

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE EN FORMACIÓN DE ONCOLOGÍA MÉDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE.

1. Fecha de realización/actualización: 15 de Marzo de 2021.
2. Fecha de aprobación en Comisión de Docencia: 9 de Abril 2021.
3. Fecha de la próxima revisión del documento: 15 de Marzo de 2024.

Elaboración y Revisión por Tutores de Oncología Médica

Dr. Luis Robles Díaz

Dra. Lara Carmen Iglesias Docampo

Dr. Juan Antonio Núñez Sobrino

Dr. Guillermo Antonio De Velasco Oria de Rueda



Índice

1. Objetivo del protocolo de supervisión.
2. Ámbito de aplicación.
3. Marco legal y directrices básicas del protocolo de supervisión.
4. Niveles de supervisión
5. Supervisión de actividades asistenciales durante el período formativo.
 - a. Residentes de Oncología Médica de primer año.
 - b. En las rotaciones externas al Servicio de Oncología Médica.
 - c. En las consultas de Oncología Médica.
 - d. En el Servicio en el Servicio de Atención Continuada (guardias de Medicina Interna y de Oncología Médica).
 - e. En la Unidad de Hospitalización de Oncología Médica
 - f. Situaciones en las que el residente debe informar al médico adjunto que le tutoriza de forma obligatoria.

1. OBJETIVO DEL PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN

El protocolo de supervisión pretende asegurar la docencia del médico interno residente en formación (MIR) sin menoscabo de la seguridad del paciente atendido por ellos en nuestro dispositivo docente donde trabajan.

Comprende los procedimientos normalizados de trabajo que son de aplicación durante la etapa formativa del residente especificando los distintos niveles de responsabilidad que pueden asumir y las tareas que se les pueden encomendar junto con los mecanismos de control o supervisión por parte del personal docente en cada momento de la residencia.

2. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento es aplicable a todos los residentes que estén desarrollando su programa de formación sanitaria especializada de Oncología Médica en nuestro Hospital.

Afectará tanto a aquellos residentes que hayan obtenido una plaza MIR de Oncología Médica en el Hospital 12 de Octubre como a aquellos rotantes externos que habiendo obtenido plaza en una Unidad Docente no dependiente de nuestro Hospital se encuentren realizando su actividad profesional, debidamente autorizada, en nuestro Centro.

3. MARCO LEGAL Y DIRECTRICES BÁSICAS DEL PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES DE ONCOLOGÍA MÉDICA

Está recogido en el REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Los Artículos 14 y 15 del RD 183/2008 son los de aplicación para la supervisión de los residentes.

<https://www.boe.es/eli/es/rd/2008/02/08/183/dof/spa/pdf>

Conceptos fundamentales extraídos del RD 183/2008 y que son la base del protocolo de supervisión serían:

1. En la institución todo el personal está comprometido con la docencia. Los tutores y la comisión de docencia deben ser los impulsores de las iniciativas docentes y de supervisión que serán elevadas a la Jefatura de Servicio y posteriormente a la Dirección-Gerencia del centro para su aprobación.
2. La programación asistencial debe ser consensuada entre tutores y jefes de servicio/ jefes de sección. Los intereses docentes y asistenciales deben conjugarse.
3. Supervisión decreciente y responsabilidad progresiva. Es necesario establecer unos niveles de supervisión progresivos según la etapa formativa de los residentes hasta la capacitación plena coincidiendo con el final de la residencia.
4. Los tutores podrían particularizar el grado de supervisión de aquellos residentes cuya progresión formativa sobresalga por encima o por debajo de la media. En este último caso, la adaptación de la supervisión al caso

habría que hacerlo constar a la Comisión de Docencia y comunicarlo a los responsables de tutorizar al residente en cada momento.

5. El principio de jerarquía supedita al residente a las indicaciones de su tutor/adjunto de referencia en cada momento.
6. La supervisión de los R1s debe ser de “presencia física” tanto en consulta como en las guardias.
7. Los especialistas al cargo de los R1s visarán las altas y demás actividades asistenciales en las que intervengan los R1s.
8. Se establecerán diferentes pautas de supervisión en los distintos ámbitos formativos del residente: consultas externas, unidad de hospitalización, guardias.

