

## 1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO HOSPITALARIO

|                                      |  |           |  |
|--------------------------------------|--|-----------|--|
| Denominación del Centro Hospitalario |  |           |  |
| Localidad                            |  | Provincia |  |
| Adscrito a:                          |  |           |  |
| Entidad titular del dispositivo      |  |           |  |

## 2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

|                                |                           |   |
|--------------------------------|---------------------------|---|
| Duración estancia formativa    | Obstetricia y Ginecología | Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a) |
|                                |                           |   |
| Capacidad docente (turnos/año) | Obstetricia y Ginecología | Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a) |
|                                |                           |   |

## 3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

Campos obligatorios según proceda

|       |  |              |  |
|-------|--|--------------|--|
| Dº/Dª |  | Especialidad |  |
| Otros |  |              |  |
|       |  |              |  |

## 4. COBERTURA POBLACIONAL

|                |   |
|----------------|---|
| Indicar número | 0 |
|----------------|---|

## 5. RECURSOS HUMANOS

Indicar el número de profesionales

|  |  |
|--|--|
| Especialistas en Obstetricia y Ginecología                     |  |
| Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a) |  |
| Enfermeros/as de Cuidados Generales                            |  |
| Otros  |  |

## 6. ÁREAS ASISTENCIALES

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Embarazo, parto y puerperio no patológico   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Embarazo, parto y puerperio patológico  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Diagnóstico prenatal  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Contracepción   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Mama y su patología   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Reproducción y endocrinología ginecológica  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Suelo pélvico   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Menopausia  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Neonatología  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Ginecología general (específico para la formación de especialistas en Obstetricia y Ginecología)    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Ginecología oncológica (específico para la formación de especialistas en Obstetricia y Ginecología) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

## 7. AREA FÍSICA

CONSULTASEXTERNAS

|   |   |
|---|---|
| Sesiones / semana consulta Gestación de riesgo                        | 0 |
| Sesiones / semana consulta Ginecología oncológica                     | 0 |
| Sesiones / semana consulta Endocrinología ginecológica y reproducción | 0 |
| Sesiones / semana consulta Contracepción                              | 0 |
| Sesiones / semana consulta Patología mamaria                          | 0 |
| Sesiones / semana consulta Ginecología general                        | 0 |
| Sesiones / semana consulta Suelo pélvico                              | 0 |

|  |   |
|--|---|
| <b>Sesiones / semana consulta Menopausia</b> | 0 |
|--|---|

HOSPITALIZACIÓN

|   |   |
|---|---|
| <b>Camas de obstetricia</b>             | 0 |
| <b>Salas de parto</b>                   | 0 |
| <b>Salas de parto</b>                   | 0 |
| <b>Salas integradas (parto y parto)</b> | 0 |
| <b>Camas de ginecología</b>             | 0 |

QUIRÓFANOS

|   |   |
|---|---|
| <b>Nº Quirófanos de urgencia obstétrica</b> | 0 |
| <b>Nº Quirófanos de ginecología</b>         | 0 |
| <b>Sesiones/semana quirófano</b>            | 0 |

OTRAS ÁREAS

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Urgencias obstétrico ginecológicas</b> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Unidad de fisiopatología fetal</b>     | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Unidad de neonatos</b>                 | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Cuidados intermedios neonatales</b>    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <b>UVI neonatal</b>                       | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Aulas de desarrollo de habilidades

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Aulas</b>                                 | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Salas de reuniones</b>                    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Otros recursos del área física</b>        |                             |                             |
| <b>Fuentes documentales en soporte papel</b> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Acceso a base de datos</b>                | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés

Sí

No

## 8. RECURSOS MATERIALES

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Archivo de Historias Clínicas   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Registro informatizado de casos y actividad asistencial   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Disponibilidad de acceso a medios audiovisuales   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Disponibilidad de acceso a otros recursos docentes: salas y material de demostración, simulación, etc | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Otros recursos materiales:  |                             |                             |
|   |                             |                             |

