginecólogo. Las competencias generales y habilidades interpersonales están organizadas en cuatro áreas de competencia: «*Atención centrada en el paciente*», «*Trabajo en equipo*», «*Práctica basada en el sistema*» y «*Desarrollo personal y profesional*». Cada área describe las competencias específicas que deben desarrollarse y las habilidades que deben formarse. Las competencias y habilidades se han determinado mediante investigación científica entre los actores sociales de toda Europa.

En la sección «*entrustment y portfolio*» se ofrecen sugerencias para la evaluación de estas habilidades. Los formularios de evaluación abordan las competencias generales y habilidades interpersonales.

Las competencias generales descritas a continuación enlazan bien con la Declaración Universal de los derechos humanos elaborada por las Naciones Unidas. Por otra parte, se especifican la confidencialidad y el beneficio para el progreso científico.

Competencias generales y habilidades interpersonales que se deben trabajar

Atención centrada en el paciente

- o Ver a la paciente en una perspectiva holística, respetar la diversidad y proporcionar atención individualizada
- o Comunicarse respetuosa y empáticamente, escuchando de forma activa para fomentar la confianza mutua
- o Asegurar la autonomía de la paciente y el consentimiento informado facilitando el equilibrio entre las recomendaciones basadas en la evidencia y las preferencias de la paciente en el proceso de toma de decisiones compartidas
- o Demostrar liderazgo para ofrecer seguridad y continuidad en la atención a la paciente
- o Trabajar de acuerdo a las normas éticas y los derechos humanos universales de las mujeres

Trabajo en equipo

- o Colaborar respetuosamente con otros profesionales, como enfermeras y matronas, y contribuir a un ambiente de trabajo seguro y constructivo
- o Facilitar la toma de decisiones compartidas interprofesional, reconociendo y aprovechando la experiencia de los demás
- o Centrarse en el rendimiento del equipo reconociendo los niveles de atención y aspectos legales
- o Mostrar liderazgo, especialmente en situaciones críticas

Práctica basada en el sistema

- o Entender y trabajar eficazmente en la organización sanitaria, incluyendo su sistema jurídico
- o Entender y adaptarse a la diversidad, el desarrollo y la innovación
- o Trabajar de acuerdo a las directrices y normas de atención y aplicar sistemas de seguridad del paciente
- o Equilibrar los resultados y costes relacionados con las pacientes
- o Realizar selecciones y priorizar las tareas teniendo en cuenta los recursos disponibles
- o Garantizar la privacidad y la comodidad de la paciente en la prestación de los cuidados, el entorno y el contexto

Desarrollo personal y profesional

- o Ser un aprendiz permanente y un buen ejemplo
- o Equilibrar el trabajo y la vida
- o Reconocer aptitudes y limitaciones personales
- o Dar, buscar y aceptar las críticas, reflexionar sobre ellas y utilizarlas para mejorar
- o Mejorar continuamente la escucha empática, así como una comunicación clara y eficaz
- o Contribuir al progreso de los cuidados médicos mediante la investigación, la educación y facilitar la puesta en marcha de innovaciones

Autores: Sibil Tschudin, Marieke Paarlberg, Heather Rowe, Angelique Goverde

Introducción

La comunicación eficaz es una habilidad esencial en la interacción médico-paciente como se estipula en las competencias generales del plan de estudios base. Ha demostrado mejorar los resultados médicos, así como la satisfacción de las pacientes. También el rendimiento del trabajo en equipo depende de las habilidades comunicativas. Por último, las habilidades de comunicación escrita son importantes a la hora de mantener registros médicos y de comunicar información relativa a la salud. Aunque la competencia comunicativa es en parte una cualidad personal, las habilidades comunicativas se pueden desarrollar (más) centrándose en la formación, las críticas constructivas y la evaluación.

Este documento presenta una guía provisional para la formación en comunicación y aptitudes psicosociales que permiten al alumno en prácticas desarrollar un estilo de comunicación personal eficaz con respecto a la autonomía de la paciente, para cubrir de forma adecuada los aspectos biopsicosociales y contemplar la sexualidad dentro del contexto de afecciones obstétricas y ginecológicas.

Comunicación y habilidades psicosociales

La comunicación es la esencia de toda interacción del médico con los pacientes y sus familiares. Es responsabilidad del médico crear un entorno seguro en el que la paciente y el médico se sientan cómodos para hablar. El desarrollo de aptitudes de comunicación permitirá al alumno en prácticas y a la paciente intercambiar información de manera eficaz y establecer una relación médico-paciente terapéutica en distintas situaciones clínicas. La comunicación eficaz se basa en los principios de la ética biomédica (beneficencia, no-maleficencia, respeto y autonomía) [1], está dirigida a la toma de decisiones informadas y aplica un enfoque centrado en la paciente. El enfoque centrado en la paciente se caracteriza por una actitud auténtica, congruente y transparente, consistente en la escucha activa [2], es decir, esperar, comprobar, replicar y resumir ofreciendo información individualizada adaptada basada en el método obtener – proporcionar – obtener [3].

Para situaciones especialmente exigentes, como malas noticias, tratar (dis)funciones sexuales (incluyendo preguntas sobre abuso sexual) y síndromes de dolor crónico pélvico o vulvar, se recomiendan conocimientos más específicos, como

- Los 6 pasos del protocolo SPIKES, por sus siglas en inglés (Entorno/Percepción/Invitación/Conocimiento/Emociones/Estrategia) [4].
- NURSE, por sus siglas en inglés (Denominación/Comprensión/Respeto/Apoyo/Exploración) [5].
- PEARLS, por sus siglas en inglés (Asociación/Empatía/Disculpa/Respeto/Legitimación/Apoyo) [6].

Otro aspecto de la comunicación se refiere al papel del doctor dentro del equipo médico. La colaboración y la responsabilidad compartida en la atención médica plantean nuevas exigencias a los médicos, especialmente en el ámbito del intercambio de información (médica). La documentación de información médica en diversas instancias, como el expediente clínico del paciente, informe de operación, carta de alta o de consulta, no sólo tiene la finalidad de prestar atención médica, sino que también es un requisito médico legal.

Es necesario que el alumno en prácticas desarrolle:

- Habilidades para el traslado efectivo de pacientes, p. ej., con el uso del método SBAR, por sus siglas en inglés (Situación/Antecedentes/Evaluación/Recomendación) [7]).
- Habilidades para el mantenimiento de registros y redacción de informes médicos.

Formación y evaluación de la comunicación y las aptitudes psicosociales

Al igual que otros conocimientos en obstetricia y ginecología, aprender y mejorar las habilidades de comunicación es un proceso continuo, basado en la combinación de conocimientos teóricos, experiencia en la

simulación de situaciones y prácticas en el trabajo con supervisión directa (y más tarde bajo supervisión indirecta). Se recomienda el uso de un marco o modelo de técnicas de comunicación estructuradas. Este marco describe los diversos elementos del encuentro médico-paciente y las habilidades específicas que deben aprenderse. Las críticas constructivas y la estimulación de la auto-reflexión son las piedras angulares de la evaluación formativa para una formación complementaria directa.

Formación de la comunicación verbal y las habilidades biopsicosociales

El conocimiento teórico se aprende de los libros de texto (p. ej. Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology; a competency-oriented approach de Paarlberg Km y Van de Wiel HB) y/o del programa de formación, ya sea de forma individual o en cursos diseñados específicamente a nivel local, nacional o internacional (p. ej., de la Sociedad Internacional de Obstetricia y Ginecología psicosomática (ISPOG).

Los juegos de rol o simulación con pacientes ofrecen una práctica en «laboratorio seco» tanto para situaciones médico-paciente como para la formación del equipo y pueden complementar las prácticas en condiciones reales con supervisión directa e indirecta (con conversaciones sobre el caso). En estos métodos de formación se deben tener en cuenta los diferentes aspectos de la comunicación, como la empatía, estructura, expresión verbal y no verbal, así como la impresión general. Es fundamental que la información se proporcione de forma estructurada y se tenga en consideración la personalidad del alumno.

Evaluación de la comunicación y las habilidades biopsicosociales

La observación directa es el mejor método para enseñar y evaluar habilidades de comunicación. Se pueden tratar tanto la comunicación verbal y como la no verbal. También otro personal (para)médico e incluso pacientes pueden hacer aportaciones para la evaluación a través de las opiniones multiorigen. Si no es posible la observación directa, puede ser útil grabar los encuentros entre alumno y paciente.

Debe mantenerse un *portfolio* con opiniones de diferentes fuentes y evaluaciones de la OSCE, pero el alumno en prácticas también puede incluir breves reflexiones escritas.

Formación de habilidades comunicativas en un entorno de trabajo en equipo

Se organizan cursos de simulación específica para traslado de pacientes y situaciones complejas a nivel local, nacional o internacional. Para la comunicación en equipos, se recomienda el método SBAR.

Formación y evaluación de la comunicación escrita

Según el documento específico y los entornos locales y/o nacionales, deben exponerse y transmitirse claramente los criterios para la documentación médica al alumno en prácticas. Los debates de los documentos médicos preparados por los alumnos demostrarán hasta qué punto están cumpliendo estos criterios.

Referencias

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles biomedical ethics. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2001.
2. Rogers C, Farson R. Active listening: In: Kolb D, Rubin I, MacIntyre J, editors. Organizational psychology. 3rd ed. Englewood: Prentice Hall; 1979.
3. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. New York: Guilford Press; 2000.
4. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Goble G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
5. Back AL et al. Efficacy of communications skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med* 2007; 167: 453—460
6. Clark W, Hewson M, Fry M, Shorey J. Communication skills reference card. St. Louis, MO: American Academy on Communication in Healthcare; 1998.
7. Institute for Healthcare improvement: www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx

Autores: Rudi Campo, Helder Ferreira, Yves van Belle, Vasilios Tanos, Benoit Rabischong, Grigoris Grimbizis, Attilio Di Spiezio Sardo

Introducción

Hoy se acepta de manera general que el modelo tradicional aprendiz-tutor ya no es válida para la formación de todos los conocimientos necesarios en cirugía ginecológica y, más concretamente, en cirugía endoscópica [1]. Este acuerdo se basa en el reconocimiento de que, a diferencia de la cirugía abierta, la cirugía endoscópica exige técnicas quirúrgicas y habilidades psicomotrices que no necesariamente deben enseñarse simultáneamente. De hecho, la evidencia creciente sugiere encarecidamente que deben enseñarse las habilidades psicomotrices de manera más temprana antes y fuera del quirófano, y se han propuesto varios modelos para este objetivo [2-7].

En consecuencia, seis de las principales organizaciones profesionales de ginecología, ESGE, EBCOG, EAGS, ENTOG, ACOG y AAGL, han emitido una recomendación conjunta sobre formación quirúrgica endoscópica y la garantía de la calidad. Esta recomendación indica que cada hospital universitario de cirugía endoscópica debe facilitar un laboratorio seco endoscópico para la formación y mejora de las competencias del médico en técnicas de cirugía endoscópica.

El fundamento de esta recomendación es que la endoscopia exige habilidades tanto psicomotrices como quirúrgicas. Es esencial que estas habilidades psicomotrices se enseñen y prueben en un entorno seguro antes de la formación en el quirófano, ya que así se reducen las tasas de mortalidad y morbilidad de los pacientes, se reduce la exposición de los pacientes a estudiantes no cualificados y aumenta considerablemente la eficacia educativa.

En esta sección, se ofrecen ejemplos de simuladores de formación, algunos de los cuales se mencionan por su nombre o marca comercial. Tenga en cuenta que hay muchas herramientas de formación diferentes disponibles y que el campo de la simulación se encuentra en continuo desarrollo. Las recomendaciones y asesoramiento sobre simuladores o herramientas de formación específica se pueden encontrar en la ESGE.

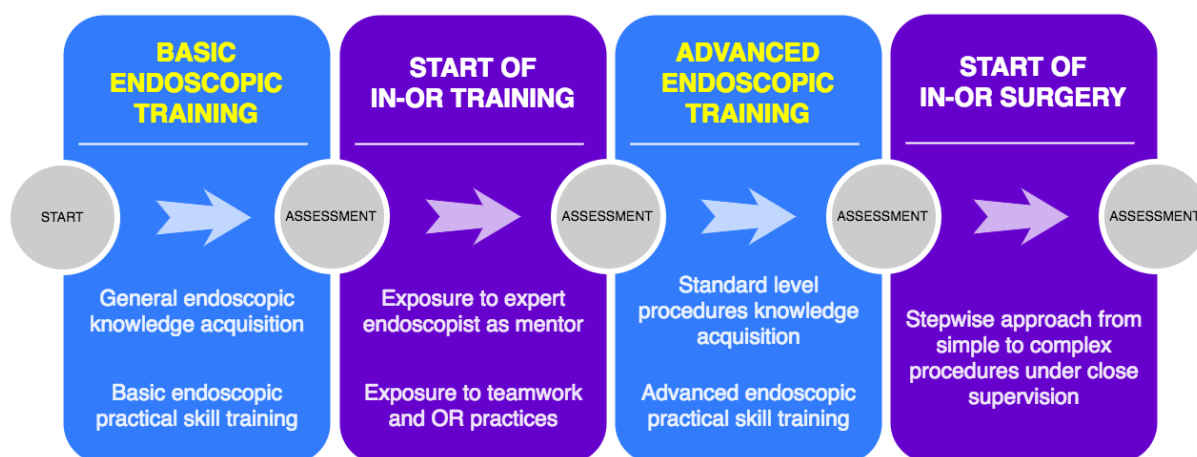
La adquisición de conocimientos y la formación de habilidades psicomotrices debe producirse a través de un enfoque estructurado, que permita solamente a los estudiantes progresar en el programa cuando se hayan alcanzado y evaluado unos objetivos claramente definidos y cuantificables. Un estudio reciente muestra que la formación de habilidades psicomotrices laparoscópicas básicas (coordinación mano-ojo) antes de recibir formación de técnicas de sutura mejora la adquisición y la retención de más tareas laparoscópicas avanzadas, como la técnica laparoscópica de nudos intra-corpóreos [8], que indica la necesidad de un enfoque estructurado en el que se eduquen las habilidades psicomotrices antes que las técnicas laparoscópicas avanzadas.

Plan de formación

La formación de los alumnos en prácticas para convertirlos en cirujanos ginecológicos no debe comenzar con la formación en el quirófano, sino en un entorno de simulación [8,9]. Un programa de formación ginecológica estructurado debe aceptar plenamente este planteamiento y abarcar una serie de pasos bien definidos, combinando la formación en laboratorio seco con la formación en quirófano. En cada fase, debe llevarse a cabo una evaluación para validar si el alumno puede proceder al siguiente nivel.

Los siguientes pasos pueden definirse en este enfoque:

- o Entrenamiento endoscópico básico (laboratorio seco): Adquisición de conocimientos de principios y técnicas endoscópicas generales combinadas con prácticas básicas de formación en técnicas endoscópicas.
- o Inicio de la formación en quirófano: Después de que el alumno haya demostrado contar con los conocimientos y habilidades prácticas básicas necesarias en endoscópica, se puede iniciar la formación en quirófano. En esta fase, el alumno puede ayudar a un experto cirujano endoscópico, que actúa como mentor, y exponerse a prácticas de quirófano básicas y a trabajar en equipo.
- o Entrenamiento endoscópico avanzado (laboratorio seco): Adquisición de conocimiento de los procedimientos y formación a nivel estándar de técnicas prácticas avanzadas.
- o Inicio de la cirugía en quirófano: Una vez que se ha superado la fase de adquisición de técnicas de laboratorio, puede llevarse a cabo la cirugía real, según un enfoque gradual comenzando con una estrecha supervisión y procedimientos sencillos y paso a paso, pasando a menos supervisión de procedimientos sencillos y aumentando a otros más complicados.



Este enfoque pretende enseñar y evaluar las técnicas endoscópicas necesarias tanto como sea posible en una configuración de laboratorio seco, antes de trasladarse a pacientes reales en el quirófano. La ventaja de esto es triple:

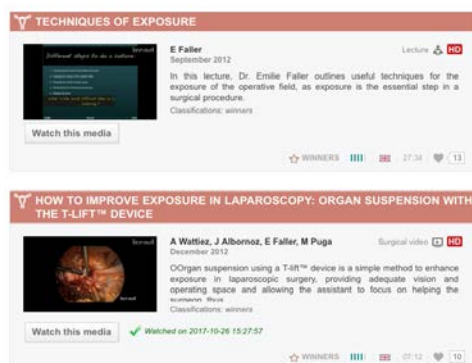
1. Los alumnos en prácticas están mucho más seguros de sí mismos cuando llegan al quirófano ya que cuentan con la confianza de haber adquirido los conocimientos y técnicas necesarios;
2. Los mentores expertos no pierden tiempo enseñando técnicas básicas, pueden recibir una adecuada asistencia por parte de los alumnos y centrarse más en los procedimientos al alcance de la mano;
3. El paciente recibe una mejor atención debido a que los alumnos han recibido la formación adecuada y están mucho menos expuestos a estudiantes no cualificados.

La formación endoscópica debe producirse tanto a nivel teórico como a nivel práctico. La adquisición de los conocimientos adecuados de laparoscopia general y procedimientos de nivel estándar es tan importante como el aprendizaje de las habilidades psicomotoras necesarias para llevar a cabo con éxito las manipulaciones endoscópicas. La formación en el quirófano sólo puede comenzar cuando se ha demostrado que los conocimientos y las habilidades están presentes.

Adquisición de conocimientos

La adquisición de conocimientos endoscópicos generales y, en una etapa posterior, de procedimientos de nivel estándar puede producirse antes o al mismo tiempo que la formación práctica. Para realizar este tipo de formación de la forma más asequible posible, puede ofrecerse como un curso de formación estructurado de fácil acceso en combinación con módulos de autoevaluación, que el alumno en prácticas pueda completar a su propio ritmo.

Esta adquisición de conocimientos puede ser respaldada además por uno o más períodos de sesiones en grupo y siempre debe realizarse después una evaluación oficial del alumno.



Ejemplo: El **Programa de formación del Proyecto Winners** ofrece tutoriales online gratis y la evaluación teórica de conocimientos histeroscópicos y laparoscópicos.

Charlas sobre "Técnicas de exposición" del ganadores del Programa de formación del Proyecto Winners

Formación práctica

Puesto que es ampliamente aceptado que la formación en laboratorio seco antes de la formación en quirófano reduce la morbilidad y la mortalidad de los pacientes en todas las disciplinas quirúrgicas endoscópicas, es crucial que las habilidades prácticas se puedan enseñar de forma interna mediante un enfoque estructurado con métodos validados y herramientas de formación. Además, se necesita una plataforma de gestión para facilitar este enfoque estructurado en cuanto a la recopilación de datos y generación de informes.

Plataforma de gestión

Para lograr un programa estructurado, es vital que se encuentre disponible el software de soporte necesario que puede gestionar toda la recopilación de datos. Esta recogida de datos se realiza en dos niveles: los perfiles y la experiencia de los alumnos, y los resultados de la formación y las sesiones de pruebas que se llevan a cabo. Idealmente, este sistema debe ofrecer la posibilidad de ver el progreso de los alumnos a lo largo del tiempo, para comparar los resultados de la formación con los de los compañeros mediante un punto de referencia según el nivel de exposición, y para emitir automáticamente todos los informes pertinentes y posibles certificados.

Ejemplos y material

Laparotomía y técnicas quirúrgicas básicas

Para técnicas quirúrgicas básicas se describen modelos muy sencillos:



Ejemplo de tubo de gomaespuma, que puede utilizarse para enseñar técnicas de sutura o para fabricar un sencillo modelo de manguito.