4. NIVELES DE SUPERVISIÓN

Se establecen 3 niveles diferentes de responsabilidad y necesidad de supervisión:

Nivel 1. Responsabilidad máxima / Supervisión a demanda. Las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por lo tanto, el residente ejecuta y después informa al adjunto responsable. Solicita supervisión si lo considera necesario.

Nivel 2. Responsabilidad media / Supervisión directa. El residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Estas actividades deben realizarse bajo supervisión directa del adjunto responsable.

Nivel 3. Responsabilidad mínima / Supervisión de presencia física. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. El residente observa y asiste la actuación del adjunto responsable que es quien realiza el procedimiento.

Asimismo, se consideran 2 periodos formativos diferenciados, el primer año de residencia y los restantes, delimitándose niveles de responsabilidad también diferenciados para cada uno de ellos.

La supervisión de residentes de primer año ha de ser siempre de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos docentes del centro o unidad por los que los residentes estén rotando.

La supervisión de los residentes a partir del segundo año irá decreciendo progresivamente sin que nunca pueda ser menor que lo establecido como objetivo para una determinada actividad en ese año formativo.

Las actividades aprendidas en años anteriores mantienen el nivel de supervisión previo al inicio del siguiente año formativo para ir disminuyendo a lo largo del mismo.

Para las actividades de nueva realización, se establece el nivel de supervisión máximo al inicio de la rotación independientemente del año formativo. El paso

de un nivel de supervisión 3 a 2, o de un nivel 2 a 1 será progresivo y dependerá no sólo del año de residencia, sino también de lo indicado por el tutor y las características individuales del residente (posible experiencia previa del residente en dichas actividades o formación específica).

Cuando un residente no consiga alcanzar los conocimientos necesarios para progresar en su formación, no se puede disminuir el nivel de supervisión de la actividad en cuestión, teniendo que poner este hecho en conocimiento del tutor de residentes, quién podrá adaptar y redefinir los niveles de supervisión de la rotación hasta que se constate que la progresión del residente garantiza la calidad de la formación.

5. SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES DURANTE EL PERÍODO FORMATIVO.

La actividad asistencial del residente de Oncología Médica se desarrolla, a lo largo de los 5 años de formación, en varios escenarios: rotaciones externas en otras especialidades médicas (R1- R5), consultas externas de Oncología Médica (R2-R5), guardias de Medicina de Urgencias (R1-R2), guardias de Oncología Médica (R2-R5), atención en la planta de Hospitalización de Oncología Médica (R2-R1/2 y R5):

g. Residentes de primer año de Oncología Médica:

La supervisión de los R1 será directa con presencia física de los diferentes médicos especialistas de los servicios por los que esté rotando. Se requerirá una supervisión total (nivel 3 de supervisión).

Los distintos facultativos que trabajen con ellos supervisarán sus actos clínicos con pacientes y los comentarios evolutivos que plasmen en la historia clínica electrónica.

La indicación y realización de pruebas diagnósticas por parte del residente R1 será guiada y supervisada por el adjunto responsable, o bien por un residente avanzado de la especialidad (R3-R5), estando el adjunto responsable de presencia física y accesible en cualquier momento.

Se deberá establecer de forma expresa la forma de localizar al adjunto responsable en cada momento y en caso de no poder localizarle la forma de localizar a un superior jerárquico alternativo mediante teléfono o busca.

h. En las rotaciones externas al Servicio de Oncología Médica:

A lo largo de sus años de formación, el Residente de Oncología Médica rotará por las siguientes especialidades: Medicina Interna, Médicas: (Nefrología, Unidad de Enfermedades Infecciosas, y UCI), Unidad de Cuidados Paliativos, Hematología, Oncología Radioterápica.

En todas estas rotaciones, estará supervisado por un médico adjunto responsable de cada especialidad. El residente tendrá que conocer de forma expresa la forma de localizar al adjunto responsable en cada

momento de su rotación y en caso de no poder localizarle el superior jerárquico alternativo y su teléfono o busca de contacto.

