Osakidetza

BILBAO - BASURTO
ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUA
ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA
BILBAO - BASURTO

PROGRAMA FORMATIVO

MIR

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Duración: 4 años.

Hospital Universitario de Basurto. OSI Bilbao-Basurto

Jefe de servicio: Carmen Etxezarraga Zuluaga

Tutores de residentes: Nagore Arbide Del Rio
Sara Fernández Ferrer

Revisado nov 2017

INDICE

1. DEFINICIÓN DE LA ESPECIALIDAD
2. OBJETIVOS DE LA FORMACIÓN: COMPETENCIAS
3. RECURSOS PARA LA FORMACIÓN
3.1. Actividad Asistencial y Científica
3.2. Recursos Humanos
3.3. Recursos Materiales
4. ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN
4.1 Organización de la actividad asistencial del servicio
4.2 Jornada laboral del residente
4.3 Rotaciones internas
4.4 Rotaciones externas
5. CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN
5.1 Contenidos Comunes
5.2 Contenidos Específicos de la especialidad
6. ACTIVIDADES ASISTENCIALES, DOCENTES Y CIENTÍFICAS
6.1 Actividades asistenciales
6.2 Actividades docentes y científicas
7. EVALUACIÓN

ANEXO-1 CONTENIDO ESPECÍFICO
- Patología quirúrgica-biopsia
- Citopatología
- Patología autópsica

ANEXO-2 MODELO DE ENTREVISTA MENSUAL
ANEXO-3 PROTOCOLO DE ACOGIDA MIR
ANEXO-4 NORMATIVA DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

1. DEFINICIÓN DE LA ESPECIALIDAD

La Anatomía Patológica es una especialidad médica que constituye una unidad funcional en la organización asistencial médica, donde se integra como un servicio de carácter central y orientación ó misión diagnóstica. Por otro lado, se le considera una disciplina básica de conocimiento, lo que le confiere especial importancia en la docencia pre y postgrado, así como, en la investigación clínica y básica. Por lo tanto, las competencias de la especialidad de Anatomía Patológica se extienden a diferentes áreas de la actividad médica, englobando:

a) Área asistencial: En la práctica clínica, su fin primordial es el diagnóstico, siendo responsable del diagnóstico sobre diferentes tipos de muestras: autopsias, biopsias (diagnósticas y piezas quirúrgicas), y citologías, utilizando para ello múltiples técnicas: morfológicas, inmunohistoquímicas, técnicas de biología molecular (PCR, FISH), y otras complementarias. La actividad asistencial incluye tanto al ámbito intrahospitalario como extrahospitalario.

b) Área docente: Juega un papel importante tanto en la docencia pre y postgraduada, como en la formación continuada. Interviene tanto en la formación de residentes propios como en la formación del resto de las especialidades. Su participación en sesiones interdepartamentales y en las sesiones clínico-patológicas generales es un apoyo fundamental tanto en la docencia postgraduada como en la formación continuada.

c) Área de la investigación: La anatomía patológica es un apoyo fundamental en los trabajos de investigación básica como clínica.

d) Área de gestión: Interviene en la gestión del propio servicio, y asimismo colabora en la gestión responsable de recursos en relación con el resto de especialidades y en el ámbito sanitario donde desarrolla su función.

2. OBJETIVOS DE LA FORMACIÓN: COMPETENCIAS

La meta del período de residencia en Anatomía Patológica es conseguir que el especialista en formación alcance los objetivos expuestos en el programa oficial de la especialidad (BOE n.242, 10 octubre 2006). Dichos objetivos se vinculan con los conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes que debe de adquirir el médico residente al concluir el periodo formativo y que le van a permitir ejercer la especialidad adecuadamente en el medio que nos rodea y en los tiempos actuales. Al terminar el período de formación, el residente ha de poseer el suficiente conocimiento, experiencia y habilidades para ejercer la especialidad en condiciones óptimas; mostrando sentido de la responsabilidad en su trabajo; siendo consciente de la importancia del trabajo colectivo ó multidisciplinar intrahospitalario orientado hacia el bien del enfermo; y mostrando inquietud por estar al día en los avances de la especialidad mediante el estudio, y asistencia y participación en cursos y congresos. Este cometido está orientado a la formación de patólogos generalistas sin menoscabo, una vez cubierto dicho objetivo, de una formación suplementaria en alguna subespecialidad.