Ejemplo de globos tubulares que pueden replicar los uréteres (simular anastomosis del uréter, etc.) y los tubos (cirugía tubárica)



Trapos para suturar y



Globos para replicar la cistectomía ovárica

Para aprender y enseñar a hacer una histerectomía abdominal total por medio de laparotomía, existen modelos simples y baratos que pueden reproducirse fácilmente [10, 11]. Cuando se combina con una charla didáctica e instrumentos reales para la instrucción, estos modelos pueden ser valiosas herramientas de simulación en la educación de alumnos en prácticas. El modelo completo de histerectomía abdominal fue creado para incluir el útero, arterias uterinas, ovarios, vejiga, ligamentos de soporte, triple pedículo, vagina y uréteres (abajo).

Histerectomía vaginal (HV), reparación de los compartimentos posterior y anterior

Se ha descrito el desarrollo, construcción, coste y utilidad de un simulador de HV muy barato y anatómicamente representativo. Después de evaluar y probar múltiples materiales y soluciones, se construyó un simulador de histerectomía que incorporaba los puntos fuertes de cada concepto probado (abajo).

Laparoscopia

La instalación del laboratorio seco recomendada para la formación de técnicas laparoscópicas incluye lo siguiente:

O Simulador pélvico:

El simulador pélvico simula los puertos que se utilizan al realizar un procedimiento laparoscópico en un paciente. El objetivo principal de los puertos es restringir el movimiento de los instrumentos y requerir el uso de una cámara endoscópica. Junto con los modelos de formación, forman una combinación ideal para enseñar técnicas como la navegación de la cámara y la debida coordinación mano-ojo.



Ejemplo: Simulador laparoscópico SZABO-BERCI-SACKIER



Ejemplo: Simulador pélvico académico

O Modelos de formación para técnicas psicomotrices laparoscópicas:

El modelo de formación se coloca dentro de un simulador pélvico y ofrece una serie de ejercicios que permitirá mostrar las técnicas de manejo de instrumentos laparoscópicos básicos, como la navegación de la cámara y la coordinación mano-ojo, incluyendo la coordinación bimanual.



Ejemplo: Modelo LASTT colocado dentro de un simulador pélvico

Modelo de formación LASTT (Método de prueba y formación de técnicas laparoscópicas, en sus siglas en inglés) El modelo de formación LASTT es un modelo de formación validado que representa la distribución espacial y la orientación de los diferentes planos y ángulos de una pelvis femenina. Ofrece ejercicios laparoscópicos validados para formar y probar a la persona en sus técnicas psicomotoras laparoscópicas [1, 14-39].

Los ejercicios se realizan con instrumentos laparoscópicos estándar: Óptica de 10 mm y 0°, óptica de 10 mm y 30° óptica, pinzas de disección de 5 mm, pinzas de agarre de 5 mm.

El primer ejercicio entrena la capacidad del alumno de navegar con la cámara y manejar la óptica de 30°; deben identificarse 14 objetivos en un orden específico.

El segundo ejercicio entrena al alumno en la coordinación mano-ojo mientras coloca 6 pequeños anillos sobre un clavo, y el último ejercicio entrena la coordinación bimanual del alumno mientras transporta 6 objetos de un agarre al otro y, a continuación, al objetivo.

o Modelos de formación para técnicas de sutura laparoscópica:

El modelo de técnicas de sutura laparoscópica se coloca dentro de un simulador pélvico y permite al alumno realizar ejercicios de suturas y nudos en distintos niveles de dificultad.



Ejemplo: Modelo SUTT2 colocado dentro de un simulador pélvico

Modelo de formación SUTT (Método de prueba y formación de técnicas de sutura y nudos, en sus siglas en inglés) consta de dos niveles, SUTT1 y SUTT2, y enseña técnicas de nudos y de sutura laparoscópica en diversos niveles de dificultad creciente.

Los ejercicios se realizan con instrumentos laparoscópicos estándar: Óptica de 10mm y 0° óptica y soportes de agujas.

SUTT1 consta de un ejercicio donde se enseña a realizar suturas y nudos.

SUTT2 consta de cuatro ejercicios que abordan la sutura griega, sutura con ambas manos, anudamiento y aproximación a tejidos.

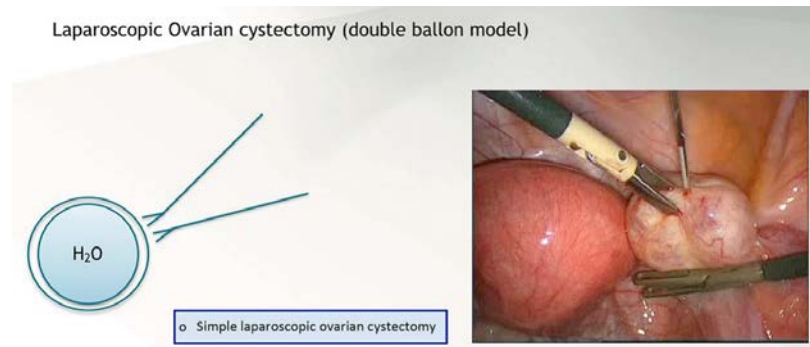
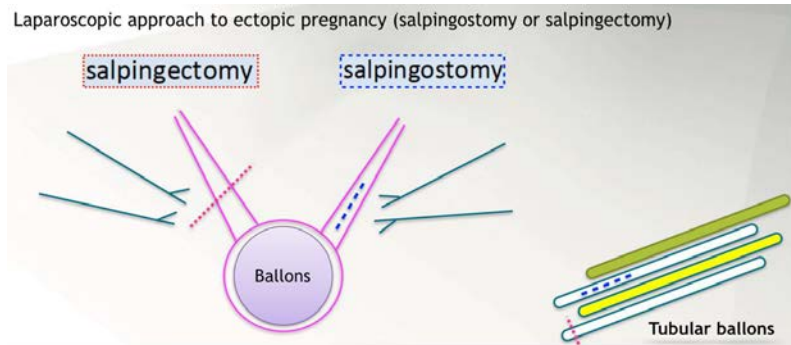
o Modelo de formación todo incluido para técnicas psicomotrices y de sutura laparoscópicas



Ejemplo: Modelo de formación todo en uno ENCILAP

o Modelos de simulación para procedimientos laparoscópicos

Utilizando un globo tubular, es posible hacer una incisión longitudinal para replicar una salpingostomía, y un corte completo para la salpingectomía.



Puede utilizarse un globo lleno de agua rodeado por un segundo globo para simular una cistectomía ovárica, quitando el globo externo evitando así la ruptura del interno.

Histeroscopia

La instalación del laboratorio seco recomendado para la formación de técnicas histeroscópicas incluye lo siguiente:

o Modelo genital femenino

Para realizar la simulación lo más cercana posible a la realidad, es conveniente utilizar modelos de genitales femeninos en los que se puedan colocar modelos de formación.



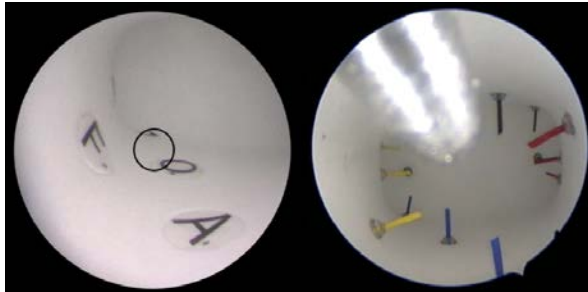
Ejemplo: Soporte de mesa educativo con modelo genital



Ejemplo: Simulador de histeroscopias STORZ EVE

o Modelos de formación para técnicas psicomotrices histeroscópicas

El modelo de formación se coloca dentro del modelo de los genitales femeninos y ofrece ejercicios pertinentes que simulan todos los movimientos posibles durante un procedimiento histeroscópico. Ejemplo:



Vista interna del HYSTT Ejercicio 1 y 2

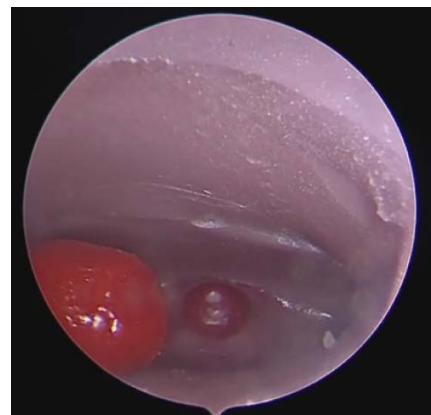
Modelo de formación HYSTT (Método de prueba y formación de técnicas histeroscópicas, en sus siglas en inglés) El modelo de formación HYSTT prueba y enseña a utilizar la navegación de la cámara histeroscópica y a manejar instrumentos. El modelo está fabricado con una forma similar a un útero humano y se instala en un modelo de genitales femeninos. Tiene dos niveles de dificultad, HYSTT1 y HYSTT12, y cada nivel consta de dos ejercicios.

El ejercicio 1 evalúa la habilidad de una persona para manejar la cámara y trabajar con una óptica de 30° en un entorno histeroscópico. Se utilizan varios conjuntos de módulos para eliminar el efecto de memoria de los participantes.

El ejercicio 2 evalúa las habilidades del manejo simultáneo de la cámara y los instrumentos y las habilidades de coordinación mano-ojo, ya que su objetivo es recoger y extraer 14 pins.

o Modelos de formación para diagnóstico

La formación de casos de diagnóstico suele hacerse por medio de charlas y videos. Sin embargo, el uso de modelos simulados ofrece una ventaja significativa sobre los métodos tradicionales que enseñan al estudiante cómo entrar en la cavidad y proceder con cautela, a identificar la posición anatómica de las anomalías, a formular correctamente lo que puede verse, a presentar el caso a sus compañeros y a formular un diagnóstico resultante. Los modelos de formación de diagnóstico se colocan dentro de un modelo de genitales femeninos. Ejemplo:



Vista interior de un modelo de formación con pólipo y embarazo precoz

Técnicas ginecológicas que deben enseñarse (plan de estudios base)

Técnicas en clínica ambulatoria:

- o Colocación de dispositivo intrauterino
- o Colocación de implantes subcutáneos
- o Biopsia endometrial
- o Colposcopia (con biopsia)
- o LLETZ del cuello uterino

Técnicas quirúrgicas convencionales básicas (troncales):

- o Biopsia con sacabocados con anestesia local
- o Marsupialización quirúrgica de quiste
- o Escisión quirúrgica de absceso

Técnicas quirúrgicas convencionales más avanzadas (troncales)

- o Laparotomía con adhesiolisis mínima
- o Salpingo-ooforectomía mediante laparotomía

- o Reparación vaginal anterior simple
- o Reparación vaginal posterior simple
- o Miomectomía de mioma subseroso mediante laparotomía
- o Colpocleisis (al menos en valor de simulación)

Técnicas endoscópicas básicas (troncales):

Laparoscopia:

- o Laparoscopia diagnóstica
- o Laparoscopia diagnóstica con pruebas tubáricas
- o Adhesiolisis laparoscópica simple
- o Esterilización laparoscópica
- o Extirpación laparoscópica de un embarazo ectópico (salpingostomía) o salpingectomía
- o Aspiración con aguja laparoscópica de quistes simples
- o Electrocoagulación laparoscópica del ovario
- o Cistectomía ovárica laparoscópica simple
- o Salpingo-ooforectomía laparoscópica

Histeroscopia:

- o Histeroscopia diagnóstica
- o Histeroscopia diagnóstica con pruebas tubáricas
- o Resección histeroscópica de pólipo
- o Resección histeroscópica de mioma tipo 0-1 (< 4 cm)

Integración de formación de simulación en el plan de estudios

Según Harden *et al* . y Kern *et al* [40, 41].

- Necesidades: implementar la formación ginecológica antes de las actividades clínicas
- Propósitos y objetivos: desarrollar programas formativos y educativos estructurados en Europa
- Contenido: programa educativo, formativo y de evaluación estructurado en ginecología
- Organización del contenido: Libre acceso a tutoriales revisados por compañeros con modelos autoevaluados; adquisición de habilidades psicomotrices con modelos inanimados en laboratorio seco; evaluación validada estandarizada de las técnicas anteriores; entrar en el programa de enseñanza clínica cuando proceda.
- Estrategias educativas: Estructuración del conocimiento a las técnicas y, a continuación, a la actividad clínica; Módulo de evaluación objetivo de cada una de las mencionadas; Método de evaluación objetiva utilizado por todos los tutores.
- Métodos de enseñanza: Accesibles, validados y asequibles; Ejercicios de laboratorio seco estandarizados; Acceso a Internet; Modelo aprendiz-tutor tras la adquisición de conocimientos teóricos y habilidades psicomotrices.
- Evaluación: análisis de ejercicios estructurales objetivos, certificación, preferiblemente de evaluadores externos, informes de los tutores o supervisores, escalas de auto-evaluación, evaluación continuada y de final de curso, exámenes de evaluación de conocimientos teóricos.
- Comunicación: sociedades científicas locales, comités de hospitales docentes, tutores/supervisores de alumnos.
- Entorno educativo: Infraestructura local con acceso al conocimiento (tutoriales de vídeo online, programas de aprendizaje estructurado) y laboratorios secos; Laboratorios de formación más grandes para competencias quirúrgicas con un entorno de formación dedicado donde los alumnos adquieran técnicas de

equipo interprofesionales, instalaciones de enseñanza clínica endoscópica (laboratorio animal, cirugía real, realidad virtual).

- Proceso: Informar a las sociedades nacionales sobre el contenido del programa. Proporcionarles distintas herramientas necesarias para la aplicación del programa: - Acceso gratuito a tutoriales revisados con modelos auto-evaluados (como el programa GESEA); - Adquisición de habilidades psicomotrices con modelos de laboratorio seco inanimado (simuladores pélvicos, boxes adecuados para realizar ejercicios sencillos con pins/anillos utilizando una webcam);
- Adquirir competencias quirúrgicas utilizando modelos baratos y accesibles (p. ej., dolor abdominal e histerectomía vaginal, cistectomía ovárica, embarazo ectópico, corrección de defectos en compartimentos anterior y posterior) tras un programa de simulación «paso a paso».
- Proporcionar una evaluación validada y estandarizada de las habilidades anteriores (plataformas de puntuación online); Cuando proceda, entrar en el programa de enseñanza clínica.

Ejemplo de un programa de formación con simulación sobre técnicas endoscópicas

La Academia Europea de cirugía ginecológica, junto con la ESGE, ha elaborado un plan de estudios de titulación bien equilibrado: El programa *Educación y evaluación quirúrgica endoscópica ginecológica* (GESEA, por su siglas en inglés), que se basa en un enfoque estructurado de forma similar a lo que se propone en este documento [18].

El Programa de titulación GESEA consta actualmente de dos niveles, un nivel de licenciatura y un nivel de *Cirujano ginecológico mínimamente invasivo* (MIGS, por sus siglas en inglés).

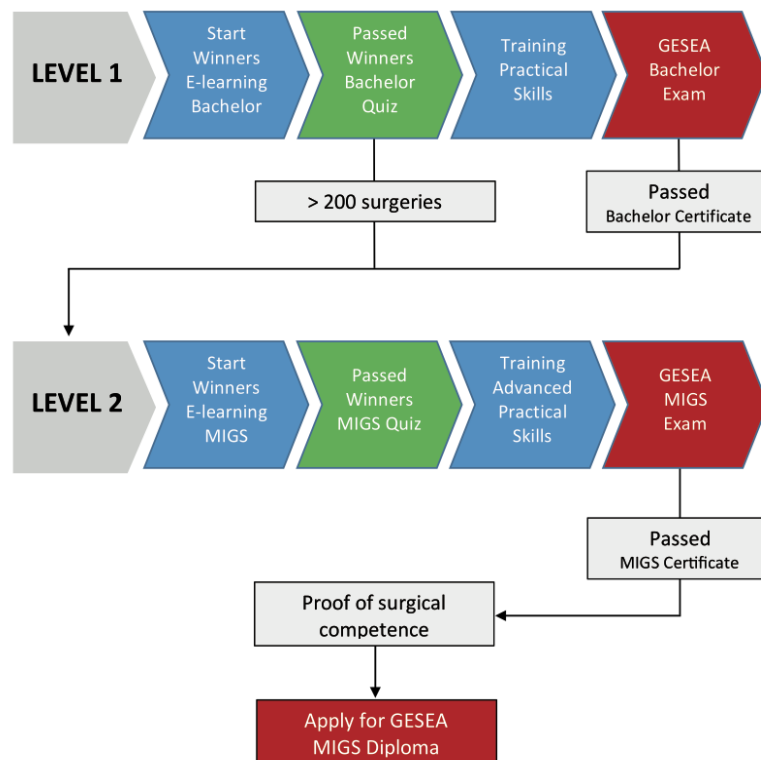
- La Licenciatura GESEA (nivel 1) está abierta a todos los endoscopistas y está dirigida específicamente a alumnos en prácticas. Se inicia con los tutoriales de la licenciatura en la plataforma de formación Winners y le siguen ejercicios prácticos de técnicas psicomotoras por laparoscopia (LASTT y SUTT1) e histeroscopia (HYSTT1). El examen consta de pruebas teóricas y prácticas, y el certificado obtenido sirve como licencia para pasar al quirófano, ya que el programa proporciona los conocimientos necesarios para iniciar la formación de quirófano.
- El GESEA MIGS (nivel 2) está abierto tanto a ginecólogos como a cirujanos reproductivos y comienza con más tutoriales detallados en la plataforma de formación Winners. Los ejercicios de formación ofrecen prácticas avanzadas con técnicas psicomotrices (LASTT, SUTT2 y HYSTT2) y el certificado obtenido sirve como licencia para intervenciones quirúrgicas de laparoscopias e histeroscopias ginecológicas.

Para seguir este programa, se requiere el acceso a (al menos) lo siguiente:

1. Modelos inanimados para técnicas de cirugía abierta
2. Programa GESEA de endoscopias
3. Infraestructura

Troncales: Laboratorio técnico seco que cuenta con acceso a ordenadores para tutoriales de vídeo online, hardware endoscópico y herramientas educativas preferentemente accesible a todas las disciplinas quirúrgicas. Los simuladores de realidad virtual son aceptables, pero no tienen ventajas sobre los modelos inanimados de bajo coste.

Optativas: Simulador de realidad virtual, técnicas de equipo interprofesionales, formación con cadáveres y cursos de formación con animales. Sesiones quirúrgicas en directo o sesiones de aprendizaje en streaming. Para sacar provecho de un entorno de formación profesional, la formación debe organizarse en centros educativos regionales o incluso supra-nacionales.