Los tutores de Oncología Médica habrán acordado previamente el momento de la rotación para evitar solapamiento excesivo con otros residentes que dificulte la docencia y la supervisión.

i. **En las consultas de Oncología Médica.**

Las áreas monográficas de consultas de Oncología Médica se dividen en bloques:

- Consultas de tumores torácicos y cáncer de cabeza y cuello.
- Consultas de tumores de mama y ginecológicos.
- Consultas de tumores genitourinarios, tumores cerebrales y sarcomas-melanoma
- Consultas de tumores digestivos, neuroendocrinos y cáncer familiar.

Los médicos residentes rotan durante unos 6-8 meses por cada uno de los bloques monográficos y durante ese período de tiempo son tutorizados cada día de la semana por uno o varios médicos adjuntos de cada una de las consultas.

En cada momento el médico residente que trabaje en las consultas externas de Oncología Médica en la jornada ordinaria de lunes a viernes debe conocer quién es el médico/s adjunto/s que le tutorizan cada día y la forma de localizarlo en caso de precisar supervisión.

El médico residente que atiende a pacientes nuevos debe repasar a primera hora de la mañana con su adjunto/adjuntos de referencia el enfoque de cada paciente nuevo. Según el grado de supervisión propio de su etapa formativa podrá requerir apoyo docente adicional durante o después de ver al paciente.

Los tratamientos oncológicos en curso que se atienden en las consultas externas pueden requerir supervisión de presencia física o directa (nivel 3-2 de supervisión) o sólo a demanda (nivel 1) según el año de la residencia y el momento de la rotación (primera mitad con mayor supervisión o segunda mitad del período formativo donde la supervisión suele ser a demanda).

Cuando se plantea el inicio de un nuevo tratamiento oncológico, cuando se plantea un cambio de tratamiento o cuando se decide suspender los tratamientos activos de quimioterapia para pasar a medidas de soporte sintomático siempre se debe solicitar supervisión por el adjunto responsable del paciente.

Tareas, áreas de conocimiento y habilidades clínicas y grado de supervisión según año de residencia	R1	R2	R3	R4-R5

Realizar de forma estructurada y detallada la historia clínica oncológica	3	3	2	1
Indicar e interpretar los resultados de pruebas diagnósticas habituales: anatomía patológica, radiodiagnóstico, medicina nuclear, endoscopias	3	3	2	1
Conocer indicaciones quirúrgicas de cada patología oncológica	3	3	2	1
Conocer indicaciones de radioterapia de cada patología oncológica	3	3	2	1
Conocer los fármacos antineoplásicos indicados en cada patología y sus indicaciones	3	3	2	1
Conocer los efectos adversos de fármacos antineoplásicos y manejar sus toxicidades	3	3	2	1
Conocer los criterios de respuesta a terapias oncológicas mediante los procedimientos diagnósticos de seguimiento de cada patología	3	3	2	1
Conocer las pautas de seguimiento de pacientes oncológicos una vez finalizados los tratamientos oncológicos	3	3	2	1
Interpretación de pruebas moleculares en los distintos tipos tumorales	3	3	2	1
Adquisición de la metodología de trabajo de pacientes oncológicos dentro de ensayos clínicos	3	3	2	1
Desarrollo de habilidades de comunicación con el paciente y sus familiares en los procesos que comportan hospitalización	3	3	2	1
Elaboración de informes oncológicos	3	3	2	1
Participación en las interconsultas a otros pacientes ingresados	3	3	2	1

- j. En el Servicio en el Servicio de Atención Continuada (guardias de Oncología Médica).

R1s

Los residentes R1 de Oncología Médica realizan guardias 3-4 guardias al mes en el Servicio de Urgencias Generales, supervisados por médicos adjuntos de presencia física (supervisión nivel 3). Estos residentes seguirán los protocolos específicos de supervisión de las guardias de Urgencias Generales.

Los residentes R1 de Oncología Médica realizan a partir de segundo semestre de su primer año de residencia un turno de tarde de refuerzo al mes a la guardia de Oncología Médica donde figuran otro residente de Oncología Médica (R2-R5) y un médico adjunto. Durante la guardia de

refuerzo el R1 acompañará al residente R2-R5 de Oncología Médica para observar y aprender la dinámica de las guardias y realizar tareas de apoyo al equipo de guardia sin intervención directa en tareas diagnósticas y/o terapéuticas sin supervisión.