La duración del período de formación para la especialidad de Anatomía Patológica es de cuatro años, al cual se accede tras realización previa de la licenciatura en Medicina.

El método general de aprendizaje durante el período de residencia es el aprendizaje activo mediante la responsabilización progresiva en las tareas del Servicio y bajo la supervisión directa de los miembros de la plantilla. Por su parte , el residente deberá asumir un papel activo en su formación, responsabilizándose de su autoaprendizaje, y atendiendo a las indicaciones de los facultativos especialistas supervisores.

3. RECURSOS PARA LA FORMACIÓN

El hospital de Basurto es un hospital terciario y universitario donde el departamento de Anatomía Patológica ejerce su actividad asistencial al servicio de los clientes hospitalarios y extra-hospitalarios, de la comarca sanitaria de la que es referente (OSI BILBAO-BASURTO); además, participa en la labor investigadora y docente dentro de la organización (Osakidetza) y de la UPV-EHU. El Servicio de Anatomía patológica está acreditado para la formación de 1 residente por año. Siendo base fundamental de la formación de los residentes la participación en el trabajo diario, los recursos a su disposición son: el material estudiado en el departamento, la cualificación técnica de sus facultativos y resto del personal de la plantilla, y los medios y facilidades técnicas de que se dispone.

3.1. Actividad Asistencial y Científica

La actividad asistencial del servicio de Anatomía patológica se basa en tres procesos básicos: la biopsia, la citología y la autopsia clínica, siendo las cifras de actividad anual del año 2016:

- Biopsias: 26.736 estudios/ 40.151 muestras.
- Citologias: 23.756 estudios/ 24.289 muestras.
- Autopsias *(adultos+fetos):* 138
- Determinaciones inmunohistoquímicas: 22.044
- Determinaciones moleculares: 5.551

3.2 Recursos Humanos

El servicio de Anatomía Patológica cuenta con una plantilla (2016) constituida por:

.- Diez facultativos médicos especialistas en anatomía patológica organizados en:

- 1 Jefe de sección (jefe de servicio en funciones)
- Sección de Citología: 2 médicos especialistas.
- Sección de Biopsia: Siete médicos especialistas.

.- Un facultativo biólogo a cargo del laboratorio de patología molecular.

.- Catorce TEAP organizados:

- Un coordinador de laboratorio
- Dos citotécnicos para cribado citológico.
- Once técnicos de laboratorio atendiendo: recepción de muestras, sala de tallado macroscópico, laboratorio de biopsias, laboratorio de citología, laboratorio de inmunohistoquímica y laboratorio de patología molecular.

.- Cuatro auxiliares administrativos en la secretaria.

.- Un celador.

3.3. Recursos Materiales

El servicio de Anatomía Patológica está ubicado en un edificio que incluye espacios diferenciados con los medios técnicos de que dispone:

.- Sala de Autopsias dotado con mesa sin campana de flujo laminar e instrumental necesarios.

.- Laboratorio con cinco áreas diferentes:

- Sala de tallado macroscópico con: tres mesas con cabina de tallado; impresora de casettes.
- Laboratorio de histología de rutina con: procesador de tejidos automático (2), teñidor y montador automáticos(2), microtomos y baños(5), estación de bloques(2), criostato con micrótomo(1).
- Laboratorio de citología con: prpocesador para citología líquida, centrífuga, cytospin, y teñidor automático.
- Laboratorio de inmunohistoquímica con: inmunoteñidor (3) y microtomo.
- Laboratorio de patología molecular con: Termociclador real Time PCR sistema; Osna;equipo de PCR automatizado (Cobas); equipode FISH automatizado (Impath).

.- Secretaría con 4 puestos funcionales equipados con ordenador individual, dos impresoras.