Referencias

1. Campo R, Wattiez A, Tanos V, Di Spiezio Sardo A, Grimbizis G, Wallwiener D, et al. Gynaecological endoscopic surgical education and assessment. A diploma programme in gynaecological endoscopic surgery. *Gynecol Surg.* 2016;13:133-7.
2. Diesen DL, Erhunmwunsee L, Bennett KM, Ben-David K, Yurcisin B, Ceppa EP, et al. Effectiveness of laparoscopic computer simulator versus usage of box trainer for endoscopic surgery training of novices. *J Surg Educ.* 2011;68(4):282-9.
3. Escamiroso FP, Flores RM, Garcia IO, Vidal CR, Martinez AM. Face, content, and construct validity of the EndoViS training system for objective assessment of psychomotor skills of laparoscopic surgeons. *Surg Endosc.* 2015;29(11):3392-403.
4. Hofstad EF, Vapenstad C, Chmarra MK, Lango T, Kuhry E, Marvik R. A study of psychomotor skills in minimally invasive surgery: what differentiates expert and nonexpert performance. *Surg Endosc.* 2013;27(3):854-63.
5. Munro MG. Surgical simulation: where have we come from? Where are we now? Where are we going? *J Minim Invasive Gynecol.* 2012;19(3):272-83.
6. Mulla M, Sharma D, Moghul M, Kailani O, Dockery J, Ayis S, et al. Learning basic laparoscopic skills: a randomized controlled study comparing box trainer, virtual reality simulator, and mental training. *J Surg Educ.* 2012;69(2):190-5.
7. Sroka G, Feldman LS, Vassiliou MC, Kaneva PA, Fayed R, Fried GM. Fundamentals of laparoscopic surgery simulator training to proficiency improves laparoscopic performance in the operating room—a randomized controlled trial. *Am J Surg.* 2010;199(1):115-20.
8. Molinas CR, Binda MM, Campo R. Dominant hand, non-dominant hand, or both? The effect of pre-training in hand-eye coordination upon the learning curve of laparoscopic intra-corporeal knot tying. *Gynecol Surg.* 2017;14(1):12.
9. Campo R, Wattiez A, Wallwiener D, et al. Training and education in endoscopic surgery: is there a future for endoscopy in OB&GYN training? *Gynecol Surg.* 2005;2:57—65.
10. Hong A, Mullin PM, Al-Marayati L, Peyre SE, Munderspach L, Macdonald H, et al. A low-fidelity total abdominal hysterectomy teaching model for obstetrics and gynecology residents. *Simul Healthc.* 2012;7(2):123-6.
11. Oppen N, Lee R. A Low-Fidelity Total Abdominal Hysterectomy Teaching Model for Obstetrics and Gynecology Residents. *Simulation in Healthcare* 7 (2), 123-126, 2012
12. Barrier B, Thompson A, McCullough M, Occhino J. A Novel and Inexpensive Vaginal Hysterectomy Simulator. *Simulation in Healthcare.* 7(6), 374-379, Dec 2012
13. Geoffrion R, Suen MW, Koenig NA, Yong P, Brennand E, Mehra N, et al. Teaching Vaginal Surgery to Junior Residents: Initial Validation of 3 Novel Procedure-Specific Low-Fidelity Models. *J Surg Educ.* 2016;73(1):157-61.
14. Campo R, Wattiez A, Tanos V, Di Spiezio SA, Grimbizis G, Wallwiener D, Brucker S, Puga M, Molinas R, O'Donovan P, Deprest J, Van BY, Lissens A, Herrmann A, Tahir M, Benedetto C, Siebert I, Rabischong B, De Wilde RL (2016) Gynaecological endoscopic surgical education and assessment. A diploma programme in gynaecological endoscopic surgery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 199:183—186
15. Campo R, Reising C, Van Belle Y, Nassif J, O'Donovan P, Molinas CR (2010) A valid model for testing and training laparoscopic psychomotor skills. *Gynecol Surg* 7:133—141

16. Molinas CR, Campo R (2010) Defining a structured training program for acquiring basic and advanced laparoscopic psychomotor skills in a simulator. *Gynecol Surg* 7:427—435
17. Molinas CR, De Win G, Ritter O, Keckstein J, Miserez M, Campo R (2008) Feasibility and construct validity of a novel laparoscopic skills testing and training model. *Gynecol Surg* 5:281—290
18. Campo R, Wattiez A, Tanos V, Di Spiezio SA, Grimbizis G, Wallwiener D, Brucker S, Puga M, Molinas CR, O'Donovan P, Deprest J, Van Belle Y, Lissens A, Herrmann A, Tahir M, Benedetto C, Siebert I, Rabischong B, De Wilde RL (2016) Gynaecological endoscopic surgical education and assessment. A diploma programme in gynaecological endoscopic surgery. *Gynecol Surg* 13:133—137
19. Campo R, Molinas CR, De Wilde RL, Brolmann H, Brucker S, Mencaglia L, Odonovan P, Wallwiener D, Wattiez A (2012) Are you good enough for your patients? The European certification model in laparoscopic surgery. *Facts Views Vis Obgyn* 4:95—101
20. Campo R, Wattiez A, De Wilde RL, Molinas CR (2012) Training in laparoscopic surgery: from the lab to the OR. *Zdrav Var* 51:285—298
21. Palter VN, Orzech N, Reznick RK, Grantcharov TP. Validation of a structured training and assessment curriculum for technical skill acquisition in minimally invasive surgery: a randomized controlled trial. *Ann Surg*. 2013 Feb;257(2):224-30.
22. Gala R, Orejuela F, Gerten K, Lockrow E, Kilpatrick C, Chohan L, Green C, Vaught J, Goldberg A, Schaffer J. Effect of validated skills simulation on operating room performance in obstetrics and gynecology residents: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2013 Mar;121(3):578-84.
23. Burden C, Oestergaard J, Larsen CR. Integration of laparoscopic virtual-reality simulation into gynaecology training. *BJOG*. 2011 Nov;118 Suppl 3:5-10.
24. Hur HC, Arden D, Dodge LE, Zheng B, Ricciotti HA. Fundamentals of laparoscopic surgery: a surgical skills assessment tool in gynecology. *JSL*. 2011 Jan-Mar;15(1):21-6.
25. Antoniou SA, Antoniou GA, Koutras C, Antoniou AI (2012), Endoscopy and laparoscopy: a historical aspect of medical terminology. *Surg Endosc* 26:3650—3654
26. De Win G, Van Bruwaene S, Kulkarni J, Van Calster B, Aggarwal, R, Allen C, Lissens A, De Ridder D, Miserez M (2015) An evidence based laparoscopic simulation curriculum shortens the clinical learning curve and reduces surgical adverse events. *BJS* 102: 110-110
27. He H, Zeng D, Ou H, Tang Y, Li J, Zhong H (2013) Laparoscopic treatment of endometrial cancer: systematic review. *J Minim Invasive Gynecol* 20(4):413—423
28. Okholm C, Goetze JP, Svendsen LB, Achiam MP (2014) Inflammatory response in laparoscopic vs. open surgery for gastric cancer. *Scand J Gastroenterol* 49(9):1027—1034
29. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, et al. (2009) Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev Issue 3*:CD003677
30. Medeiros LR, Rosa DD, Bozzetti MC, et al. (2009) Laparoscopy versus laparotomy for benign ovarian tumour. *Cochrane Database Syst Rev Issue 2*:CD004751
31. De Win G, Everaerts W, De Ridder D, Peeraer G (2015) Laparoscopy training in Belgium: results from a nationwide survey, in urology, gynecology, and general surgery residents. *Adv Med Educ Pract* 6:55—63
32. Sinitsky DM, Fernando B, Berlingieri P (2012) Establishing a curriculum for the acquisition of laparoscopic psychomotor skills in the virtual reality environment. *Am J Surg* 204(3):367—376
33. Aggarwal R, Tully A, Grantcharov T, Larsen CR, Miskry T, Farthing A, Darzi A (2006) Virtual reality simulation training can improve technical skills during laparoscopic salpingectomy for ectopic pregnancy. *BJOG* 113:1382—1387
34. Ascher-Walsh CJ, Capes T (2007) An evaluation of the resident learning curve in performing laparoscopic supracervical hysterectomies as compared with patient outcome: five-year experience. *J Minim Invasive Gynecol* 14:719—723
35. Simons AJ, Anthone GJ, Ortega AE, Franklin M, Fleshman J, Geis WP, Beart RW (1995) Laparoscopic-assisted colectomy learning curve. *Dis Colon Rectum* 38:600—603
36. Ghomi A, Littmann P, Prasad A, Einarsson JL (2007) Assessing the learning curve for laparoscopic supracervical hysterectomy. *JSL* 11:190—194
37. Van Der Wal G. (2007) Risico's minimaal invasieve chirurgie onderschat. <http://www.igz.nl/zoekresultaten.aspx?q=laparoscopische%20operaties>. Accessed 15 Dec 2015
38. Tijam IM, Persoon M, Hendriks AJ, Muijtjens AM, Witjes JA, Scherpbier AJ (2012) Program for laparoscopic urologic skills: a newly developed and validated educational program. *Urology* 79(4):815—820
39. Stefanidis D, Acker C, Heniford BT (2008) Proficiency-based laparoscopic simulator training leads to improved operating room skill that is resistant to decay. *Surg Innov* 15(1):69—73
40. Harden RM. Ten questions to ask when planning a course or curriculum. *Med Educ*. 1986;20(4):356-65.
41. Kern DE, Thomas PA, Howard DM, Bass EB. Curriculum development for medical education. A six step approach. London: The John Hopkins University Press; 2009.

Formación con simulación de técnicas obstétricas

Autores: Jette Led Sørensen, Ruta Nadisauskiene, Tim Draycott, Diogo Ayres-de-Campos, Guid Oei, Fedde Scheele, Jessica van der Aa

Introducción

Esta sección del plan de estudios paneuropeo de Obstetricia y Ginecología describe la importancia de la formación con simulación en la adquisición de habilidades obstétricas y da ejemplos de cómo puede configurarse a nivel local.

Se recomienda la formación con simulación como pieza clave en el plan de estudios de Obstetricia y Ginecología para adquirir las técnicas necesarias, como parto con extractor de vacío o fórceps, antes de estas técnicas se utilicen en la práctica clínica. Las urgencias obstétricas son raras y puede ser difícil realizar la formación en un entorno clínico. Por lo tanto, la formación simulando situaciones de urgencias obstétricas es también esencial [1-6]. Además, la formación con simulación garantiza el desarrollo de técnicas individuales y el rendimiento del equipo.

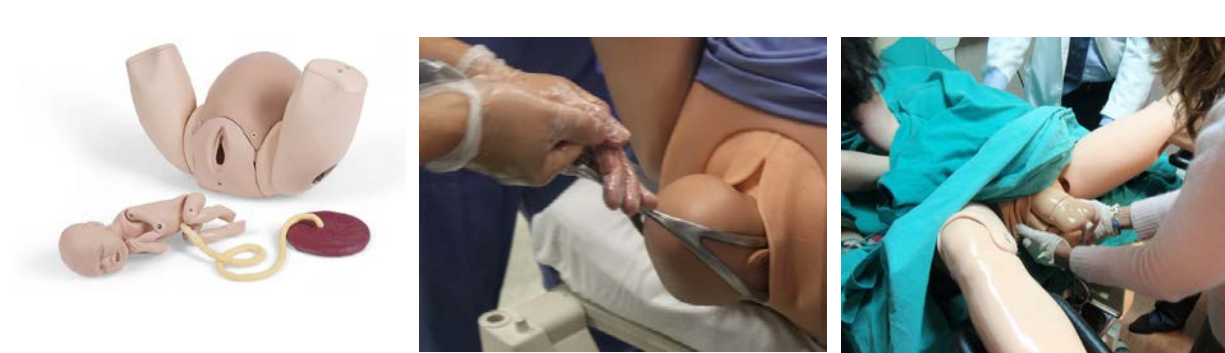
La formación con simulación implica «*dispositivos, personas capacitadas, entornos virtuales de realismo, situaciones sociales y artificiales que imiten los problemas, eventos o condiciones que surjan en los encuentros profesionales*» y puede realizarse en todos los tipos de configuración [7,8].

Algunos expertos argumentan que la participación oficial de centros oficiales de simulación es esencial, mientras otros sugieren que la formación con simulación es más eficaz cuando se realiza a nivel local en el hospital o la unidad [2, 3, 9, 10]. Sin embargo, ninguno de estos expertos discute que la formación recurrente sea necesaria, dado que el efecto de la formación disminuye después de algunos meses [11, 12]. Como establece el plan de estudios europeo, la formación con simulación de técnicas obstétricas debe ser razonable y viable para llevarse a cabo en todos los países europeos. Los países o instituciones pueden aplicar programas más ambiciosos de los que se describen en este plan de estudios.

Equipo

Los posibles materiales de formación pueden ser muy diversos e, indudablemente, ser baratos. A continuación se dan algunos ejemplos de materiales, herramientas, modelos, simuladores o maniquíes, desde opciones baratas a caras (y por lo tanto más avanzadas):

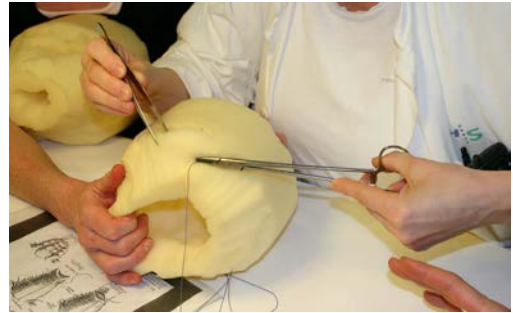
- o Maniquíes básicos de parto



- o Modelos básicos de formación ginecológica modificados para extractor de vacío/ventosa, Kiwi, fórceps, monitorización CTG, muestreo de sangre fetal, sutura de B-Lynch (gomaespuma), etc.

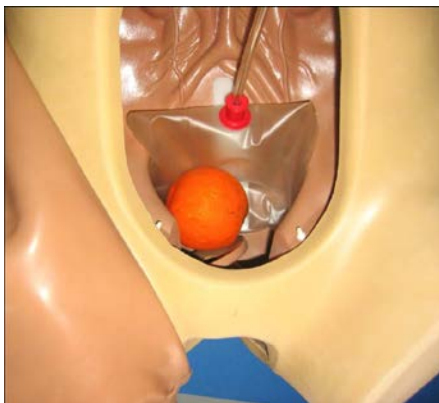


Cortesía de Jette condrú Sørensen, Dinamarca



Cortesía de Diogo Ayres-de-Campos, Portugal

- o Maniqués neonatales básicos para reanimación
- o Maniqués básicos para reanimación adulta
- o Maniqués de parto avanzados (es decir, con medición de fuerza)
- o Simulador de reparación perineal
- o Modelos animales para reparación perineal
- o Simulador de técnicas de cesárea
- o Simulador de histerectomía de urgencia/intraparto
- o Simulador avanzado de parto a escala completa



Cortesía de Diogo Ayres-de-Campos, Portugal



- o Simulador híbrido: puede ser una combinación de un paciente (actor) y un simulador, o una combinación de varios simuladores [13]. p. ej., esto puede implicar un paciente (actor) con un maniquí de parto entre las piernas, o un maniquí adulto para reanimación básica combinada con un maniquí de parto básico.



Hydralab® cortesía de Ruta Nadisauckiene, Lituania

- o Tecnologías de juegos: Hay disponibles todo tipo de simuladores y juegos para ordenador para la formación de médicos.
 - o Presentaciones, videos y herramientas de aplicación, incluida la gestión de los algoritmos.
- Todos los departamentos de obstetricia y ginecología están obligados a proporcionar servicios básicos de maniqués de parto para formación técnica individual y simuladores híbridos para formación de equipos interprofesionales.

Tipos de formación con simulación y ejemplos

Formación técnica individual

- Nivel básico con formación técnica básica (maniqués básicos de parto)
- Nivel complejo de formación técnica (maniqués más avanzados)

Formación en equipo interprofesional

- Formación en equipo básica con simulator híbrido
- Simulación de alta fidelidad con simulador avanzado de parto a gran escala

Simulación en obstetricia (requisitos mínimos)

- Maniqués básicos de parto
- Modelos básicos de formación ginecológica modificados para extractor de vacío/ventosa, Kiwi, fórceps, monitorización CTG, muestreo de sangre fetal, sutura de B-Lynch (gomaespuma), etc.

Formación en equipo interprofesional

- Simuladores híbridos
- Pacientes (actores)



Cortesía de Tim Draycott y Cathy Winter, PROMPT REINO UNIDO

Cortesía de Jette condujo Sørensen, Dinamarca

Entorno de simulación

No existe ninguna recomendación para un entorno o ubicación específico.

Hay tres tipos de entorno de simulación, todos ellos con ventajas y desventajas [8]:

- Centro de simulación (simulación externa): lejos de la verdadera unidad de cuidados del paciente.
- Otros lugares internos del departamento (simulación externa): sala(s) de formación creada(s) específicamente para la formación con simulación fuera de la unidad de cuidados de pacientes, pero dentro del hospital. Las instalaciones de formación internas puede formar parte de los departamentos del hospital.
- Simulación in situ: una mezcla de simulación y entornos de trabajo reales, para formarse en condiciones de trabajo reales. Estas situaciones pueden anunciarse (el personal es informado de antemano sobre el evento de simulación) o no anunciarse (el personal no es informado previamente).

Ninguno de estos entornos tiene un impacto sólidos en el aprendizaje en equipo o individual [8]. Sin embargo, se pueden obtener logros en el aprendizaje organizacional simulación local en departamentos, como la simulación interna y especialmente con simulación in situ [2, 3, 8, 12]. Para determinar el entorno de simulación preferido para una institución determinada, puede ser útil considerar los objetivos generales de la educación basada en la simulación, así como los factores locales específicos, como la factibilidad [8, 14, 15].

Técnicas obstétricas que deben enseñarse (plan de estudios base)

Conocimientos y técnicas médicas generales

Estas técnicas de equipo del programa EBCOG-PACT pueden enseñarse mediante simulación con estrategias de formación híbridas.

En lugar de la simulación, uno también podría usar estrategias de aprendizaje interactivo con tecnología interactiva mezclada con realidad/microsimulación y videos, diapositivas, fotos, dibujos y libros.

- *Realiza las rondas con una visión multidisciplinaria, gestiona la admisión y el alta de pacientes en la entrada y la sala de partos, y gestiona el traslado a otra clínica*
- *Reconoce y selecciona a los pacientes gravemente enfermos, pacientes sépticos, pacientes con complicaciones periparto y pacientes que requieren reanimación, e inicia el tratamiento adecuado.*

Técnicas obstétricas básicas

Estas habilidades obstétricas adquiridas en el programa EBCOG-PACT ser enseñarán mediante simulación en todos los países, utilizando maniqués básicos de parto u otros modelos básicos.

- o Asistencia en parto sin complicaciones
- o Parto vaginal asistido por vacío

- o Parto asistido por fórceps
- o Parto de nalgas
- o Asistencia durante parto vaginal de embarazo múltiple
- o Toma de muestras de sangre fetal
- o Todas las maniobras de manejo de la distocia (incluyendo distocia del hombro, que se enseñan al menos en simulación)
- o Taponamiento intrauterino con balón (incluyendo el tratamiento de la hemorragia postparto)
- o Compresión quirúrgica del útero atónico (incluyendo el tratamiento de la hemorragia posparto)
- o Sutura de B-Lynch (incluyendo el tratamiento de la hemorragia posparto, que se enseña al menos en simulación)

Técnicas de reparación perineal

Los simuladores de reparación perineal estarán disponibles en algunos países, pero no se espera que estén disponibles en toda Europa. En lugar de la simulación, también es posible que se utilicen estrategias de aprendizaje interactivo con tecnología interactiva mezclada con realidad/microsimulación y videos, diapositivas, fotos, dibujos y libros.

- o Episiotomía
- o Reparación de trauma del tracto genital
- o Sutura de la herida de la episiotomía
- o Sutura de desgarro perineal de 1er/2º/3er grado
- o Sutura de desgarro perineal de 4º grado

Cirugía obstétrica avanzada

En algunos países, pero no en toda Europa, habrá modelos más avanzados, como los simuladores de técnicas para cesáreas y los simuladores de histerectomía de urgencia/histerectomía intraparto.

En lugar de la simulación, también es posible que se utilicen estrategias de aprendizaje interactivo con tecnología interactiva mezclada con realidad/microsimulación y videos, diapositivas, fotos, dibujos y libros.

- o Cesárea
- o Repetición de cesárea
- o Cesárea en paciente obesa
- o Cesárea de urgencia
- o Histerectomía abdominal (al menos en simulación o a través de estrategias alternativas de aprendizaje)
- o Extirpación manual y quirúrgica de la placenta
- o Reversión uterina manual (al menos en simulación o a través de estrategias alternativas de aprendizaje)
- o Evacuación del hematoma vulvar

Maniqués neonatales básicos para reanimación

Estas técnicas del programa EBCOG-PACT pueden enseñarse a través de la simulación en todos los países.