R2s

Los residentes R2 de Oncología Médica realizan unas 3 guardias al mes en el Servicio de Urgencias Generales, supervisados por médicos adjuntos de presencia física y residentes mayores (R3-R5) (supervisión nivel 2-3). Estos residentes seguirán los protocolos específicos de supervisión de las guardias de Urgencias Generales.

Los R2s realizan 1 guardia al mes de Oncología Médica con un médico adjunto de Oncología Médica de presencia física 24 horas junto a él.

El médico adjunto porta un busca con extensión 61460 y el médico residente el busca 68354. Cada día sobre las 8 horas se comunican los nombres de los residentes y adjuntos de guardia para ese día al resto del servicio de Oncología Médica.

Al inicio de la guardia el equipo saliente hace un pase de los pacientes de la urgencia al equipo entrante y se revisa si alguno de los casos debe comentarse con los responsables de las consultas monográficas en caso de duda.

Durante la mañana de guardia los pacientes nuevos que acudan al Servicio de Urgencias y las situaciones que susciten cualquier duda al residente se deben comentar con el médico adjunto de guardia. El médico adjunto valorará según el grado de complejidad de los casos si puede realizar una supervisión a través de la historia electrónica de la urgencia o si precisa valorar físicamente a los pacientes.

A la hora de comer se reúne el equipo de guardia y se comentan las incidencias durante la mañana, se pueden tomar las decisiones sobre los pacientes en observación y se organiza la jornada de tarde en función del número de pacientes y la complejidad de los mismos.

Durante la jornada de tarde se debe establecer un contacto a media tarde sobre las 18.30 horas entre el adjunto y el residente incluso aunque no hayan sucedido incidencias en la guardia. Como en el resto de la guardia, el residente comentará con el adjunto los pacientes nuevos que acudan al Servicio de Urgencia y las situaciones que susciten cualquier duda.

En la noche se reúne de nuevo en la cena el equipo de guardia y se vuelve a revisar las incidencias de la jornada. Se toman decisiones sobre los pacientes en observación y se organiza el resto de la noche en función del número de pacientes y la complejidad de los mismos.

Al final de la guardia se repasan los casos antes del pase al equipo de guardia del día siguiente.

Los R2s también realizan una o dos guardias de refuerzo de Oncología Médica al mes por las tardes de lunes a jueves desde las 15-21 horas como apoyo al otro residente de guardia. Durante estas guardias pueden comenzar con la atención a pacientes con supervisión directa del residente mayor y/o del médico adjunto, habitualmente revisando remotamente la historia electrónica de urgencias desde su puesto de guardia en el Hospital de Día

R3-R5s

Los R3-5s realizan 3-4 guardias al mes de Oncología Médica con un médico adjunto de Oncología Médica de presencia física hasta las 22 horas y localizado a partir de ese momento hasta la finalización de la guardia a la mañana siguiente.

El médico adjunto porta un busca con extensión 61460 y el médico residente el busca 68354. Cada día sobre las 8 horas se comunica al resto del Servicio de Oncología Médica los nombres de los residentes y adjuntos de guardia para ese día.

Al inicio de la guardia el equipo saliente hace un pase de los pacientes de la urgencia al equipo entrante y se revisa si alguno de los casos debe comentarse con los responsables de las consultas monográficas en caso de duda.

Durante la mañana de guardia los pacientes nuevos que acudan al Servicio de Urgencia y las situaciones que susciten cualquier duda al residente se deben comentar con el médico adjunto de guardia. El médico adjunto valorará según el grado de complejidad de los casos si puede realizar una supervisión a través de la historia electrónica de la urgencia o si precisa valorar físicamente a los pacientes.

A la hora de comer se reúne el equipo de guardia y se comentan las incidencias durante la mañana, se pueden tomar las decisiones sobre los pacientes en observación y se organiza la jornada de tarde en función del número de pacientes y la complejidad de los mismos.

Durante la jornada de tarde se debe establecer un contacto a media tarde sobre las 18.30 horas entre el adjunto y el residente incluso aunque no hayan sucedido incidencias en la guardia. Como en el resto de la guardia el residente comentará con el adjunto los pacientes nuevos que acudan al Servicio de Urgencia y las situaciones que susciten cualquier duda.