.- Áreas de Diagnóstico con:

- Despachos para los facultativos médicos con microscopio y ordenador individual.
- Sala de residentes con: microscopio y ordenador individual .
- Sala de citotécnicos con microscopio individual y ordenador compartido.
- Sala con microscopio de cabezal múltiple, un ordenador, scanner e impresora.

.- Sala de Reuniones con: sistema de proyección, un microscopio de cabezal múltiple, microscopios individuales para docencia pregrado y cursos organizados por el servicio, y un ordenador conectado a red.

.- Fotografía:

- Sistema de Macrofotografía con: cámara digital y mesa de macrofotografía.
- Tres cámaras de microfotografía digital conectados a microscopio.

.- Fluorescencia y polarización en dos microscopios.

.- Microscopio con analizador digital de imagen ARIOL.

.- La sala de residentes está dotada de librería con libros de consulta de la especialidad y archivos de casos y seminarios para docencia.

. – El servicio está *informatizado,* con un sistema informático específico de Anatomía patológica (VITROPATH) y conectado a la red del hospital y la intranet de Osakidetza, la cual incluye *biblioteca virtual* con acceso a revistas y publicaciones internacionales.

4. ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN

4.1. Organización del trabajo asistencial en el servicio.

El trabajo asistencial diagnóstico del servicio incluye los apartados de: autopsia, biopsia y citología, y está a cargo de diez adjuntos. La distribución del trabajo entre los facultativos es la siguiente:

- Citología: La Sección de Citología está a cargo de dos adjuntos médicos (Dra. Zaballa; Dr. Duque) y tres citotécnicos. Se encarga del diagnóstico de: la citología cérvico-vaginal, de líquidos corporales, esputo y citología bronquial; y de las punciones aspiraciones con aguja fina (PAAF).
- Biopsia: La distribución del trabajo está estructurada de la siguiente manera:

a) Patología tumoral cerebral; Patología de cabeza, cuello (Dra. Zaballa y Dr. Duque)
b) Patología del aparato digestivo, incluyendo hígado y páncreas (Dra. Arbide y Dr. Velasco)
c) Tumores renales; Patología genitourinaria; patología genital masculina; patología ósea; patología de partes blandas. (Dra. Ugalde y Dra. Zufiaurre)
d) Patología mamaria; patología del aparato genital femenino; dermatopatología; (Dra. Valenti; Dra. Cancho y Dra. Fernández)
d) Patología hematolinfoide (Dra. Arbide y Dra. Cancho)
e) Patología pulmonar (Dra. Etxezarraga)
f) Nefropatología (Dra. Arbide)

- Autopsia: El apartado de autopsias es realizada de forma rotatoria por todos los adjuntos de la plantilla, con un residente a cargo.

4.2. Jornada laboral del residente

La jornada laboral del residente es idéntica a la de los facultativos especialistas (8 a 15 horas, lunes a viernes). Además, se ha pactado la prolongación de jornada de tarde (de lunes a viernes, de 15 a 18 horas) durante la cual realizarán las siguientes actividades: preparación de piezas macroscópicas en la sala de macroscopía, estudio preliminar del trabajo microscópico asignado para supervisar al día siguiente, estudio microscópico de autopsias, preparación de trabajos científicos y publicaciones, revisiones bibliográficas, y labor de archivo de casos interesantes, seminarios y casos de reuniones regionales.

4.3. Rotaciones internas

La metodología de aprendizaje se basa principalmente en la integración en la rutina diaria de la especialidad con asunción progresiva de responsabilidades bajo la supervisión de un facultativo responsable supervisor. La organización, coordinación y planificación de las diferentes rotaciones y actividades de los residentes está a cargo del Tutor de residentes con el apoyo y aceptación del Jefe de Servicio.