Se pueden utilizar maniqués neonatales para reanimación básica:

- o Formentar el cuidado inicial del recién nacido sano/prematuro (con bajas puntuaciones de Apgar)
- o Reanimar al recién nacido con precisión en los primeros 10 minutos después del parto (mientras se espera la llegada del pediatra)

Integración de formación de simulación en el plan de estudios

En general, es poco probable que no se cuente con equipos de simulación para la simulación básica. Sin embargo, muchos simuladores de formación están infrautilizados debido a la falta de programas educativos y de soporte técnico.

También hay escasez de instructores de simulación que puedan llevar a cabo la formación en equipo.

Un estudio sobre simulación de vuelo concluyó que «la clave es el programa, no el hardware». En simulación médica, esto también se ha destacado: «Los simuladores no crean planes de estudio, son simplemente herramientas para un plan de estudios» [8].

Puede ser útil aplicar modelos de planes de estudio, como el clásico artículo «Diez preguntas para planear un curso o plan de estudios» de Harden[14] o el enfoque de seis pasos de Kern et al[15].

A modo de ejemplo, aquí hay una lista de las diez preguntas de Hardens sobre qué preguntar cuando se planifica un curso o plan de estudios:

1. Necesidades
2. Metas y objetivos
3. Contenido
4. Organización del contenido
5. Estrategias educativas
6. Métodos de enseñanza
7. Evaluación
8. Comunicación
9. Entorno educativo
10. Proceso

La simulación y los equipos de simulación son elementos de las preguntas 5 y 6: Estrategias educativas y métodos de enseñanza. Todos los demás pasos de la planificación de un curso o plan de estudios también deben tomarse en consideración.

La literatura de simulación describe tres fases de desarrollo de habilidades, desde 1) cognitivas (donde el aprendizaje se logra a través de la instrucción y la demostración) a 2) asociativas (donde las habilidades aprendidas previamente se integran y se construyen los patrones) a 3) autónomas (donde el rendimiento se vuelve más automático y las rutinas se ponen en práctica). Para las fases iniciales de aprendizaje, es decir, para los usuarios en fase cognitiva, los simuladores menos realistas son los adecuados, mientras que los simuladores más realistas son apropiados para usuarios en fase asociativa y en fase autónoma[16].

Formación en equipo

La existencia de errores médicos en situaciones de urgencia a menudo está relacionada con el desempeño del equipo y la comunicación dentro del equipo. Por lo tanto, el desarrollo de la formación en equipo en el ámbito médico ha sido una importante innovación en los últimos años, con el objetivo de mejorar el rendimiento de los equipos, especialmente en situaciones de urgencia. En diferentes instituciones se han establecido muchos buenos ejemplos de programas de formación en equipo específicamente para urgencias obstétricas y se ha demostrado que son eficaces para reducir el riesgo de errores médicos.

Las intervenciones de equipo en los equipos médicos han demostrado que mejoran el rendimiento del equipo, así como los resultados de los pacientes[17].

En esta sección, se ofrecen algunas recomendaciones relacionadas con el establecimiento de la formación en equipo en urgencias obstétricas.

Se han identificado algunas claves para la formación en equipo:

1. La toma de decisiones la realiza el equipo en conjunto, utilizando eficazmente la información disponible.
2. Se espera que se hable sin reservas, lo que significa que cada miembro del equipo tiene el derecho de hablar y se le anima a hacerlo.

3. Debe realizarse un análisis de la misión: ¿utiliza el equipo los recursos disponibles de manera eficaz?
4. La comunicación es clave: se debe escuchar atentamente y comprobar si la información ha llegado a todo el equipo.
 - a. Utilizar la comprobación y doble comprobación.
 - b. Usar ISBAR para las llamadas telefónicas (Identificación - Situación que ha ocurrido - Antecedentes del caso - Evaluación que ha realizado - Recomendación de los pasos a seguir).
 - c. Utilizar los procedimientos de tiempo muerto para que cada miembro se tome un momento para reflexionar e informar.
5. Reconocer el liderazgo y uso de las capacidades de todos los miembros del equipo.
6. Adaptarse a la nueva información: ¿es el equipo capaz de cambiar las políticas?
7. Mantener el conocimiento de la situación, qué puede mejorarse mediante procedimientos de tiempo muerto.

Se han desarrollado varias listas de elementos para la formación en equipo y puede elegir la que mejor se adapte a su contexto.

La formación en equipo con un actor como paciente puede crear escenarios muy realistas y, por lo tanto, ser muy eficaz. Sin embargo, hay algunos requisitos previos para la simulación de formación en equipo cuando se tiene un actor como paciente.

- Las listas de control deben basarse en protocolos de atención médica.
- Los casos deben coincidir con las situaciones de urgencia que desea preparar.
- Debe haber instrucciones para cada instructor, paciente (actor) y participante para cada caso.
- El equipo debe tener formación en reanimación y urgencias obstétricas básicas.
- El actor debe ser capaz de interpretar el papel del paciente.
- Pueden utilizarse simuladores de formación básicos.
- Debe haber un equipo (formado por un obstetra, una matrona y/o una enfermera) que prepare los casos, informe a todos los participantes, proporcione información durante la formación e informe a los participantes después de la formación.
- Debe haber una atmósfera de urgencias tanto a nivel de planta de trabajo como de dirección. La implementación debe seguir las reglas de gestión del cambio [17].

Ejemplo de un simulacro de formación en equipo

Caso: Después de la sesión informativa sobre el caso de una mujer en la semana 40 de su primer embarazo, que ingresa con dolor de cabeza grave e hipertensión de 160/100 mmHg, el equipo llega a ver a la paciente (actor), que muestra signos y síntomas de un ataque eclámpico.

La paciente (actor) debe recibir tratamiento con MgSO₄ para terminar el ataque y medicamentos para reducir la presión arterial. La medicación está realmente preparada, aunque no se administrará a la paciente. También se preparan 2 goteos intravenosos, no se pinchan agujas, pero el iv se fija con tiritas y vendas. Se coloca un catéter urinario dentro de un maniquí.

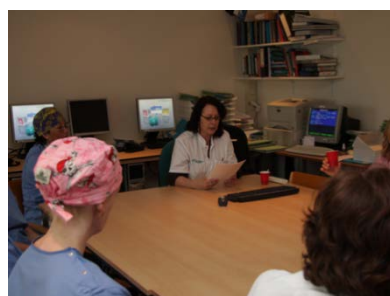
Durante todas las actividades, uno de los miembros del equipo lee las listas de verificación en voz alta, y se utilizan procedimientos de tiempo muerto para mejorar el conocimiento de la situación.

La tercera foto muestra a un observador al fondo que está preparando los elementos para la reunión.



Cortesía de Fedde Scheele, Países Bajos

Después de estabilizar a la paciente, se la lleva al quirófano para que se le practique una cesárea debido a que el trazado de la frecuencia cardíaca fetal no es óptimo. Este trazado insuficiente es mencionado por el instructor del simulacro. Después de la llegada de la paciente, se informa al equipo de la sala de operaciones que se trata de un simulacro y que el paciente no debe ser tratado. Mientras tanto, el observador toma nota de todos los posibles problemas y errores logísticos del equipo. En la quinta foto, el pediatra observa la reanimación del recién nacido por parte de los miembros del equipo, y la foto final se toma durante la sesión informativa.



Cortesía de Fedde Scheele, Países Bajos

Durante la sesión informativa, se pide a los miembros del equipo que reflexionen sobre los puntos fuertes de su actuación, p. ej., un doble control efectivo durante la comunicación, el uso de ISBAR por teléfono o el uso de listas de control.

Posteriormente, se discuten los puntos de mejora, p. ej., un liderazgo insuficiente o la sugerencia de tomarse más tiempo durante el tiempo muerto para dividir los papeles, la sugerencia de que la enfermera tome más la palabra, y más atención al dar información a la paciente. Además, se informa de los errores infraestructurales a la administración.

Fedde Scheele, Hospital universitario OLVG, Ámsterdam, Países Bajos

Referencias

1. Merien AE, Van der Ven J, Mol BW, Houterman S, Oei SG. Multidisciplinary team training in a simulation setting for acute obstetric emergencies: a systematic review. *ObstetGynecol.* 2010;115(5):1021-31.
2. Bergh AM, Baloyi S, Pattinson RC. What is the impact of multi-professional emergency obstetric and neonatal care training? *BestPractResClinObstetGynaecol.* 2015;29:1028-43.
3. Draycott TJ, Collins KJ, Crofts JF, Siassakos D, Winter C, Weiner CP, Donald F et al. Myths and realities of training in obstetric emergencies. *BestPractResClinObstetGynaecol.* 2015;29:1067-76.
4. Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, Lee GD, Scalese RJ. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *MedTeach.* 2005;27(1):10-28.
5. McGaghie WC, Issenberg SB, Petrusa ER, Scalese RJ. A critical review of simulation-based medical education research: 2003-2009. *MedEduc.* 2010;44(1):50-63.
6. Motola I, Devine LA, Chung HS, Sullivan JE, Issenberg SB. Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. *MedTeach.* 2013;35(10):e1511-e30.
7. McGaghie WC, Issenberg SB, Barsuk JH, Wayne DB. A critical review of simulation-based mastery learning with translational outcomes. *MedEduc.* 2014;48(4):375-85.
8. Sørensen JL, Ostergaard D, LeBlanc V, Ottesen B, Konge L, Dieckmann P, van der Vleuten C, et al. Design of simulation-based medical education and advantages and disadvantages of in situ simulation versus off-site simulation. *BMC medical education.* 2017;17(1):20.

9. Fransen AF, Van der Ven J, Merien A, de Wit-Zuurendonk L, Housterman S, Mol B, et al. Effect of obstetric team training on team performance and medical technical skills: a randomised controlled trial. *BJOG*. 2012;119:1387-93.
10. van de Ven J, van Baaren GJ, Fransen AF, van Runnard Heimel PJ, Mol BW, Oei SG. Cost-effectiveness of simulation-based team training in obstetric emergencies (TOSTI study). *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2017;216:130-7.
11. van de Ven J, Fransen AF, Schuit E, van Runnard Heimel PJ, Mol BW, Oei SG. Does the effect of one-day simulation team training in obstetric emergencies decline within one year? A post-hoc analysis of a multicentre cluster randomised controlled trial. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2017;216:79-84.
12. Sørensen JL, Løkkegaard E, Johansen M, Ringsted C, Kreiner S, McAleer S. The implementation and evaluation of a mandatory multi-professional obstetric skills training program. *Acta ObstetGynecolScand*. 2009;88(10):1107-17.
13. Kneebone R, Nestel D, Wetzel C, Black S, Jacklin R, Aggarwal R, Yadollahi F, Wolfe J, Vincent C, Darzi A. The human face of simulation: patient-focused simulation training. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2006;81(10):919-24.
14. Harden RM. Ten questions to ask when planning a course or curriculum. *MedEduc*. 1986;20(4):356-65.
15. Kern DE, Thomas PA, Howard DM, Bass EB. Curriculum development for medical education. A six step approach. London: The John Hopkins University Press; 2009.
16. Hays RT, Singer MJ. Simulation fidelity in training systems design. Bridging the gap between reality and training. New York, Berlin, Heidelberg, London, Paris, Tokyo: Springer-Verlag; 1989.
17. The checklist manifesto: How to get things right. Atul Gawande.
18. Diffusion of Innovations. Everett M. Rogers

Autores: Juriy Wladimiroff, Piotr Sieroszewski, Angeliqve Goverde

Introducción

La ecografía se ha establecido como una importante herramienta de diagnóstico en la práctica diaria de la obstetricia y la ginecología. Es de suma importancia que los alumnos en prácticas reciban una formación estructurada y supervisada en ecografías porque, en última instancia, es la habilidad del ecógrafo, es decir, el ginecólogo, la que determina la calidad de las imágenes y, por lo tanto, el valor clínico añadido de esta forma de investigación.

El plan de estudios para las troncales y optativas en formación de posgrado en obstetricia y ginecología se basa en la práctica autónoma de las técnicas de ecografía por parte del ginecólogo. Esta sección proporciona una descripción concisa del plan de estudios de formación para técnicas de ecografía en términos de

- El conocimiento y las técnicas en ecografía que el alumno habrá alcanzado al final de su formación al nivel de competencia como se describe en el plan de estudios base del EBCOG;
- Métodos para aprender estas técnicas;
- Herramientas para la evaluación de la calidad de estas técnicas.

Los elementos específicos se extrajeron del plan de estudios base y se agruparon de acuerdo a su denominador común o título de la asignatura. Las sugerencias para la formación y evaluación se derivaron de las recomendaciones del Comité de Educación del ISUOG para la formación básica en ecografía obstétrica y ginecológica[1].

Esquema general de la formación en ecografías

Se recomienda un programa de tres pasos:

1. formación teórica: aspectos técnicos del equipo, imágenes e informes.
2. formación práctica: bajo supervisión en un entorno de pacientes reales hasta alcanzar el nivel de independencia.
3. evaluación del rendimiento del estudiante: diario o colección de imágenes como ilustración de la capacidad del estudiante para producir imágenes de calidad y reconocer patologías.

Programa de formación en ecografías

Principios generales de la ecografía

1. Principios físicos básicos de las ecografías, incluida la seguridad;
2. Transductor, producción de imágenes, mandos, planos de barrido (TA y TV), mediciones;
3. Principios básicos de la ecografía Doppler y del Doppler de la arteria umbilical;
4. Exploración por infusión (infusión de gel o solución salina): seguridad e indicación;
5. Documentación de los resultados.

Los principios generales se aprenderán a través de libros de texto y/o módulos de formación y se discutirán con un supervisor especializado.

Las habilidades prácticas de manejo de los transductores y aparatos de escaneo, así como el escaneo por infusión, se practicarán bajo la supervisión directa de un ecógrafo capacitado hasta que se haya alcanzado la competencia total.

Evaluación: evaluación basada en el conocimiento (examen), observación clínica directa

Ecografía en ginecología

Evaluación de la apariencia normal y anormal del endometrio, miometrio y anexos; aplicación de criterios de ecografía para discriminar entre resultados normales y anormales (p. ej., RMI[2], IOTA[3]).

Esta parte se aprenderá en un proceso gradual:

1. Orientación a través de libros de texto y/o módulos de formación
2. Experiencia práctica bajo supervisión directa; la supervisión disminuirá a medida que se vaya acumulando experiencia.

Evaluación: evaluación basada en el conocimiento (examen), observación clínica directa, portfolio de al menos 50 casos (variedad de patología uterina (miometrio y endometrio) y anexial).

Ecografía de embarazo

- a. Primer trimestre
 1. Evaluar los resultados normales y anormales entre 4 y 10 semanas en embarazos simples y gemelares (incluido el embarazo ectópico);
 2. Evaluar los resultados normales y anormales entre las semanas 10 y 14 en embarazos simples y gemelares (corionicidad);
 3. Determinar la fecha del embarazo
- b. Segundo y tercer trimestre
 1. Presentación fetal
 2. Biometría fetal: determinar la fecha, evaluación del tamaño y estimación del peso fetal
 3. Evaluación de la placenta y el volumen amniótico
 4. Distinguir entre el tamaño normal y anormal del feto y los patrones de crecimiento, uso del flujo Doppler de la arteria umbilical
 5. Evaluación de la longitud cervical

Esta parte se aprenderá en un proceso gradual:

1. orientación a través de libros de texto y/o módulos de formación
2. experiencia práctica bajo supervisión directa; con mayor experiencia, se necesitará menos supervisión.

Evaluación: evaluación basada en el conocimiento (examen), observación clínica directa, portfolio de al menos 50 casos (variedad de casos en el primer, segundo y tercer trimestre).

Referencias

1. ISUOG Education Committee recommendations for basic training in obstetric and gynaecological ultrasound. Ultrasound Obstet Gynaecol 2013; DOI 10.1002/uog.13208
2. Jacobs I, Oram D, Fairbanks J et al A risk of malignancy index incorporating Ca125, ultrasound and menopausal status for the accurate preoperative diagnosis of ovarian cancer. Br J Obstet Gynaecol 1990;97:922-929
3. Timmerman DV, Bourne TH, Collins WP et al. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) group. Ultrasound Obstet Gynecol 2000; 16:500-505.

Autores: Fedde Scheele, Angelique Goverde, Jessica van der Aa, Laura Spinnewijn

Introducción

Esta sección describe los medios dentro del plan de estudios de formación de posgrado paneuropeo en Obstetricia y Ginecología a través de los cuales se determina el progreso de las competencias del estudiante. El plan de estudios consta de 10 temas que comprenden diversas actividades profesionales. Una vez que un estudiante ha alcanzado la plena competencia en el desempeño de una actividad profesional específica, es decir, a nivel de práctica autónoma, se le otorgará el *entrustment* para esa actividad profesional específica y, finalmente, para todo el tema. Cuando se imparte formación en función de las decisiones de *entrustment*, el alumno siempre debe ser consciente de la posibilidad de solicitar supervisión, aunquese le haya concedido el *entrustment* para una práctica autónoma en una actividad específica. Esto exige una práctica reflexiva del estudiante. En situaciones de alto riesgo, se espera que el estudiante reconozca este riesgo y exija supervisión si la seguridad del paciente está en peligro. En algunos países, la práctica autónoma está restringida por ley, por lo que la ejecución del encargo puede adaptarse a la legislación local o regional.

A lo largo de los años, el estudiante logrará *entrustment* para las distintas actividades profesionales; por lo tanto, el *entrustment* no se limita al último día de formación. El sistema real de *entrustment* se determinará y adaptará a la infraestructura local o regional.

El *entrustment*, como se describirá más adelante, implica más que una evaluación, y está documentado en el *portfolio* personal del estudiante. En este documento se describen los pasos a seguir en el proceso de formación para alcanzar el *entrustment*. Proporciona las directrices para la evaluación del *portfolio* y las decisiones de *entrustment*, incluidas las herramientas de evaluación.

Entrustment de actividades profesionales

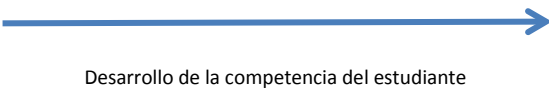
Una actividad profesional incluye todas las tareas y aspectos necesarios para ejecutar dicha actividad en el contexto de la atención al paciente. p. ej., la actividad profesional «cesárea» implica no sólo la habilidad técnica para realizar la cirugía sino también el proceso de toma de decisiones previo a la operación, la comunicación con el paciente, el trabajo en equipo en el quirófano, etcétera. El *entrustment* de una actividad profesional para el estudiante significa que dicho estudiante es considerado competente en todos los aspectos de la actividad profesional de tal manera que pueda realizar la actividad de forma autónoma.

El proceso de aprendizaje de un estudiante, centrado en alcanzar el nivel de práctica autónoma, se basa en la participación activa a la hora de prestar asistencia sanitaria, la provisión de críticas constructivas por parte de los supervisores clínicos y la reflexión sobre el progreso del estudiante. Con el tiempo, estas actividades clínicas conducirán a un aumento de la competencia y la supervisión se adaptará en consecuencia. En las etapas iniciales de la formación, la supervisión será estricta y los supervisores clínicos tendrán que estar presentes mientras el estudiante realiza una actividad específica para guiarle través del proceso o para intervenir cuando sea necesario. A medida que el estudiante vaya adquiriendo experiencia y competencias, la supervisión evolucionará hacia un papel más orientador y de apoyo, con una menor necesidad de intervención. Esto permite al estudiante experimentar un mayor grado de autonomía. Cuando el estudiante haya alcanzado la competencia necesaria, la actividad puede ser delegada a dicho/a estudiante, y puede producirse supervisión indirectamente (sin estar presente en la misma habitación) y a discreción del estudiante. Una vez que los supervisores clínicos, informados tanto por el *portfolio* como por su propio juicio, estén convencidos de que el estudiante puede realizar la actividad sin la interferencia de un supervisor, se le otorgará el

entrustment para esta actividad específica siguiendo el proceso descrito a continuación. La estrategia de *entrustment* se basa en las publicaciones internacionales [1-4].