En la noche sobre las 21.30 horas se vuelven a comentar los casos hasta el momento con el médico adjunto responsable. Se toman decisiones sobre los pacientes en observación y se organiza el resto de la noche en función del número de pacientes y la complejidad de los mismos.

Al final de la guardia se repasan los casos antes del pase al equipo de guardia del día siguiente.

Los R3-5s también realizan una o dos guardias de refuerzo de Oncología Médica al mes por las tardes de lunes a jueves desde las 15-21 horas como apoyo al otro residente de guardia. Durante estas guardias realizan atención directa a pacientes con supervisión directa o a demanda del residente mayor y/o del médico adjunto. El médico adjunto podría valorar físicamente casos complejos pero habitualmente revisa remotamente la historia electrónica de urgencias desde su puesto de guardia en el Hospital de Día

Tareas, áreas de conocimiento y habilidades clínicas y grado de supervisión según año de residencia	R1	R2	R3	R4-R5
Presentarse e informar al paciente y a sus familiares	3-2	1	1	1
Comunicación de malas noticias	3	2	1	1
Elaboración de la historia clínica de urgencias orientando el motivo de consulta y la gravedad del paciente	3	2-1	1	1
Exploración física del paciente según la orientación clínica	3	1	1	1
Utilización racional de pruebas complementarias diagnósticas e interpretación de las mismas	3	2	1	1
Indicación de pruebas diagnósticas especiales (TC, ecografía, RM, otras..)	3	2	1	1
Realización de técnicas diagnósticas especiales (paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, accesos venosos y arteriales)	3	2	1	1
Monitorización de pacientes en urgencias	3	2	1	1
Utilización de fármacos habituales en el Servicio de Urgencias	3	1	1	1
RCP básica y avanzada	3	2	1	1
Decisiones últimas con el paciente en la urgencia: alta, observación, ingreso ordinario, ingreso en UCI	3	3	2	1

k. **En la Unidad de Hospitalización de Oncología Médica.**

En cada momento el médico residente que trabaje en la Unidad de Hospitalización de Oncología Médica en la jornada ordinaria de lunes a viernes debe conocer quién es el médico adjunto que le tutoriza cada día y la forma de localizarlo en caso de precisar supervisión.

En los casos en que el médico residente no pudiera localizar al médico adjunto responsable de la supervisión para consultar un caso urgente se debería poner en contacto con el médico adjunto de guardia de Oncología Médica.

Tareas, áreas de conocimiento y habilidades clínicas y grado de supervisión según año de residencia	R1	R2	R3	R4-R5
Identificar al paciente candidato UCI, a esfuerzo terapéutico máximo en planta pero no a UCI y paciente exclusivamente paliativo	3	3	2	1
Manejo de pacientes críticos	3	3	2	1
Manejo de pacientes paliativos	3	3	2	1
Comprender la historia oncológica del paciente para llegar a dominar el tratamiento oncológico específico según cada patología tumoral	3	3	2	1
Conocer los efectos adversos de fármacos antineoplásicos y manejar sus toxicidades agudas	3	3	2	1
Plantear los estudios diagnósticos en pacientes agudos oncológicos ingresados	3	3	2	1
Desarrollo de habilidades de comunicación con el paciente y sus familiares en los procesos que comportan hospitalización	3	3	2	1
Elaboración de informes de alta	3	3	2	1
Participación en las interconsultas a otros pacientes ingresados	3	3	2	1

I. **Situaciones en las que el residente debe informar al médico adjunto que le supervisa de forma obligatoria.**

Quando se plantea el inicio de un nuevo tratamiento oncológico en un paciente nuevo

Quando se plantea un cambio de tratamiento ante una progresión de la enfermedad o por toxicidad excesiva.

Quando se detecta una toxicidad grave (G3 o superior) derivada del tratamiento tanto en pacientes dentro de ensayo clínico como en paciente sometidos a tratamientos estándar.

Quando se decide suspender los tratamientos activos de quimioterapia en un paciente para pasar a medidas de soporte sintomático.

Quando en una guardia un paciente va a ser ingresado.

Quando en una guardia un paciente puede ser candidato a UCI o existen dudas al respecto.

Quando existe un problema burocrático sobre el manejo de un paciente