La integración del residente en la rutina del servicio se realiza mediante la planificación anual de su trabajo en períodos de rotación de 1 mes de duración por las diferentes subsecciones del servicio (rotaciones internas) bajo la supervisión de un adjunto, y asignándole un nivel de responsabilidad adecuado a su año de rotación, que va incrementándose gradualmente a lo largo de los cuatro años de residencia. Cada uno de

los miembros del Servicio asumirá funciones de tutor del residente mientras el residente esté bajo su supervisión y responsabilidad (el Decreto 183/2008, Art. 14 establece el "deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes").
La planificación de rotatorios por cada año de residencia, áreas de conocimiento y nivel de responsabilidad sigue el esquema general reflejado anteriormente.

La Planificación de actividad y nivel de supervisión según año de residencia *(ANEXO 4: Normativa de supervisión):*

R1

- Planificación general
  - 2 Primeras semanas desde la incorporación: registro, macroscopía, laboratorio, microscopio, protocolos y programa Vitropath.
  - BIOPSIA: rotación mensual programada por cada una de las subsecciones/subespecialidades de forma equitativa a la carga de cada una.
  - CITOLOGÍA: 1 mes/año
  - AUTOPSIAS (*): Todas las autopsias de adultos que se registren. Supervisión directa. Turno rotatorio en las autopsias fetales con el resto de los residentes. (* la carga de las autopsias se distribuye regularmente entre la plantilla de patólogos del servicio)
- Tabla de rotaciones

R1	Subsespecialidad (*)	Duración Rotación
	Digestivo	4 meses
	P. pleuro-pulmonar;SNC; Cabeza y cuello; Citologia	1 mes
	Uropatología; Endocrino; Partes blandas y hueso	3 meses
	Ginecopatología; Mama; Dermatopatología	3 meses

- Nivel de supervisión
  - 🧍 🧍 🧍 NIVEL 1: supervisión directa ó personal
  - 🧍 🧍 A medida que avance el primer año algunos aspectos de la rutina pueden realizarse bajo supervisión indirecta ó supervisión directa puntual.

R2

- Planificación general
  - CITOLOGÍA: 2 meses /año
  - BIOPSIA: rotación por cada una de las subsecciones/subespecialidades de forma equitativa a la carga de cada una.
  - AUTOPSIA(*): turno rotatorio para prosección entre los residentes del servicio, tanto en las de adultos como en las fetales. (* la carga de las autopsias se distribuye regularmente entre la plantilla de patólogos del servicio)
  -
- Tabla de rotaciones

R2	Subsespecialidad (*)	Duración Rotación
	Digestivo	2 meses
	Digestivo; Hematolinfoide	1 mes
	P. pleuro-pulmonar;SNC; Cabeza y cuello; Citologia cervico-vaginal	1 mes
	P. pleuro-pulmonar;SNC; Cabeza y cuello; Citologia general	1 mes
	Uropatología; Endocrino; Partes blandas y hueso	3 meses
	Ginecopatología; Mama; Dermatopatología	3 meses

- Nivel de supervisión
  - 🧍 🧍 NIVEL 2: supervisión indirecta para gran parte de las funciones
  - 🧍 🧍 🧍 NIVEL 1: para las funciones de mayor dificultad ò que precisen mayor habilidad se requerirá supervisión directa.

R3

- Planificación general
  - CITOLOGÍA: 2 meses/año
  - BIOPSIA: rotación por cada una de las subsecciones/subespecialidades de forma equitativa a la carga de cada una.
  - AUTOPSIA(*): turno rotatorio para prosección entre los residentes del servicio, tanto en las de adultos como en las fetales. (* la carga de las autopsias se distribuye regularmente entre la plantilla de patólogos del servicio)

- Tabla de rotaciones

R3	Subsespecialidad (*)	Duración Rotación
	Digestivo	2 meses
	Digestivo; Hematolinfoide; Nefropatología	1 mes
	P. pleuro-pulmonar;SNC; Cabeza y cuello; Citologia cervico-vaginal/general	1 mes
	P. pleuro-pulmonar;SNC; Cabeza y cuello; Citologia (Ebus/Eus/PAAF)	1 mes
	Uropatología; Endocrino; Partes blandas y hueso	3 meses
	Ginecopatología; Mama; Dermatopatología	2 meses
	Ginecopatología; Mama; Dermatopatología; Hematolinfoide	1 mes

- Nivel de supervisión
  - 🧍 🧍 NIVEL 2 : supervisión indirecta, para la mayor parte de las funciones.