El desarrollo de competencias se mueve a través de cinco niveles: desde el estudiante observando al supervisor que realiza la actividad (nivel 1), hasta el estudiante realizando la actividad de forma totalmente autónoma («el supervisor no necesita estar presente»). Esto se muestra en la tabla 1.

Tabla 1: Cinco niveles de competencia para alcanzar el *entrustment* de una actividad.

Niveles de competencia:	1 El supervisor realiza la actividad, el estudiante observa	2 El supervisor guía al estudiante a través de la actividad	3 El supervisor interviene incidentalmente	4 El supervisor puede estar presente por si acaso	5 El supervisor no necesita estar presente
Estudiante:					Entrustment (se alcanzará después de una decisión formal)

Portfolio

En el *portfolio*, el estudiante mantiene un registro de todas las actividades y perspectivas relacionadas con su desarrollo para fomentar la demanda de un nivel más alto de competencia y, finalmente, de *entrustment*. Para las decisiones sobre el nivel de competencia y el logro del *entrustment*, los datos se recogen de tres fuentes (*entrustment* de tres fuentes):

- A) Experiencias de aprendizaje: representan los logros de aprendizaje del estudiante en prácticas
 - o Diario que resume la experiencia clínica, incluyendo diagnósticos y tratamientos específicos.
 - o Cursos; p. ej., curso de formación en técnicas laparoscópicas, curso de gestión, etc.
 - o Experiencia académica, trabajo académico, presentaciones, artículos científicos.
 - o Plan de desarrollo personal, con actualizaciones periódicas de los avances en formación, informes reflexivos e informes de charlas con el tutor.
- B) Asesoramiento para *entrustment*: representa los logros de aprendizaje del estudiante en prácticas
 - o Comentarios estructurados de los supervisores, compañeros y pacientes; p. ej., una evaluación de 360 grados (ver apéndice 1).
 - o Evaluaciones en el lugar de trabajo; p. ej., mini-CEX, OSATS¹
 - o Evaluaciones de conocimientos y técnicas; p. ej., resultados de exámenes.
- C) El comité de competencia añade impresiones profesionales: representa la imagen de «maestro-aprendiz»
 - o Breve acta de la reunión del comité de competencia en la que se describen las impresiones profesionales que se añaden al *portfolio*.

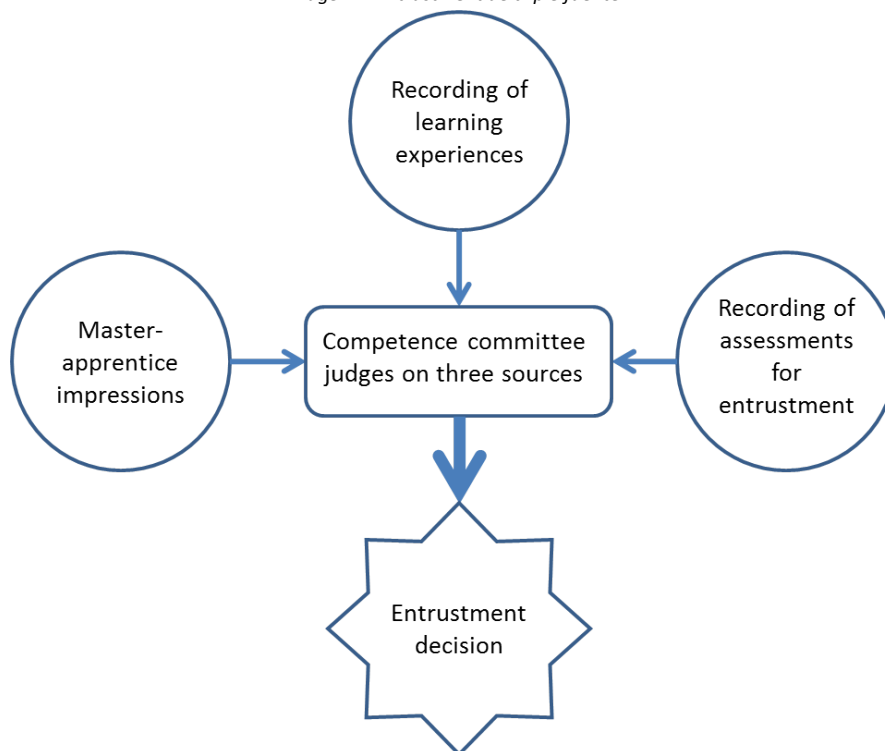
Proceso de *entrustment* y decisión

En la formalización del *entrustment*, el alumno en prácticas debe desempeñar un papel activo en el inicio de las decisiones de *entrustment*. Sin embargo, la decisión real de *entrustment* para una actividad corresponde al comité de competencia. Se recomienda que el comité de competencia esté compuesto de al menos 2

miembros que conozcan bien la capacidad del estudiante y, preferiblemente, de al menos otros 2 miembros del profesorado clínico.

Una vez cada 3-6 meses, se espera que el estudiante escriba una solicitud clara y concisa al comité de competencia en la que sugiera ascender a un nivel más alto de competencia para una actividad en particular. La solicitud debe estar respaldada por la información que contiene el *portfolio*. Basándose en las tres fuentes de información, el comité de competencia determina el nivel de competencia del alumno y, por lo tanto, el grado de supervisión requerido para las actividades profesionales especificadas en la solicitud. Este proceso puede ser particularmente importante en la transición del nivel de competencia 3 al 4, así como en la transición del nivel 4 al 5 (decisión de *entrustment*). Para las transiciones en los niveles inferiores, el comité de competencia puede dejar la decisión en manos de los supervisores clínicos, para evitar procesos administrativos excesivos.

Imagen 1: *Entrustment de triple fuente*



Hay dos posibles resultados de este proceso:

1. Si el comité de competencia está indeciso sobre el nivel de competencia alcanzado, se recoge más información sobre el rendimiento del alumno y se pospone la decisión.
2. Si el comité de competencia ha llegado a un acuerdo sobre el nivel de competencia, la decisión se determina brevemente por escrito (se registrará en el *portfolio*) y se aprueba la actividad.

Una vez que el alumno ha alcanzado el nivel más alto de competencia, el comité de competencia otorga el *entrustment* para esta actividad profesional en concreto.

En algunas jurisdicciones, es legalmente imposible que un alumno en prácticas lleve a cabo una actividad clínica completamente sin supervisión. En estos casos, cuando el comité de competencia juzgue si el alumno es competente para la práctica autónoma pero no se le permita actuar en consecuencia por motivos oficiales, se le puede conceder el *entrustment* en papel, con la condición de que este *entrustment* se efectúe al final de la formación.

Las decisiones sobre competencia y *entrustment* del comité de competencia se registran en el *portfolio*, de modo que el alumno, el cuerpo docente clínico y el comité de competencia puedan verificar en cualquier momento qué nivel de competencia se ha alcanzado y si se ha concedido el *entrustment*.

La imagen de la evaluación

Es vital subrayar que la evaluación del *entrustment* es sólo una de las fuentes en las que se basa la decisión de *entrustment*.

En lo que respecta a la evaluación de *entrustment*, tenga en cuenta que:

- Cuanto mayor sea el número de evaluaciones, mayor será el número de píxeles presentes en la imagen de evaluación.
- La diversidad de herramientas de evaluación (véanse ejemplos en el apéndice 1) crea diversidad en el esquema de colores de la imagen de evaluación y, por lo tanto, una idea más clara.
- Realizar muchas evaluaciones para el *entrustment* requiere grandes inversiones de tiempo, esfuerzo y dinero. La evaluación para el *entrustment* debe ser útil, y los recursos para la evaluación deben utilizarse de manera económicamente rentable. Sólo cuando sea necesario, p. ej., en caso de duda sobre el rendimiento del alumno, podrá aumentarse el número de evaluaciones para el *entrustment* a fin de obtener una imagen más detallada del rendimiento de dicho alumno (evaluación secuencial).
- Durante la formación, la evaluación puede pasar de una evaluación más basada en el conocimiento a una evaluación más basada en las habilidades en el entorno clínico con observaciones en el lugar de trabajo, a medida que aumenta la independencia en la práctica.

Assessment information as pixels



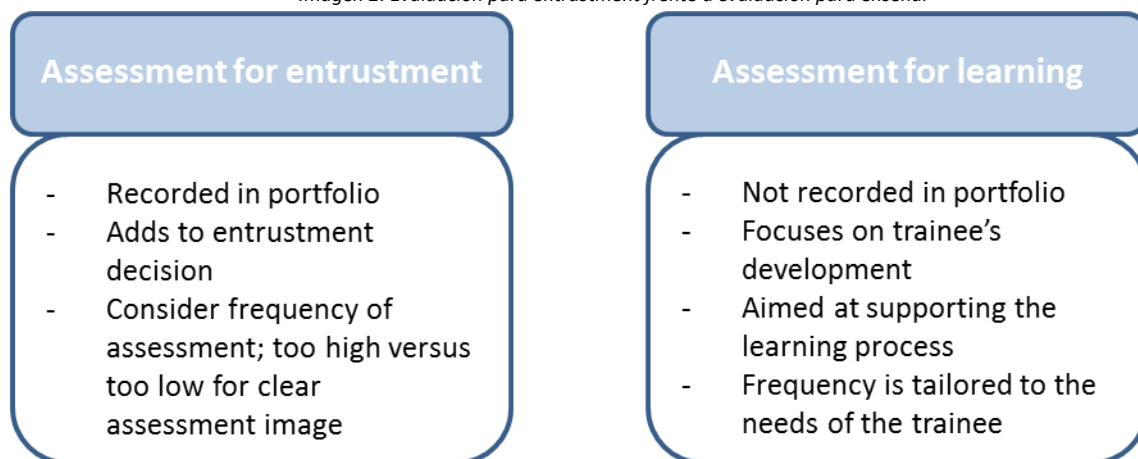
Courtesy of C van der Vleuten

La evaluación y los comentarios pueden utilizarse para el *entrustment*, además de como aprendizaje. En lo que respecta a la evaluación y los comentarios en términos de formación, tenga en cuenta que:

En el proceso de aprendizaje, es necesario que el profesorado clínico esté informado sobre el nivel de rendimiento profesional del alumno en prácticas para formarse una opinión sobre dicho alumno y poder ayudarle a mejorar su capacidad. El alumno recibirá las opiniones profesionales sobre su formación de manera diferente a la evaluación para el *entrustment*, ya que no tienen consecuencias. Para la formación, tanto la evaluación como las opiniones constructivas son extremadamente importantes para el óptimo aprendizaje y tutoría «maestro-aprendiz» del alumno en prácticas. Por lo tanto, se recomienda crear un ambiente de aprendizaje lo más seguro posible y dejar sin registrar en el *portfolio* la evaluación y comentarios sobre la formación que no tienen mucha incidencia. El *portfolio* está pensado para recabar información de gran incidencia para el *entrustment*.

La evaluación y los comentarios de menos importancia para el aprendizaje deben darse de forma independiente a la evaluación de más incidencia para el *entrustment*, ya que si se combinan los dos, los alumnos pueden tomarse esta evaluación y comentarios sobre su aprendizaje como elementos de gran importancia (un obstáculo que superar en lugar de algo de lo que aprender).

Imagen 2: Evaluación para *entrustment* frente a evaluación para enseñar



Determinar el calendario de formación y el progreso del estudiante

Cada institución educativa puede determinar los objetivos para que sus alumnos obtengan el *entrustment* a lo largo de un calendario de formación (véase un ejemplo en la tabla 2). El estudiante y el comité de competencia deben evaluar repetidamente el progreso del estudiante con el paso del tiempo, con el fin de cumplir con el calendario establecido. En la tabla, X indica el año en el que debe concederse el *entrustment* completo de la actividad profesional.

Tabla 2: Ejemplo de calendario de formación de *entrustments* a lo largo del tiempo.

EPA jerarquizados dentro de un tema (EPA general)	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
Tratar las contracciones prematuras e inducir la maduración pulmonar	x			
Asistir un parto prematuro	x			
Asistir un parto sin complicaciones	x			
Manejar un parto con antecedentes médicos de cesárea o dolor periparto	x			
<u>Asistir un parto de nalgas al menos en simulación</u>			x	
Asistir un parto vaginal de embarazo múltiple.			x	
Todas las maniobras de manejo de distocia, incluyendo la distocia del hombro		x		
Llevar a cabo un parto vaginal asistido por vacío		x		
<u>Llevar a cabo un parto asistido con fórceps al menos en simulación</u>		x		
Realizar una cesárea electiva		x		
Realizar una cesárea de urgencia		x		
Realizar una cesárea de repetición o cesárea en paciente obeso			x	
Realizar la extracción manual de la placenta			x	

Titulación

Una vez que se hayan aprobado todas las EPA y, por lo tanto, se haya completado la formación, puede presentarse el *portfolio* bien documentado al Comité Estándar de Formación y Evaluación (SCTA, por sus siglas

en inglés) del EBCOG para recibir la titulación emitida por el EBCOG. La titulación indicará que el ginecólogo ha recibido formación y *entrustment* según las normas europeas y estará firmado por el presidente del SCTA y el presidente del EBCOG.

Referencias

1. Viewpoint: Competency-Based Postgraduate Training: Can We Bridge the Gap between Theory and Clinical Practice? O ten Cate, F Scheele. *Academic Medicine* 2007;82 (6), 542-547
2. The assessment of professional competence: building blocks for theory development. CPM Van der Vleuten, LWT Schuwirth, F Scheele, EW Driessen, B Hodges. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2010;24 (6), 703-719
3. Billett, S. (2010). Learning through practice: models, traditions, orientations and approaches [Electronic version]. In S. Billett (Ed.), *Professional and practice-based learning* (pp. 1–20). Dordrecht: Springer. Retrieved December 20, 2013
4. Managing risks and benefits: key issues in entrustment decisions. Ten Cate O. *Med Educ.* 2017 Sep; 51(9):879-881.
5. From aggregation to interpretation: how assessors judge complex data in a competency-based portfolio. Oudkerk Pool A, Govaerts MJB, Jaarsma DADC, Driessen EW. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2017 Oct 14. doi: 10.1007/s10459-017-9793-y. [Epub ahead of print]
6. Do portfolios have a future? Driessen E. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2017 Mar;22(1):221-228.
7. Assessment of competence and progressive independence in postgraduate clinical training. MGK Dijksterhuis, M Voorhuis, PW Teunissen, LWT Schuwirth, OTJ Ten Cate, DDM Braat, F Scheele. *Medical education* 2009;43 (12), 1156-1165

Apéndice 1: ejemplos de herramientas formales de evaluación en el lugar de trabajo clínico

Los formularios de evaluación presentados son sugerencias, otros formularios con elementos comparables también pueden servir para este propósito.

1. Observación directa en forma de práctica clínica
2. Comentarios multifuente/Formulario de observación de 360 grados
3. Formulario OSAT
4. Mini-CEX

Observación directa en la práctica clínica

Nombre del
estudiante:
Nombre del
supervisor:
Actividad
profesional:

Fecha:

Firma del supervisor:

Firma del estudiante:

El estudiante demostró conocimientos médicos de esta forma:

1	2	3	4	5
<i>El supervisor realiza la actividad, el estudiante observa</i>	<i>El supervisor guía al estudiante a través de la actividad</i>	<i>El supervisor interviene incidentalmente</i>	<i>El supervisor puede estar presente por si acaso</i>	<i>El supervisor no necesita estar presente</i>

Puntos fuertes:	
Puntos de mejora:	

Basta con centrarse en uno o dos puntos por observación

Atención centrada en el paciente

El resultado

<i><u>no</u> cumplió</i>	<i>cumplió</i>	<i>sobrepasó</i>
---------------------------------	-----------------------	-------------------------

 las expectativas

Puntos fuertes:	
Puntos de mejora:	

Trabajo en equipo

El resultado

<i><u>no</u> cumplió</i>	<i>cumplió</i>	<i>sobrepasó</i>
---------------------------------	-----------------------	-------------------------

 las expectativas

Puntos fuertes:	
Puntos de mejora:	

Práctica basada en el sistema

El resultado

<i>no cumplió</i>	<i>cumplió</i>	<i>sobrepasó</i>
--------------------------	-----------------------	-------------------------

 las expectativas

Puntos fuertes:	
Puntos de mejora:	

Desarrollo personal y profesional

El resultado

<i>no cumplió</i>	<i>cumplió</i>	<i>sobrepasó</i>
--------------------------	-----------------------	-------------------------

 las expectativas

Puntos fuertes:	
Puntos de mejora:	

Referencia a las «Competencias generales y habilidades interpersonales» del plan de estudios para cometarios específicos:

Atención centrada en el paciente

- o Ver a la paciente en una perspectiva holística, respetar la diversidad y proporcionar atención individualizada
- o Comunicarse respetuosa y empáticamente, escuchando de forma activa para fomentar la confianza mutua
- o Asegurar la autonomía de la paciente y el consentimiento informado facilitando el equilibrio entre las recomendaciones basadas en la evidencia y las preferencias de la paciente en el proceso de toma de decisiones compartidas
- o Demostrar liderazgo para ofrecer seguridad y continuidad en la atención a la paciente
- o Trabajar de acuerdo a las normas éticas y los derechos humanos universales de las mujeres

Trabajo en equipo

- o Colaborar respetuosamente con otros profesionales, como enfermeras y matronas, y contribuir a un ambiente de trabajo seguro y constructivo
- o Facilitar la toma de decisiones compartidas interprofesional, reconociendo y aprovechando la experiencia de los demás
- o Centrarse en el rendimiento del equipo reconociendo los niveles de atención y aspectos legales
- o Mostrar liderazgo, especialmente en situaciones críticas

Práctica basada en el sistema

- o Entender y trabajar eficazmente en la organización sanitaria, incluyendo su sistema jurídico
- o Entender y adaptarse a la diversidad, el desarrollo y la innovación
- o Trabajar de acuerdo a las directrices y normas de atención y aplicar sistemas de seguridad del paciente
- o Equilibrar los resultados y costes relacionados con las pacientes
- o Realizar selecciones y priorizar las tareas teniendo en cuenta los recursos disponibles
- o Garantizar la privacidad y la comodidad del paciente en la prestación de los cuidados, el entorno y el contexto

Desarrollo personal y profesional

- o Ser un aprendiz permanente y un buen ejemplo
- o Equilibrar el trabajo y la vida
- o Reconocer aptitudes y limitaciones personales
- o Dar, buscar y aceptar las críticas, reflexionar sobre ellas y utilizarlas para mejorar
- o Mejorar continuamente la escucha empática, así como una comunicación clara y eficaz
- o Contribuir al progreso de los cuidados médicos mediante la investigación, la educación y facilitar la puesta en marcha de innovaciones

**Como se describe en la sección «Competencias generales y habilidades interpersonales» del plan de estudios*

Observación de 360 grados (comentarios multifuente)

Reunir bajo la supervisión del comité de competencia al menos 10 formularios de personal médico, comadronas, enfermeras y personal administrativo e integrar la información.

**Nombre del
estudiante:
Nombre del
supervisor:
Actividad
profesional:**

Fecha:

Firma del supervisor:

Firma del estudiante:

Dé su opinión sobre este estudiante. No responda a una pregunta si no sabe la respuesta. Siéntase libre de añadir explicaciones.