## 9. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES

|                                 |                             |                             |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Protocolos o guías de actuación | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Otros programas                 |                             |                             |
|                                 |                             |                             |

## 10. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia

### OBSTETRICIA

|     |   |     |   |
|-----|---|-----|---|
| Año | 0 | Año | 0 |
|-----|---|-----|---|

### Gestación de riesgo

|                                 |   |                                 |   |
|---------------------------------|---|---------------------------------|---|
| Nº total de 1º consultas        | 0 | Nº total de 1º consultas        | 0 |
| Nº total de consultas sucesivas | 0 | Nº total de consultas sucesivas | 0 |
| Nº sesiones/semana              | 0 | Nº sesiones/semana              | 0 |

### Ecografías

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Nº Ecografías 1º trimestre                           | 0 | Nº Ecografías 1º trimestre                           | 0 |
| Nº Ecografías 2º trimestre                           | 0 | Nº Ecografías 2º trimestre                           | 0 |
| Nº Ecografías cribado malformaciones                 | 0 | Nº Ecografías cribado malformaciones                 | 0 |
| Nº Ecografías 3º trimestre                           | 0 | Nº Ecografías 3º trimestre                           | 0 |
| Número de técnicas invasivas de diagnóstico prenatal | 0 | Número de técnicas invasivas de diagnóstico prenatal | 0 |

Número de Partos/año

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Nº partos/año                                 | 0 | Nº partos/año                                 | 0 |
| Partos eutócicos (%)                          | 0 | Partos eutócicos (%)                          | 0 |
| Partos de baja intervención (parto natural) % | 0 | Partos de baja intervención (parto natural) % | 0 |
| Partos múltiples (%)                          | 0 | Partos múltiples (%)                          | 0 |
| Cesáreas (%)                                  | 0 | Cesáreas (%)                                  | 0 |

Partos instrumentales

Partos instrumentales

|                  |   |                  |   |
|------------------|---|------------------|---|
| Con fórceps (%)  | 0 | Con fórceps (%)  | 0 |
| Con espátula (%) | 0 | Con espátula (%) | 0 |
| Con ventosa (%)  | 0 | Con ventosa (%)  | 0 |

## GINECOLOGÍA (específicos para la formación de especialistas en Obstetricia y Ginecología)

### Consultas de ginecología

Ginecología oncológica (últimos dos años)

| Año | Nº sesiones/semana | Nº primeras consultas | Nº consultas sucesivas |
|-----|--------------------|-----------------------|------------------------|
|     |                    |                       |                        |
|     |                    |                       |                        |

Endocrinología ginecológica y reproducción (últimos dos años)

| Año | Nº sesiones/semana | Nº primeras consultas | Nº consultas sucesivas |
|-----|--------------------|-----------------------|------------------------|
|     |                    |                       |                        |
|     |                    |                       |                        |

Contracepción (últimos dos años)

| Año | Nº sesiones/semana | Nº primeras consultas | Nº consultas sucesivas |
|-----|--------------------|-----------------------|------------------------|
|     |                    |                       |                        |
|     |                    |                       |                        |

**Patología mamaria (últimos dos años)**

| Año | Nº sesiones/semana | Nº primeras consultas | Nº consultas sucesivas |
|-----|--------------------|-----------------------|------------------------|
|     |                    |                       |                        |
|     |                    |                       |                        |

**Ginecología general (últimos dos años)**

| Año | Nº sesiones/semana | Nº primeras consultas | Nº consultas sucesivas |
|-----|--------------------|-----------------------|------------------------|
|     |                    |                       |                        |
|     |                    |                       |                        |

**Suelo pélvico (últimos dos años)**

| Año | Nº sesiones/semana | Nº primeras consultas | Nº consultas sucesivas |
|-----|--------------------|-----------------------|------------------------|
|     |                    |                       |                        |
|     |                    |                       |                        |