El estudiante muestra conocimientos médicos:

El resultado

<u>no cumplió</u>	<i>cumplió</i>	<i>sobrepasó</i>
-------------------	----------------	------------------

 las expectativas

Puntos fuertes:	
Puntos de mejora:	

Se observó el desempeño del estudiante en la «Atención centrada en la paciente»

El resultado

<u>no cumplió</u>	<i>cumplió</i>	<i>sobrepasó</i>
-------------------	----------------	------------------

 las expectativas

Puntos fuertes:	
Puntos de mejora:	

Se observó el «Trabajo en equipo» de este estudiante

El resultado

<u>no cumplió</u>	<i>cumplió</i>	<i>sobrepasó</i>
-------------------	----------------	------------------

 las expectativas

Puntos fuertes:	
Puntos de mejora:	

Se observó la «Práctica basada en el sistema» del estudiante

El resultado

<u>no cumplió</u>	<u>cumplió</u>	<u>sobrepasó</u>
--------------------------	-----------------------	-------------------------

 las expectativas

Puntos fuertes:	
Puntos de mejora:	

Se observó el «Desarrollo personal y profesional» del estudiante

El resultado

<u>no cumplió</u>	<u>cumplió</u>	<u>sobrepasó</u>
--------------------------	-----------------------	-------------------------

 las expectativas

Puntos fuertes:	
Puntos de mejora:	

Referencia a las «Competencias generales y habilidades interpersonales» del plan de estudios para cometarios específicos:

Atención centrada en el paciente

- o Ver a la paciente en una perspectiva holística, respetar la diversidad y proporcionar atención individualizada
- o Comunicarse respetuosa y empáticamente, escuchando de forma activa para fomentar la confianza mutua
- o Asegurar la autonomía de la paciente y el consentimiento informado facilitando el equilibrio entre las recomendaciones basadas en la evidencia y las preferencias de la paciente en el proceso de toma de decisiones compartidas
- o Demostrar liderazgo para ofrecer seguridad y continuidad en la atención a la paciente
- o Trabajar de acuerdo a las normas éticas y los derechos humanos universales de las mujeres

Trabajo en equipo

- o Colaborar respetuosamente con otros profesionales, como enfermeras y matronas, y contribuir a un ambiente de trabajo seguro y constructivo
- o Facilitar la toma de decisiones compartidas interprofesional, reconociendo y aprovechando la experiencia de los demás
- o Centrarse en el rendimiento del equipo reconociendo los niveles de atención y aspectos legales
- o Mostrar liderazgo, especialmente en situaciones críticas

Práctica basada en el sistema

- o Entender y trabajar eficazmente en la organización sanitaria, incluyendo su sistema jurídico
- o Entender y adaptarse a la diversidad, el desarrollo y la innovación
- o Trabajar de acuerdo a las directrices y normas de atención y aplicar sistemas de seguridad del paciente
- o Equilibrar los resultados y costes relacionados con las pacientes
- o Realizar selecciones y priorizar las tareas teniendo en cuenta los recursos disponibles
- o Garantizar la privacidad y la comodidad del paciente en la prestación de los cuidados, el entorno y el contexto

Desarrollo personal y profesional

- o Ser un aprendiz permanente y un buen ejemplo
- o Equilibrar el trabajo y la vida
- o Reconocer aptitudes y limitaciones personales
- o Dar, buscar y aceptar las críticas, reflexionar sobre ellas y utilizarlas para mejorar
- o Mejorar continuamente la escucha empática, así como una comunicación clara y eficaz
- o Contribuir al progreso de los cuidados médicos mediante la investigación, la educación y facilitar la puesta en marcha de innovaciones

OSAT de procedimiento quirúrgico

Nombre del
estudiante:
Nombre del
supervisor:
Actividad
profesional:

Fecha:

Firma del supervisor:

Firma del estudiante:

Evaluación estructurada objetiva de las habilidades técnicas (OSATS, en sus siglas en inglés): escala de calificación global del rendimiento quirúrgico*

Marque con un círculo el número que coincida con el rendimiento del estudiante en cada categoría, independientemente del nivel de formación

	1	2	3	4	5
Respeto por los tejidos	Utilizó con frecuencia fuerza innecesaria sobre tejidos o provocó daños mediante el uso inapropiado de instrumentos.		Manipulación cuidadosa de los tejidos pero ocasionalmente provocó daños involuntarios		Manipuló los tejidos de manera apropiada y con un daño mínimo
	1	2	3	4	5
Tiempo y movimiento	Muchos movimientos innecesarios		Uso eficiente del tiempo/movimiento aunque hubo algunos movimientos innecesarios		Claro ahorro de movimientos y máxima eficiencia
	1	2	3	4	5
Conocimiento y manejo de instrumentos	Desconocimiento de los instrumentos		Uso competente de los instrumentos, aunque a veces parecía rígido o incómodo		Familiaridad evidente con los instrumentos
	1	2	3	4	5
Flujo operativo	Detuvo el procedimiento con frecuencia y se mostraba inseguro ante el siguiente movimiento		Demostró cierta planificación anticipada con progresión razonable del procedimiento		Obviamente planificó el curso del procedimiento y pareció moverse sin esfuerzo de un movimiento al siguiente.
	1	2	3	4	5
Utilización de asistentes	Asistentes ubicados constantemente de manera deficiente o sin utilizar asistentes		Uso apropiado de asistentes la mayor parte del tiempo		Asistentes utilizados estratégicamente para sacar mejor ventaja en todo momento
	1	2	3	4	5
Conocimiento de procedimientos específicos	Conocimiento deficiente. Instrucciones específicas necesarias en la mayoría de los pasos		Conocía todos los pasos importantes del procedimiento		Demostrada familiaridad con todos los aspectos de la operación

El resultado

no cumplió

cumplió

sobrepasó

las expectativas

Puntos fuertes:	
Puntos de mejora:	

*= adaptado de Hiemstra et al. J Can Chir 201

Mini ejercicio de evaluación clínica de una consulta con una paciente (mini-CEX)

Nombre del
estudiante:
Nombre del
supervisor:
Actividad
profesional:

Fecha:

Firma del supervisor:

Firma del estudiante:

El mini-CEX informa sobre un Ejercicio de Evaluación Clínica, en el que el supervisor observa al alumno en situación de contacto directo con la paciente. El supervisor da su opinión sobre la interacción del alumno con la paciente, proporciona una evaluación global del funcionamiento del alumno en varios dominios (se puede elegir un subconjunto de dominios) y describe los ajustes que son necesarios para una ejecución adecuada de la tarea.

Sólo se emiten opiniones para los dominios observados. El supervisor y el estudiante hablan de antemano sobre qué dominios se evaluarán en esa situación en particular.

Elaboración de historial/entrevistas médicas

El resultado

<u>no cumplió</u>	<i>cumplió</i>	<i>sobrepasó</i>
-------------------	----------------	------------------

 las expectativas

Prestar atención a las competencias generales y a las habilidades interpersonales:*

- ☐ *Ver a la paciente desde una perspectiva holística, respetar la diversidad y proporcionar atención individualizada*
- ☐ *Comunicarse respetuosa y empáticamente, escuchando de forma activa para fomentar la confianza mutua.*

Puntos fuertes:	
Puntos de mejora:	

Examen físico

El resultado

<u>no cumplió</u>	<i>cumplió</i>	<i>sobrepasó</i>
-------------------	----------------	------------------

 las expectativas

Prestar atención a las competencias generales y a las habilidades interpersonales:*

- ☐ *Comunicarse respetuosa y empáticamente*
- ☐ *Garantizar la privacidad y la comodidad de la paciente al prestarle atención médica, en relación con el proveedor de atención médica, el entorno y el contexto.*

Puntos fuertes:	
Puntos de mejora:	

Toma de decisiones informada/asesoramiento

El resultado

<u>no cumplió</u>	<i>cumplió</i>	<i>sobrepasó</i>
-------------------	----------------	------------------

 las expectativas

Prestar atención a las competencias generales y a las habilidades interpersonales:*

- ☐ *Comunicarse respetuosa y empáticamente, escuchando de forma activa para fomentar la confianza mutua.*

- *Asegurar la autonomía de la paciente y el consentimiento informado facilitando el equilibrio entre las recomendaciones basadas en la evidencia y las preferencias de la paciente en el proceso de toma de decisiones compartidas.*

Puntos fuertes:	
Puntos de mejora:	

Juicio clínico/razonamiento

El resultado

<u>no</u> cumplió	cumplió	sobrepasó
--------------------------	----------------	------------------

 las expectativas

Prestar atención a las competencias generales y a las habilidades interpersonales:*

- *Ver a la paciente desde una perspectiva holística, respetar la diversidad y proporcionar atención individualizada*
- *Facilitar la toma de decisiones compartidas interprofesional, reconociendo y aprovechando la experiencia de los demás.*
- *Trabajar de acuerdo a las directrices y normas de atención y aplicar sistemas de seguridad del paciente.*

Puntos fuertes:	
Puntos de mejora:	

Profesionalidad

El resultado

<u>no</u> cumplió	cumplió	sobrepasó
--------------------------	----------------	------------------

 las expectativas

Prestar atención a las competencias generales y a las habilidades interpersonales:*

- *Demostrar liderazgo para ofrecer seguridad y continuidad en la atención a la paciente. también en situaciones críticas.*
- *Trabajar de acuerdo a las normas éticas y los derechos humanos universales de las mujeres.*
- *Garantizar la privacidad y la comodidad de la paciente al prestarle atención médica, en relación con el proveedor de atención médica, el entorno y el contexto.*
- *Reconocer aptitudes y limitaciones personales.*
- *Equilibrar los resultados y costes relacionados con el paciente.*

Puntos fuertes:	
Puntos de mejora:	

Organización/eficiencia

El resultado

<u>no</u> cumplió	cumplió	sobrepasó
--------------------------	----------------	------------------

 las expectativas

Prestar atención a las competencias generales y a las habilidades interpersonales:*

- *Colaborar respetuosamente con otros profesionales, como enfermeras y matronas, y contribuir a un ambiente de trabajo seguro y constructivo.*
- *Realizar selecciones y priorizar las tareas teniendo en cuenta los recursos disponibles.*

Puntos fuertes:	
Puntos de mejora:	

**Como se describe en la sección «Competencias generales y habilidades interpersonales» del plan de estudios*

Apéndice 2: ejemplo de portfolio

El *portfolio* sirve principalmente para registrar el proceso de *entrustment* de actividades profesionales para cada alumno en prácticas. Ofrece un mecanismo de responsabilidad de los logros del alumno, tanto para la institución que proporciona la formación como para otras instituciones, posiblemente de otros países, que podría considerar la posibilidad de contratar al estudiante más adelante. Por tanto, el *portfolio* deberá ser un documento reconocido mundialmente.

Decisiones de entrustment en el portfolio

Mientras que el *portfolio* está elaborado por el estudiante, las decisiones de *entrustment* las toma el comité de competencia. Para cada *entrustment* de una actividad profesional (EPA, por sus siglas en inglés), el *portfolio* debe reflejar las tres fuentes que conducen a la de decisión de *entrustment*:

- A. Experiencias de aprendizaje
- B. Asesoramiento para *entrustment*
- C. Impresiones profesionales del Comité de competencia:

Estas tres fuentes se explican más ampliamente en la sección de *entrustment* del plan de estudios del EBCOG-PACT.

Temas

El plan de estudios base consta de diez temas. Cada tema representa un EPA general y consta de varias actividades profesionales más pequeñas, llamadas «EPAS jerarquizadas».

1. Conocimientos y técnicas médicas generales
2. Cuidado prenatal
3. Intraparto y postparto
4. Ginecología benigna
5. Medicina reproductiva
6. Uroginecología y suelo pélvico
7. Premalignidad
8. Oncología ginecológica
9. Ginecología pediátrica y salud sexual
10. Patología mamaria

Para cada tema, se deben registrar en el *portfolio* los cambios en las tres fuentes, así como los cambios en los niveles de competencia. El *portfolio* es propiedad del estudiante, que debe mantenerlo actualizado. Sin embargo, el Comité de competencia puede hacer un seguimiento del progreso en las competencias de cada alumno en un calendario de formación para ese alumno. El director del programa y el profesorado clínico son responsables de la óptima facilitación de oportunidades de formación, evaluaciones, charlas y evaluación del plan de desarrollo personal y, por último, de las decisiones de *entrustment*.

Cómo lograr entrustment basándose en el portfolio:

1. El alumno solicita el *entrustment* de una actividad específica y prepara el *portfolio*.
2. El Comité de competencia discute la aplicación del estudiante
3. a. Si el comité de competencia está indeciso sobre el nivel de competencia alcanzado, se recoge más información sobre el rendimiento del alumno y se pospone la decisión.
b. Si el comité de competencia ha llegado a un acuerdo, la decisión se determina brevemente por escrito (se registrará en el *portfolio*) y se aprueba la actividad.

En las páginas siguientes, se presenta un ejemplo de *portfolio*, que describe las tres fuentes de formación por tema (EPA). El ejemplo cumple con los requisitos mínimos de un *portfolio*: los *portfolios* pueden ampliarse como se quiera o como lo requieran las circunstancias locales.

1. Conocimientos y habilidades médicas generales - Ejemplo de *portfolio*

A. Experiencias de aprendizaje

- o Salas
- o Ambulatorios
- o Cursos
- o Las simulaciones, p. ej., habilidades comunicativas
- o Reflexión sobre el progreso de formación
- o Plan de desarrollo personal

B. Asesoramiento para *entrustment*

- o Pruebas de conocimiento: Examen Europeo (o examen nacional)
- o Examen de simulación
- o Observación directa en la práctica
- o Comentarios multiorigen
- o OSATS

C. Comité de competencia

- El Comité de competencia incluye sus impresiones maestro-aprendiz del alumno en el lugar de trabajo en el proceso de decisión de *entrustment*.
- El Comité de competencia determina el nivel de competencia que ha alcanzado el alumno.
- El Comité de competencia determina si el progreso del alumno es el esperado, en relación con el calendario de formación.
- El Comité de competencia escribe una breve respuesta a la petición de *entrustment* del alumno junto con la reflexión de dicho alumno, registrándose ambas en su *portfolio*.
- Cuando un alumno ha alcanzado el más alto nivel de competencia en todos los EPA jerarquizados del tema de un EPA, el Comité de competencia puede conceder el *entrustment* de todo el tema de dicho EPA.

Paso en la consecución del EPA:	En progreso	En progreso	En progreso	Conseguido	Conseguido
<i>Nivel de competencia:</i>	1 <i>El supervisor realiza la actividad, el estudiante observa</i>	2 <i>El supervisor guía al estudiante a través de la actividad</i>	3 <i>El supervisor interviene incidentalmente</i>	4 <i>El supervisor puede estar presente por si acaso</i>	5 <i>El supervisor no necesita estar presente</i>
<u>Actividad (plan de estudios base)</u>					
Realizar el historial y examen físico					
Pedir pruebas adicionales apropiadas					
Realizar rondas					
Realizar intervenciones terapéuticas básicas					
Encargarse de la gestión del dolor					
Reconocer y seleccionar pacientes gravemente enfermos					
Comunicarse adecuadamente y hacer uso de la toma de decisiones compartida y el consentimiento informado					
Documentar adecuadamente los datos de la paciente					
Manejar el cuidado perioperatorio básico					
Mostrar entendimiento de la sexología					

Mostrar entendimiento de los aspectos biopsicosociales en ginecología y obstetricia.					
Mostrar entendimiento de las mujeres mayores delicadas con comorbilidades múltiples y polimedicadas					

Aprobar EPA

<i>Nombre</i>	
<i>Hospital</i>	
<i>Dirección</i>	
<i>Número de teléfono</i>	
<i>Dirección de email</i>	
<i>Firma</i>	

2. Cuidado prenatal - Ejemplo de *portfolio*

A. Experiencias de aprendizaje

- ☐ Salas
- ☐ Ambulatorios
- ☐ Cursos
- ☐ Las simulaciones, p. ej., habilidades comunicativas
- ☐ Reflexión sobre el progreso de formación
- ☐ Plan de desarrollo personal

B. Asesoramiento para *entrustment*

- ☐ Pruebas de conocimiento: Examen Europeo (o examen nacional)
- ☐ Examen de simulación
- ☐ Observación directa en la práctica
- ☐ Comentarios multiorigen
- ☐ OSATS

C. Comité de competencia

- El Comité de competencia incluye sus impresiones maestro-aprendiz del alumno en el lugar de trabajo en el proceso de decisión de *entrustment*.
- El Comité de competencia determina el nivel de competencia que ha alcanzado el alumno.
- El Comité de competencia determina si el progreso del alumno es el esperado, en relación con el calendario de formación.
- El Comité de competencia escribe una breve respuesta a la petición de *entrustment* del alumno junto con la reflexión de dicho alumno, registrándose ambas en su *portfolio*.
- Cuando un alumno ha alcanzado el más alto nivel de competencia en todos los EPA jerarquizados del tema de un EPA, el Comité de competencia puede conceder el *entrustment* de todo el tema de dicho EPA.

Paso en la consecución del EPA:	En progreso	En progreso	En progreso	Conseguido	Conseguido
<i>Nivel de competencia:</i>	1 <i>El supervisor realiza la actividad, el estudiante observa</i>	2 <i>El supervisor guía al estudiante a través de la actividad</i>	3 <i>El supervisor interviene incidentalmente</i>	4 <i>El supervisor puede estar presente por si acaso</i>	5 <i>El supervisor no necesita estar presente</i>
Actividad (plan de estudios base)					
Realizar ecografía vaginal para determinar la viabilidad embrionaria/fetal, edad y ubicación del embarazo					
Realizar ecografía vaginal para determinar embarazo único o múltiple y la corionicidad					
Realizar ecografía vaginal para determinar la longitud cervical					
Realizar ecografía para diagnosticar posición errónea					
Realizar biometría fetal y medición del líquido amniótico					
Realizar un examen doppler de arteria umbilical					
Proporcionar información y asesoramiento sobre el diagnóstico y sus consecuencias con respecto a los problemas más importantes relacionados con					

la gestación					
Tratar la mayoría de los problemas del embarazo en el primer trimestre de forma conservadora					
Tratar la mayoría de los problemas del embarazo en el segundo y tercer trimestre de forma conservadora					

Aprobar EPA

<i>Nombre</i>	
<i>Hospital</i>	
<i>Dirección</i>	
<i>Número de teléfono</i>	
<i>Dirección de email</i>	
<i>Firma</i>	

3. Intraparto y postparto - Ejemplo de *portfolio*

A. Experiencias de aprendizaje

- ☐ Salas
- ☐ Ambulatorios
- ☐ Cursos
- ☐ Las simulaciones, p. ej., habilidades comunicativas
- ☐ Reflexión sobre el progreso de formación
- ☐ Plan de desarrollo personal

B. Asesoramiento para *entrustment*

- ☐ Pruebas de conocimiento: Examen Europeo (o examen nacional)
- ☐ Examen de simulación
- ☐ Observación directa en la práctica
- ☐ Comentarios multiorigen
- ☐ OSATS

C. Comité de competencia

- El Comité de competencia incluye sus impresiones maestro-aprendiz del alumno en el lugar de trabajo en el proceso de decisión de *entrustment*.
- El Comité de competencia determina el nivel de competencia que ha alcanzado el alumno.
- El Comité de competencia determina si el progreso del alumno es el esperado, en relación con el calendario de formación.
- El Comité de competencia escribe una breve respuesta a la petición de *entrustment* del alumno junto con la reflexión de dicho alumno, registrándose ambas en su *portfolio*.
- Cuando un alumno ha alcanzado el más alto nivel de competencia en todos los EPA jerarquizados del tema de un EPA, el Comité de competencia puede conceder el *entrustment* de todo el tema de dicho EPA.

Paso en la consecución del EPA:	En progreso	En progreso	En progreso	Conseguido	Conseguido
<i>Nivel de competencia:</i>	1 <i>El supervisor realiza la actividad, el estudiante observa</i>	2 <i>El supervisor guía al estudiante a través de la actividad</i>	3 <i>El supervisor interviene incidentalmente</i>	4 <i>El supervisor puede estar presente por si acaso</i>	5 <i>El supervisor no necesita estar presente</i>
Actividad (plan de estudios base)					
Tratar las contracciones prematuras e inducir la maduración pulmonar					
Asistir un parto prematuro					
Asistir un parto sin complicaciones					
Determinar la viabilidad del parto					
Realizar monitorización CTG					
Toma de muestras de sangre del cuero cabelludo fetal <u>al menos en simulación</u>					
Tratar errores en la progresión del parto					
Tratar un caso con líquido amniótico manchado de meconio					
Tratar un caso con fiebre intraparto					
Tratar un parto con antecedentes médicos de					

cesárea o dolor periparto					
Asistir un parto de nalgas <u>al menos en simulación</u>					
Asistir un parto vaginal de embarazo múltiple.					
Todas las maniobras de manejo de distocia, incluyendo la distocia del hombro					
Asistir un parto vaginal asistido por vacío					
Asistir un parto asistido con fórceps <u>al menos en simulación</u>					
Realizar una cesárea electiva					
Realizar una cesárea de urgencia					
Realizar una cesárea de repetición o cesárea en paciente obeso					
Tratar la mastitis post-parto (absceso), retención urinaria y proceso tromboembólico					
Tratar la hemorragia posparto (HPP) con medicación					
Realizar la extracción manual de la placenta					
Realizar taponamiento con balón intrauterino y, <u>al menos en simulación</u> , compresión quirúrgica de atonía uterina (con sutura de B-Lynch), reversión uterina e histerectomía abdominal					
Establecer indicación para embolización arterial para HPP					
Sutura de la herida de la episiotomía y de desgarro perineal de 1^{er} y 2^o					
Sutura de desgarro perineal de 3^{er} grado <u>al menos en simulación</u>, y desgarro perineal de 4^o grado					
Realizar evacuación del hematoma vulvar					
Reanimar al recién nacido con precisión en los primeros 10 minutos después del parto (mientras se espera la llegada del pediatra), <u>al menos en simulación</u>					

Aprobar EPA

<i>Nombre</i>	
<i>Hospital</i>	
<i>Dirección</i>	
<i>Número de teléfono</i>	
<i>Dirección de email</i>	
<i>Firma</i>	

4. Ginecología benigna - Ejemplo de portfolio

A. Experiencias de aprendizaje

- o Salas
- o Ambulatorios
- o Cursos
- o Las simulaciones, p. ej., habilidades comunicativas
- o Reflexión sobre el progreso de formación
- o Plan de desarrollo personal

B. Asesoramiento para *entrustment*

- o Pruebas de conocimiento: Examen Europeo (o examen nacional)
- o Examen de simulación
- o Observación directa en la práctica
- o Comentarios multiorigen
- o OSATS

C. Comité de competencia

- El Comité de competencia incluye sus impresiones maestro-aprendiz del alumno en el lugar de trabajo en el proceso de decisión de *entrustment*.
- El Comité de competencia determina el nivel de competencia que ha alcanzado el alumno.
- El Comité de competencia determina si el progreso del alumno es el esperado, en relación con el calendario de formación.
- El Comité de competencia escribe una breve respuesta a la petición de *entrustment* del alumno junto con la reflexión de dicho alumno, registrándose ambas en su *portfolio*.
- Cuando un alumno ha alcanzado el más alto nivel de competencia en todos los EPA jerarquizados del tema de un EPA, el Comité de competencia puede conceder el *entrustment* de todo el tema de dicho EPA.

Paso en la consecución del EPA:	En progreso	En progreso	En progreso	Conseguido	Conseguido
<i>Nivel de competencia:</i>	1 <i>El supervisor realiza la actividad, el estudiante observa</i>	2 <i>El supervisor guía al estudiante a través de la actividad</i>	3 <i>El supervisor interviene incidentalmente</i>	4 <i>El supervisor puede estar presente por si acaso</i>	5 <i>El supervisor no necesita estar presente</i>
Actividad (plan de estudios base)					
Realizar biopsia con sacabocados con anestesia local					
Realizar ecografía vaginal para la imagen general del útero y anexos					
Realizar ecografía vaginal para diagnosticar anomalías intrauterinas					
Realizar ecografía vaginal para diagnosticar anomalías anexiales					
Proporcionar métodos anticonceptivos a adulta sano, incluyendo la inserción del DIU					
Proporcionar métodos anticonceptivos a paciente con un problema de salud o enfermedad concomitante					
Orientar sobre condilomas					
Orientar y tratar la endometriosis					

Orientar y tratar fibromas					
Orientar y tratar una patología anexial					
Orientar y tratar absceso tubo-ovárico					
Orientar y tratar hipermenorrea y dismenorrea con medicamentos					
Orientar y tratar el sangrado uterino anormal					
Orientar y tratar enfermedades de transmisión sexual y enfermedad pélvica inflamatoria					
Orientar y tratar el flujo vaginal y la vulvovaginitis					
Orientar y tratar el dolor abdominal/pélvico					
Orientar y tratar molestias menopáusicas					
Orientar y tratar el síndrome premenstrual					
Orientar y tratar el quiste de Bartolino y absceso vulvar					
Realizar una esterilización laparoscópica					
Realizar la dilatación y curetaje por succión o cureta roma para aborto espontáneo y saber cómo evacuar un embarazo en el segundo trimestre					
Realizar una aspiración con aguja laparoscópica de quiste simple					
Realizar una electrocoagulación laparoscópica del ovario					
Realizar una cistectomía ovárica laparoscópica simple					
Realizar una salpingo-ooforectomía laparoscópica					
Realizar una adhesiolisis laparoscópica simple					
Realizar una resección histeroscópica de pólipo					
Realizar una resección histeroscópica de mioma tipo 0-1 (< 4 cm)					
Realizar una salpingo-ooforectomía mediante laparotomía					
Realizar una miomectomía de mioma subseroso mediante laparotomía					
Realizar una laparotomía con adhesiolisis mínima					

Aprobar EPA

Nombre	
Hospital	
Dirección	
Número de teléfono	
Dirección de email	
Firma	

5. Medicina reproductiva - Ejemplo de portfolio

A. Experiencias de aprendizaje

- ☐ Salas
- ☐ Ambulatorios
- ☐ Cursos
- ☐ Las simulaciones, p. ej., habilidades comunicativas
- ☐ Reflexión sobre el progreso de formación
- ☐ Plan de desarrollo personal

B. Asesoramiento para *entrustment*

- ☐ Pruebas de conocimiento: Examen Europeo (o examen nacional)
- ☐ Examen de simulación
- ☐ Observación directa en la práctica
- ☐ Comentarios multiorigen
- ☐ OSATS

C. Comité de competencia

- El Comité de competencia incluye sus impresiones maestro-aprendiz del alumno en el lugar de trabajo en el proceso de decisión de *entrustment*.
- El Comité de competencia determina el nivel de competencia que ha alcanzado el alumno.
- El Comité de competencia determina si el progreso del alumno es el esperado, en relación con el calendario de formación.
- El Comité de competencia escribe una breve respuesta a la petición de *entrustment* del alumno junto con la reflexión de dicho alumno, registrándose ambas en su *portfolio*.
- Cuando un alumno ha alcanzado el más alto nivel de competencia en todos los EPA jerarquizados del tema de un EPA, el Comité de competencia puede conceder el *entrustment* de todo el tema de dicho EPA.

Paso en la consecución del EPA:	En progreso	En progreso	En progreso	Conseguido	Conseguido
<i>Nivel de competencia:</i>	1 <i>El supervisor realiza la actividad, el estudiante observa</i>	2 <i>El supervisor guía al estudiante a través de la actividad</i>	3 <i>El supervisor interviene incidentalmente</i>	4 <i>El supervisor puede estar presente por si acaso</i>	5 <i>El supervisor no necesita estar presente</i>
Actividad (plan de estudios base)					
Evaluar la (sub)fertilidad masculina y femenina					
Orientar sobre factores pronósticos para embarazo en general					
Orientar sobre probabilidad de embarazo, aborto espontáneo y embarazo ectópico con diferentes tratamientos de fertilidad					
Orientar sobre técnicas de reproducción asistida (IIU, FIV, ICSI)					
Tratar trastornos del ciclo WHO II/inducción de la ovulación					
Tratar el síndrome de hiperestimulación ovárica inicial (SHO) (tratamiento de urgencia)					
Realizar una laparoscopia diagnóstica con pruebas tubáricas					
Realizar una histeroscopia diagnóstica con pruebas					

tubáricas					
Realizar una ecografía transvaginal con recuento de folículos y mediciones del folículo					
Realizar una ecografía transvaginal con evaluación de folículos y líquido intraperitoneal					

Aprobar EPA

<i>Nombre</i>	
<i>Hospital</i>	
<i>Dirección</i>	
<i>Número de teléfono</i>	
<i>Dirección de email</i>	
<i>Firma</i>	

6. Uroginecología y suelo pélvico - Ejemplo de *portfolio*

A. Experiencias de aprendizaje

- ☐ Salas
- ☐ Ambulatorios
- ☐ Cursos
- ☐ Las simulaciones, p. ej., habilidades comunicativas
- ☐ Reflexión sobre el progreso de formación
- ☐ Plan de desarrollo personal

B. Asesoramiento para *entrustment*

- ☐ Pruebas de conocimiento: Examen Europeo (o examen nacional)
- ☐ Examen de simulación
- ☐ Observación directa en la práctica
- ☐ Comentarios multiorigen
- ☐ OSATS

C. Comité de competencia

- El Comité de competencia incluye sus impresiones maestro-aprendiz del alumno en el lugar de trabajo en el proceso de decisión de *entrustment*.
- El Comité de competencia determina el nivel de competencia que ha alcanzado el alumno.
- El Comité de competencia determina si el progreso del alumno es el esperado, en relación con el calendario de formación.
- El Comité de competencia escribe una breve respuesta a la petición de *entrustment* del alumno junto con la reflexión de dicho alumno, registrándose ambas en su *portfolio*.
- Cuando un alumno ha alcanzado el más alto nivel de competencia en todos los EPA jerarquizados del tema de un EPA, el Comité de competencia puede conceder el *entrustment* de todo el tema de dicho EPA.

Paso en la consecución del EPA:	En progreso	En progreso	En progreso	Conseguido	Conseguido
<i>Nivel de competencia:</i>	1 <i>El supervisor realiza la actividad, el estudiante observa</i>	2 <i>El supervisor guía al estudiante a través de la actividad</i>	3 <i>El supervisor interviene incidentalmente</i>	4 <i>El supervisor puede estar presente por si acaso</i>	5 <i>El supervisor no necesita estar presente</i>
<u>Actividad (plan de estudios base)</u>					
Remitir a pacientes con estrés y/o incontinencia de urgencia a un fisioterapeuta del suelo pélvico u otro especialista médico					
Diagnosticar fístula rectovaginal					
Asesorar sobre reparación vaginal apical, anterior y posterior					
Realizar una colocación de pesario y cuidado continuo					
Realizar colpocleisis ¹					
Realizar una reparación vaginal apical, anterior y posterior					

Aprobar EPA

Nombre	
Hospital	

Dirección	
Número de teléfono	
Dirección de email	
Firma	

7. Premalignidad- Ejemplo de *portafolio*

A. Experiencias de aprendizaje

- ☐ Salas
- ☐ Ambulatorios
- ☐ Cursos
- ☐ Las simulaciones, p. ej., habilidades comunicativas
- ☐ Reflexión sobre el progreso de formación
- ☐ Plan de desarrollo personal

B. Evaluaciones formales

- ☐ Pruebas de conocimiento: Examen Europeo (o examen nacional)
- ☐ Examen de simulación
- ☐ Observación directa en la práctica
- ☐ Comentarios multiorigen
- ☐ OSATS

C. Comité de competencia

- El Comité de competencia incluye sus impresiones maestro-aprendiz del alumno en el lugar de trabajo en el proceso de decisión de *entrustment*.
- El Comité de competencia determina el nivel de competencia que ha alcanzado el alumno.
- El Comité de competencia determina si el progreso del alumno es el esperado, en relación con el calendario de formación.
- El Comité de competencia escribe una breve respuesta a la petición de *entrustment* del alumno junto con la reflexión de dicho alumno, registrándose ambas en su *portafolio*.
- Cuando un alumno ha alcanzado el más alto nivel de competencia en todos los EPA jerarquizados del tema de un EPA, el Comité de competencia puede conceder el *entrustment* de todo el tema de dicho EPA.

Paso en la consecución del EPA:	En progreso	En progreso	En progreso	Conseguido	Conseguido
<i>Nivel de competencia:</i>	1 <i>El supervisor realiza la actividad, el estudiante observa</i>	2 <i>El supervisor guía al estudiante a través de la actividad</i>	3 <i>El supervisor interviene incidentalmente</i>	4 <i>El supervisor puede estar presente por si acaso</i>	5 <i>El supervisor no necesita estar presente</i>
<u>Actividad (plan de estudios base)</u>					
Realizar screening cervical (citología vaginal)					
Realizar colposcopia					
Realizar una escisión amplia de la zona de transformación cervical					

Aprobar EPA

Nombre	
Hospital	
Dirección	

<i>Número de teléfono</i>	
<i>Dirección de email</i>	
<i>Firma</i>	

8. Oncología ginecológica- Ejemplo de *portfolio*

A. Experiencias de aprendizaje

- ☐ Salas
- ☐ Ambulatorios
- ☐ Cursos
- ☐ Las simulaciones, p. ej., habilidades comunicativas
- ☐ Reflexión sobre el progreso de formación
- ☐ Plan de desarrollo personal

B. Asesoramiento para *entrustment*

- ☐ Pruebas de conocimiento: Examen Europeo (o examen nacional)
- ☐ Examen de simulación
- ☐ Observación directa en la práctica
- ☐ Comentarios multiorigen
- ☐ OSATS

C. Comité de competencia

- El Comité de competencia incluye sus impresiones maestro-aprendiz del alumno en el lugar de trabajo en el proceso de decisión de *entrustment*.
- El Comité de competencia determina el nivel de competencia que ha alcanzado el alumno.
- El Comité de competencia determina si el progreso del alumno es el esperado, en relación con el calendario de formación.
- El Comité de competencia escribe una breve respuesta a la petición de *entrustment* del alumno junto con la reflexión de dicho alumno, registrándose ambas en su *portfolio*.
- Cuando un alumno ha alcanzado el más alto nivel de competencia en todos los EPA jerarquizados del tema de un EPA, el Comité de competencia puede conceder el *entrustment* de todo el tema de dicho EPA.

Paso en la consecución del EPA:	En progreso	En progreso	En progreso	Conseguido	Conseguido
<i>Nivel de competencia:</i>	1 <i>El supervisor realiza la actividad, el estudiante observa</i>	2 <i>El supervisor guía al estudiante a través de la actividad</i>	3 <i>El supervisor interviene incidentalmente</i>	4 <i>El supervisor puede estar presente por si acaso</i>	5 <i>El supervisor no necesita estar presente</i>
<u>Actividad (plan de estudios base)</u>					
Realizar una ecografía transvaginal para diagnosticar la enfermedad trofoblástica gestacional					
Realizar una biopsia endometrial					
Asesorar sobre diagnósticos de malignidad ginecológica y sus implicaciones					

Aprobar EPA

<i>Nombre</i>	
<i>Hospital</i>	
<i>Dirección</i>	
<i>Número de teléfono</i>	
<i>Dirección de email</i>	
<i>Firma</i>	

9. Ginecología pediátrica y salud sexual- Ejemplo de *portfolio*

A. Experiencias de aprendizaje

- ☐ Salas
- ☐ Ambulatorios
- ☐ Cursos
- ☐ Las simulaciones, p. ej., habilidades comunicativas
- ☐ Reflexión sobre el progreso de formación
- ☐ Plan de desarrollo personal

B. Asesoramiento para *entrustment*

- ☐ Pruebas de conocimiento: Examen Europeo (o examen nacional)
- ☐ Examen de simulación
- ☐ Observación directa en la práctica
- ☐ Comentarios multiorigen
- ☐ OSATS

C. Comité de competencia

- El Comité de competencia incluye sus impresiones maestro-aprendiz del alumno en el lugar de trabajo en el proceso de decisión de *entrustment*.
- El Comité de competencia determina el nivel de competencia que ha alcanzado el alumno.
- El Comité de competencia determina si el progreso del alumno es el esperado, en relación con el calendario de formación.
- El Comité de competencia escribe una breve respuesta a la petición de *entrustment* del alumno junto con la reflexión de dicho alumno, registrándose ambas en su *portfolio*.
- Cuando un alumno ha alcanzado el más alto nivel de competencia en todos los EPA jerarquizados del tema de un EPA, el Comité de competencia puede conceder el *entrustment* de todo el tema de dicho EPA.

Paso en la consecución del EPA:	En progreso	En progreso	En progreso	Conseguido	Conseguido
<i>Nivel de competencia:</i>	1 <i>El supervisor realiza la actividad, el estudiante observa</i>	2 <i>El supervisor guía al estudiante a través de la actividad</i>	3 <i>El supervisor interviene incidentalmente</i>	4 <i>El supervisor puede estar presente por si acaso</i>	5 <i>El supervisor no necesita estar presente</i>
<u>Actividad (plan de estudios base)</u>					
Adaptar la comunicación al nivel de la niña					
Realizar un examen ginecológico precisa de la niña ²					
Realizar atención de urgencia de vulva/vagina/perineo/recto en la niña ²					

Aprobar EPA

<i>Nombre</i>	
<i>Hospital</i>	
<i>Dirección</i>	
<i>Número de teléfono</i>	
<i>Dirección de email</i>	
<i>Firma</i>	

10. Patología mamaria- Ejemplo de portfolio

A. Experiencias de aprendizaje

- ☐ Salas
- ☐ Ambulatorios
- ☐ Cursos
- ☐ Las simulaciones, p. ej., habilidades comunicativas
- ☐ Reflexión sobre el progreso de formación
- ☐ Plan de desarrollo personal

B. Asesoramiento para *entrustment*

- ☐ Pruebas de conocimiento: Examen Europeo (o examen nacional)
- ☐ Examen de simulación
- ☐ Observación directa en la práctica
- ☐ Comentarios multiorigen
- ☐ OSATS

C. Comité de competencia

- El Comité de competencia incluye sus impresiones maestro-aprendiz del alumno en el lugar de trabajo en el proceso de decisión de *entrustment*.
- El Comité de competencia determina el nivel de competencia que ha alcanzado el alumno.
- El Comité de competencia determina si el progreso del alumno es el esperado, en relación con el calendario de formación.
- El Comité de competencia escribe una breve respuesta a la petición de *entrustment* del alumno junto con la reflexión de dicho alumno, registrándose ambas en su *portfolio*.
- Cuando un alumno ha alcanzado el más alto nivel de competencia en todos los EPA jerarquizados del tema de un EPA, el Comité de competencia puede conceder el *entrustment* de todo el tema de dicho EPA.