**Menopausia (últimos dos años)**

| Año | Nº sesiones/semana | Nº primeras consultas | Nº consultas sucesivas |
|-----|--------------------|-----------------------|------------------------|
|     |                    |                       |                        |
|     |                    |                       |                        |

**Histeroscopias**

|                                |   |                                |   |
|--------------------------------|---|--------------------------------|---|
| Nº Histeroscopias diagnósticas | 0 | Nº Histeroscopias diagnósticas | 0 |
| Nº Histeroscopias terapéuticas | 0 | Nº Histeroscopias terapéuticas | 0 |

**Actividad**

|                              |   |                              |   |
|------------------------------|---|------------------------------|---|
| Nº de ingresos/Año           | 0 | Nº de ingresos/Año           | 0 |
| Nº sesiones/Quirófano/Semana | 0 | Nº sesiones/Quirófano/Semana | 0 |

**Tipo de intervenciones quirúrgicas**

**Histerectomías vaginales (últimos dos años)**

| Año | Número | % CMA |
|-----|--------|-------|
|     |        |       |
|     |        |       |

**Histerectomías abdominales (últimos dos años)**

| Año | Número | % CMA |
|-----|--------|-------|
|     |        |       |
|     |        |       |

**Corrección de la incontinencia urinaria (últimos dos años)**

| Año | Número | % CMA |
|-----|--------|-------|
|-----|--------|-------|

| Año | Número | % CMA |
|-----|--------|-------|
|     |        |       |
|     |        |       |

**Cáncer de ovario (últimos dos años)**

| Año | Número | % CMA |
|-----|--------|-------|
|     |        |       |
|     |        |       |

**Cáncer de endometrio (últimos dos años)**

| Año | Número | % CMA |
|-----|--------|-------|
|     |        |       |
|     |        |       |

**Cáncer de mama (últimos dos años)**

| Año | Número | % CMA |
|-----|--------|-------|
|     |        |       |
|     |        |       |

**Cáncer de cuello uterino (últimos dos años)**

| Año | Número | % CMA |
|-----|--------|-------|
|     |        |       |
|     |        |       |

**Técnicas quirúrgicas de contracepción (últimos dos años)**

| Año | Número | % CMA |
|-----|--------|-------|
|     |        |       |
|     |        |       |

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería</b> | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Especificar los Planes de Cuidados empleados</b>    |                             |                             |
|  |                             |                             |

## 11. SESIONES CLÍNICAS

En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse Calendario en documentación adjunta

|                                    |                             |                             |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Sesiones clínicas conjuntas</b> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

**Sesiones clínicas específicas:**

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a)</b> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Especialistas en Obstetricia y Ginecología</b>                     | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

## 12. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

En caso de señalarse afirmativamente en cualquier actividad docente e investigadora de los últimos 2 años, debe aportarse en documentación adjunta

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Formación continuada</b>  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Ponencias y comunicaciones presentadas</b>                            | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Proyectos de investigación</b>  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Publicaciones</b>   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Otros (Seminarios, Conferencias, elaboración de Protocolos, etc.)</b> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

## 13. INDICADORES DE CALIDAD OBSTÉTRICOS



| GDR | Nº casos último año | Nº casos penúltimo año |
|-----|---------------------|------------------------|
|     |                     |                        |
|     |                     |                        |
|     |                     |                        |
|     |                     |                        |
|     |                     |                        |
|     |                     |                        |
|     |                     |                        |
|     |                     |                        |
|     |                     |                        |
|     |                     |                        |

**14. INDICADORES DE CALIDAD GINECOLÓGICOS**



## 15. QUEJAS Y RECLAMACIONES

Quejas y reclamaciones recibidas en la Unidad asistencial de Obstetricia y Ginecología respecto al total del centro (indicar porcentaje), en los dos últimos años, y medidas adoptadas

| Año                              |  | Año                              |  |
|----------------------------------|--|----------------------------------|--|
| Quejas y reclamaciones recibidas |  | Quejas y reclamaciones recibidas |  |
| Medidas adoptadas                |  |                                  |  |
|                                  |  |                                  |  |