Paso en la consecución del EPA:	En progreso	En progreso	En progreso	Conseguido	Conseguido
	1	2	3	4	5
Nivel de competencia:	El supervisor realiza la actividad, el estudiante observa	El supervisor guía al estudiante a través de la actividad	El supervisor interviene incidentalmente	El supervisor puede estar presente por si acaso	El supervisor no necesita estar presente
Actividad (plan de estudios base)					
Realizar un examen preciso de las mamas					

Aprobar EPA

Nombre	
Hospital	
Dirección	
Número de teléfono	
Dirección de email	
Firma	

Autores: Juriy Wladimiroff, Angelique Goverde, Fedde Scheele

Introducción

Para garantizar una óptima formación en ginecología y obstetricia general, se necesitan un sólido sistema de gestión de la calidad interna y el reconocimiento externo de la formación. Ambos sistemas deben estar estrechamente relacionados.

La combinación de la gestión interna de la calidad y el reconocimiento externo de la formación está conectada con una mejora continua de la calidad a corto plazo con controles para el cumplimiento de las normas, que deben repetirse cada 5 años.

Gestión interna de la calidad

Para la gestión interna de la calidad es obligatoria una clara estructura de administración con responsabilidades bien definidas para el programa de formación. La gestión interna de la calidad contempla las medidas adoptadas desde la organización educativa de formación y está orientada a la mejora continua de la formación, de acuerdo a un ciclo PHVA (planificar-hacer-verificar-actuar). Este ciclo de calidad interna aborda varios aspectos:

- Descripción de un plan local de formación basado en PHVA, que está adaptado al contexto local: el plan de estudios local.
- Seguimiento de cómo el plan de formación local se traduce en trabajo diario: el plan de estudios en acción. Las entrevistas con alumnos que están terminando su rotación pueden proporcionar información útil para este fin.
- Seguimiento del ambiente educativo, que puede medirse con el cuestionario D-RECT[1].
- Seguimiento y discusión del rendimiento didáctico del personal, que puede medirse mediante el sistema EFFECT [2].
- Desarrollar planes de mejora y seguimiento de las cuestiones relativas a la formación que hayan surgido.

El sistema interno de gestión de la calidad es adaptable y puede aplicarse a corto plazo. Proporciona información útil para un órgano de acreditación externa, lo que lo convierte en un sistema transparente.

Reconocimiento externo de la formación

El reconocimiento externo de la formación lo realizan organismos de acreditación nacionales o el comité de acreditación y certificación del EBCOG.

Este reconocimiento externo de la formación busca:

- Armonización formativa en toda Europa.
- Garantía de calidad: que cada nuevo ginecólogo en Europa esté adecuadamente formado en aspectos fundamentales y en el campo de interés y sea capaz de practicar de forma segura y autónoma.
- Un organismo de asesoramiento: En caso de cuestiones por resolver, se proporcionará asesoramiento.

El reconocimiento externo de la formación utiliza:

- La documentación requerida por el sistema nacional o por el EBCOG. La documentación debería dar a conocer:
 - o El número de alumnos en relación al número de personal supervisor
 - o Número de procedimientos en relación con el número de alumnos
 - o Instalaciones educativas
 - o Organización de formación con simulación
 - o Formación del profesorado, formación de instructores

- o Programas individuales de formación para alumnos; asignaturas troncales así como optativas
- o Aplicación de competencias generales y habilidades interpersonales en la formación
- o Organización y calidad de la evaluación con el fin de autorizar el *entrustment* de actividades profesionales
- o *Portfolios* de los estudiantes
- o Participación de los estudiantes en programas de investigación y auditorías clínicas
- o Responsabilidades y funciones de los alumnos dentro del equipo médico
- Informes de un sistema encaminado a la mejora continua del programa de formación.
- Visitas de reconocimiento en un ciclo de 5 años (o por aproximación), donde los alumnos juegan un papel activo.

Referencias

1. Boor K, Van Der Vleuten C, Teunissen P, Scherpbier A, Scheele F. Development and analysis of D-RECT, an instrument measuring residents' learning climate. *Med Teach*. 2011;33(10):820-7.
2. Fluit C, Bolhuis S, Grol R, Ham M, Feskens R, Laan R, Wensing M. Evaluation and feedback for effective clinical teaching in postgraduate medical education: validation of an assessment instrument incorporating the CanMEDS roles. *Med Teach*. 2012;34(11):893-901
3. Vaižgelienė E, Padaiga Ž, Rastenytė D, Tamelis A, Petrikonis K, Kregždytė R, Fluit C. Validation of the EFFECT questionnaire for competence-based clinical teaching in residency training in Lithuania. *Medicina (Kaunas)*. 2017;53(3):173-178.

Formación del profesorado

Autores: Angelique Goverde, Fedde Scheele, Živa Novak Antolič

Introducción

La formación del profesorado se considera un instrumento esencial para ofrecer calidad a la formación de posgrado. El desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes en la formación adulta permitirá a médicos especialistas convertirse en instructores clínicos capaces de ofrecer una formación de posgrado eficaz y eficiente.

Funciones y responsabilidades de los instructores clínicos

Dado que la formación de posgrado es principalmente una «formación en el puesto de trabajo», los instructores clínicos se enfrentan a varios retos. El instructor clínico tiene las siguientes responsabilidades y funciones:

- atención de pacientes con seguridad
- crear un entorno de aprendizaje estimulante
- utilizar herramientas educativas, como la crítica constructiva, para mejorar la práctica reflexiva del alumno
- seguimiento y evaluación del proceso de aprendizaje del alumno
- desarrollo profesional continuo como educador

Desarrollo profesional continuo para instructores

Los instructores deben recibir formación formal en la enseñanza y evaluación de posgrado. Como mínimo, esto debe incluir la siguiente información o formación:

- Cómo enseñar en el trabajo (por ejemplo, en la clínica, en salas)
- Cómo enseñar de forma individual, en pequeños grupos y en formatos de conferencias didácticas
- Cómo expresar opiniones efectivas
- Cómo utilizar métodos de evaluación formativa para dar soporte a los alumnos
- Cómo identificar y dar apoyo a alumnos con dificultades
- Cómo utilizar y documentar las evaluaciones en el lugar de trabajo

Los instructores clínicos deben actualizar sus competencias clínicas, así como sus competencias formativas. Dependiendo de la función específica del médico especialista en el equipo educativo, se aconseja un mínimo de dos días de formación una vez cada cinco años.

En aquellos países que tienen un sistema de evaluación sumativa durante o al final de la formación (por ejemplo, examen nacional o local), los instructores clínicos que participan en el comité examinador deben haber recibido formación sobre cómo escribir las preguntas del examen y cómo diseñar un examen validado.

Para los «directores del programa», se garantizan cursos específicos centrados en la gestión de la educación médica de posgrado.

El EBCOG puede ofrecer ayuda para todo tipo de cursos de formación del profesorado.

Glosario

Evaluación

El proceso de valorar el rendimiento de un alumno en una actividad profesional. Debería distinguirse entre «evaluación para enseñar» (también conocida como evaluación formativa, es decir, dirigida al aprendizaje futuro, tranquilizando y promoviendo la reflexión) y evaluación para *entrustment* (también conocida como evaluación acumulativa, es decir, valorar la competencia o la capacidad para ascender a niveles superiores de responsabilidad).

Las formas de evaluación incluyen evaluaciones clínicas (como OSATS, observación directa en la práctica clínica), exámenes, simulación, evaluaciones multifuente (360 grados) y autoevaluaciones reflexivas.

Evaluador

La persona que valora el rendimiento de un alumno en una actividad profesional.

Profesorado clínico, supervisor clínico, instructor clínico

El grupo de especialistas médicos (o el especialista médico) que guía el trabajo clínico de un alumno. Un miembro del profesorado clínico puede asumir el papel de tutor.

Troncal común

La parte de un plan de estudios que es obligatoria en el programa de formación de todos los alumnos.

Competencia

La capacidad de integrar conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos para su aplicación en situaciones específicas (actividades profesionales) en el lugar de trabajo.

Comité de competencia

Grupo de personas dentro de una institución o departamento de formación que determina el nivel de competencia de un alumno para una actividad profesional específica y que otorga el *entrustment* para actividades profesionales. Un comité de competencia está compuesto por al menos dos miembros del profesorado que conocen bien el desempeño del estudiante y por lo menos otros dos miembros más del profesorado clínico.

Plan de estudios base

El plan de estudios base son las troncales comunes del plan de estudios del EBCOG-PACT, que es obligatorio para todos los estudiantes. Describe las habilidades adquiridas de la formación, que han sido determinadas por consenso europeo.

Véase también Plan de estudios y optativa/plan de estudios de optativas.

Plan de estudios

Programa educativo.

Plan de estudios de optativas

El plan de estudios de optativas describe los resultados de la formación para áreas específicas de interés dentro de la especialidad de Obstetricia y Ginecología; estos resultados de formación profundizan más que los del plan de estudios base. Por lo tanto, la formación en una asignatura optativa buscar obtener un nivel más alto de competencia en esa área específica de interés.

Véase también Plan de estudios y Troncal/Plan de estudios base.

Supervisor educativo

Ver: tutor

Educador

Función profesional destinada a la formación y la educación, o una persona con un interés especial en la formación y la educación, que ha desarrollado conocimientos y percepciones en educación mediante formación específica.

Actividad profesional encomendada, EPA

La actividad profesional (autónoma o general) para la que el alumno puede alcanzar el nivel de competencia de práctica autónoma, formalizada por el comité de competencia.

Véase también Entrustment, Actividad profesional jerarquizada encomendada y Actividad profesional.

Entrustment

La aprobación formal que garantiza que el estudiante ha alcanzado el nivel de competencia de práctica autónoma, y se le permite realizar una actividad sin supervisión.

En algunos países, el *entrustment* formal sólo se concede al final de la formación por razones legislativas.

Profesorado

El grupo de médicos especialistas de un departamento dedicado a la formación.

Véase también Profesorado clínico.

Formación del profesorado

Formación estructurada en el ámbito educativo del personal clínico/supervisores/instructores implicados en impartir la formación médica. También conocido como formación de instructores.

Comentarios/opiniones/críticas constructivas

Reflexión sobre el rendimiento, identificando puntos fuertes y débiles.

Evaluación formativa

Véase: Evaluación

Práctica autónoma

Ejecución de la atención médica en su contexto específico sin supervisión (directa o indirecta), en la que la responsabilidad principal recae en la persona que presta la atención.

Diario

El documento en el que el estudiante mantiene un registro de sus actividades durante la formación, como el número de procedimientos, etc.

Véase también Portfolio.

Modelo aprendiz-maestro

Situación laboral en la que un médico sin experiencia (aprendiz, es decir, el alumno) está trabajando y adquiriendo experiencia bajo la vigilancia y la supervisión minuciosas de un médico (sub)especialista experimentado (maestro, es decir, instructor, tutor, supervisor clínico), en base a los conceptos de aprendizaje por imitación y tutoría.

Especialista médico

Un especialista médico es un médico que ha completado un programa de formación de posgrado en una especialidad médica específica.

Mentor

Persona que proporciona apoyo, instrucciones y una visión objetiva de cómo el alumno puede desarrollarse y progresar en su entorno de trabajo, a menudo utilizando preguntas para ayudar al estudiante a encontrar su propia solución. Los mentores no necesitan tener conocimientos especializados en el área de práctica del médico.

Evaluación /comentarios multifuente (360 grados):

Herramienta utilizada para recoger las opiniones de los compañeros sobre el desempeño clínico y el comportamiento profesional de una persona. Se anima a los alumnos a que obtengan el mayor número posible de comentarios de compañeros (por ejemplo, especialistas, becarios, enfermeras, matronas, secretarias, etc.).

Actividad profesional jerarquizada, EPA jerarquizada

Una actividad específica y bien definida, descrita a partir de las tareas y aspectos necesarios para su ejecución en el contexto de la atención al paciente, como parte de una actividad profesional general (encomendada).

Véase también Tema.

Portfolio

El documento en el que el alumno mantiene un registro de su desarrollo y progreso a través de la formación. El *portfolio* contiene documentación de la experiencia de aprendizaje (entre la que se encuentra el diario y el plan de desarrollo personal), formularios de evaluación, actas del comité de competencia que describen las impresiones profesionales y las decisiones de *entrustment*.

Véase también el Diario.

Actividad profesional

Una actividad específica, descrita por las tareas médicas y las competencias generales necesarias para su ejecución en el contexto de la atención al paciente. La actividad profesional como tema general describe un grupo de actividades profesionales específicas más pequeñas, las llamadas «actividades profesionales jerarquizadas»

Véase también Actividad profesional encomendada, Actividad profesional jerarquizada.

Director del programa

El director del programa es responsable de la coordinación, supervisión y evaluación del programa de formación impartido en su departamento.

También conocido como coordinador del programa.

Simulación

Cualquier actividad educativa que utilice ayudas para replicar/imitar un caso clínico. Los ejemplos incluyen simuladores laparoscópicos, maniqués pélvicos o abdominales y ejercicios de técnicas obstétricas.

Subespecialidad

Un área específica dentro de la especialidad médica para la que se define un programa de formación normalizado en un centro acreditado oficialmente para estos fines. Las actividades profesionales de una subespecialidad representan las actividades más complejas y profundas dentro de la especialidad. Los médicos

que han completado satisfactoriamente un programa de formación normalizado de este tipo se denominan subespecialistas.

Evaluación acumulativa

Véase: Evaluación

Supervisor, o supervisor clínico

Especialista médico que supervisa el trabajo de un alumno.

Supervisión

Supervisar el trabajo de un alumno.

Tema

El nombre de una actividad profesional general encomendada (EPA), que describe materias específicas relacionadas con la atención al paciente en el campo de una especialidad médica.

Alumno en prácticas

Un alumno en prácticas es un médico que está inscrito en un programa oficial de formación de posgrado para obtener un título de especialista.

También se le conoce como residente.

Instructor

Persona, no necesariamente un especialista médico, que supervisa al alumno en un momento concreto de la formación.

Reconocimiento de la formación

El resultado del proceso de auditoría externa de la calidad de un programa de formación médica de un departamento.

Tutor

Especialista médico que guía el proceso de aprendizaje de cada alumno. Un tutor es responsable de la supervisión y gestión general del progreso educativo del alumno. Un tutor ofrece supervisión educativa y asesoramiento profesional, lleva a cabo una evaluación y ofrece sus opiniones de manera regular y continua (cada 3 a 6 meses).

También se le conoce como supervisor educativo.

Colaboradores

Este proyecto se ha realizado gracias a la colaboración de muchas partes y particulares:

Gestión de proyectos

Fedde Scheele

Jessica van der Aa

Junta del proyecto

Angelique Goverde

Tahir Mahmood

Jacky Nizard

Anna Aabakke

Técnicas y conocimientos

Chiara Benedetto

Annalisa Tancredi

Jaroslav Feyereisl

Petr Velebil

Aportación societaria

Peter Hornnes

Annette Settnes

Anna Aabakke

Betina Ristorp Andersen

Joyce Hoek-Pula

Britt Myren

Noortje Jonker

Petra Kunkeler

Hans van der Schoot

Estrategia y evaluación educativa

Rudi Campo

Yves van Belle

Helder Ferreira

Jette Led Sørensen

Sibil Tschudin

Juriy Wladimiroff

Examen

Rolf Kirschner

Red europea de estudiantes de Obstetricia y Ginecología

Agnieszka Horała (Polonia)

Goknar Topçu (Turquía)

Laura Spinnewijn (Países Bajos)

Jure Klanjšček (Eslovenia)

Vladimír Dvořák (República Eslovaca)

Anna Aabakke (Dinamarca)

Alexandra Krištúfková (República Eslovaca)

Directivos y miembros ejecutivos del departamento de OB/Gin del EBCOG y la UEMS

Presidente

Prof Jacky Nizard

Secretario General

Dr Rolf Kirschner

Presidente electo

Prof Basil C. Tarlatzis

Tesorero

Prof Dr Diethelm Wallwiener

Miembros ejecutivos del EBCOG

Prof Dr med. Johannes Bitzer

Prof Ioannis E. Messinis

Dr Andrii Tkachenko

Prof Petr Velebil

Presidenta del Comité Permanente sobre Formación y Evaluación (SCTA)

Dra. Angelique J. Goverde

Presidente del Comité Permanente sobre Reconocimiento de Formación (SCTR)

Prof Yuriy Wladimiroff

Presidente del Comité permanente examinador

Dr Rolf Kirschner

Director de exámenes

Prof Ioannis E. Messinis

Documentos de posición

Dr Tahir Mahmood

Presidente del Grupo de Trabajo sobre TTT

Prof Živa Novak Antolič

Director de financiación de la UE

Prof André Van Assche

Asociación Europea de Uroginecología (EUGA)

Prof Stefano Salvatore

Asociación Europea de Medicina Perinatal (EAPM)

Prof Diogo Ayres-de-Campos

Sociedad europea de Oncología Ginecológica (ESGO)

Prof René Verheijen

Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE)

Prof Dr med. Anis Feki MD, PhD

Red europea de estudiantes de Obstetricia y Ginecología (ENTOG)

Dra Agnieszka Horala

Webmaster

Prof Markus Wallwiener

Presidente del Comité Científico del Congreso de París

Dr Nuno Martins

Administradora Jefe

Charlotte Mercer

Secretariado de exámenes

Alexandros Peristeropoulos

Delegados nacionales de la sección de OB/Gin del EBCOG y la UEMS

Albania

Dra. Rubena Moisiu

Austria

Prof Dr Uwe Lang

Prof George Ralph

Bélgica

Dr Willem Ombelet

Prof Sophie Alexander

Bulgaria

Prof. asoc. Milko Sirakov

Prof Blagovest Pehlivanov

Croacia

Prof Barišić Dubravko

Chipre

Dr Marios Liassides

Dr Patroklos A Patroclou

Dra Galinou Riana

República Checa

Prof Jaroslav Feyereisl

Prof Vladimir Dvorak

Dinamarca

Prof Charlotte Hasselholt Søgaaard

Dr Alexander Laschke

Estonia

Prof Helle Karro

Finlandia

Prof Oskari Heikinheimo

Prof Hannu Martikainen , OYS

Francia

Prof Bernard Hédon

Prof Israël Nisand

República de Macedonia

Dr Slavejko Sapunov

Georgia

Dr Zaza Sinauridze

Alemania

Drmed. Klaus König

Prof Dr med. Dr h.c. Frank Louwen

Grecia

Dr Nicolas Linardos

Prof Basil Tarlatzis

Hungría

Prof József Bódis

Dr Nandor Acs

Islandia

Dr Alexander Kr Smáráson

Irlanda

Dr Michael Robson

Italia

Prof Chiara Benedetto

Prof Yoram Jacob Meir

Kosovo

Dr Albert Lila

ProfAsc.Dr Shefqet Lulaj

Letonia

Prof Dace Rezeberga

Lituania

Prof Ruta Nadisauskiene

Prof Daiva Vaitkiene

Malta

Prof Mark Brincat

Sr Mark Formosa

Países Bajos

Prof Fedde Scheele

Dra. Angelique J. Goverde

Noruega

Prof Knut Hordnes

Prof Jone Trovik

Polonia

Prof Mirosław Wielgos

Prof nadzw. Piotr Sieroszewski

Portugal

Prof Diogo Ayres-de-Campos

Dra Maria Fernanda Águas

Rusia

Prof Gennady Sukhikh

Rumanía

Prof Mircea Onofriescu

Prof Radu Vladareanu

Serbia

Prof Dra Snezana Rakic

República Eslovaca

Prof Jan Danko

Prof Pavol Zubor

Eslovenia

Prof Ksenija Geršak

Prof Adolf Lukanovic

España

Dr. Carlos Damonte Khoury

Suecia

Prof Pia Teleman

Dr Lars Ladfors

Suiza

Prof Viola Heinzelmann
Prof Bruno Imthurn, M.D.

Turquía

Prof Cansun Demir

Reino Unido

Prof Lesley Regan
Prof Fionnuala McAuliffe

Ucrania

Prof Valerii Zaporozhan