R4

- Planificación general
  - CITOLOGÍA: 2 meses
  - BIOPSIA: rotación por cada una de las subsecciones/subespecialidades de forma equitativa a la carga de cada una.
  - AUTOPSIA(*): turno rotario para prosección entre los residentes del servicio, tanto en las de adultos como en las fetales. (* la carga de las autopsias se distribuye regularmente entre la plantilla de patólogos del servicio)

- Tabla de rotaciones

R4	Subsespecialidad (*)	Duración Rotación
	Digestivo	1 meses
	Digestivo; Hematolinfoide; Nefropatología	2 mes
	P. pleuro-pulmonar;SNC; Cabeza y cuello; Citologia cervico-vaginal/general	1 mes
	P. pleuro-pulmonar;SNC; Cabeza y cuello; Citologia (Ebus/Eus/PAAF)	1 mes
	Uropatología; Endocrino; Partes blandas y hueso	3 meses
	Ginecopatología; Mama; Dermatopatología	2 meses
	Ginecopatología; Mama; Dermatopatología; Hematolinfoide	1 mes

- Nivel de supervisión

- NIVEL 2
- NIVEL 3: supervisión general ó a demanda. En la segunda mitad del cuarto año el residente estará en disposición alcanzar el nivel más alto de responsabilidad con supervisión general ó a demanda.

4.4. Rotaciones externas

No existe una programación de rotaciones externas obligatorias para el residente de anatomía patológica en nuestro hospital. Sin embargo, es objetivo de los responsables del servicio fomentar y alentar cualquier período de rotación externa en otros hospitales, de la red nacional ó internacional, que complemente y confiera un valor añadido a la formación integral del residente.

Se aconseja que toda rotación externa se realice preferentemente el último año de residencia (R4). Dichas rotaciones siempre deben de ser previamente solicitadas y autorizadas por la comisión de docencia del hospital.

5. CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN

El objetivo final del período de formación del residente es conseguir una formación en competencias, definiéndose competencia profesional como: capacidad de aplicar conocimientos teóricos, destrezas y aptitudes al desempeño de la profesión, incluyendo la capacidad de respuesta a problemas imprevistos, la autonomía, la flexibilidad, la colaboración con el entorno profesional y con la organización del trabajo.

5.1 CONTENIDOS COMUNES: Programa Común Complementario

R1.

- Curso de comunicación con el paciente y entrevista clínica. Comunicación interprofesional (verbal, escrita, electrónica). Elaboración de la historia clínica.
- Curso de ECG y RX de tórax.
- Curso de atención urgente.
- Curso de protección radiológica.

R2.

- Curso de bioética, legislación y profesionalidad
- Curso de búsquedas bibliográficas
- Curso: Principios educativos. Cómo preparar una sesión.
- Curso: Seguridad del paciente. Errores e incidentes críticos. Control/prevención de la infección.

R3.

- Curso de metodología de la investigación
- Curso-taller de lectura crítica.

- Curso: Cómo hacer presentaciones efectivas con Power-Point.
- Curso: Sistemas de información, gestión y calidad en los servicios sanitarios.
- Curso: Protección radiológica para especialidades básicas y con riesgo especial.
- Curso: Formación continuada, Currículum vitae.

5.2 CONTENIDOS ESPECÍFICOS

Los contenidos específicos están relacionados con los conocimientos, habilidades y aptitudes que ha de desarrollar el residente en su período formativo. Se detallan en el ANEXO-1: contenido biopsias, contenido autopsias, contenido citologías.

6. ACTIVIDADES ASISTENCIALES, DOCENTES Y CIENTÍFICAS

6.1 Actividad asistencial esperada

No existe ninguna evidencia sobre cuál es el número mínimo ideal de carga de trabajo necesaria para conseguir un nivel de competencia profesional satisfactorio al final del período de residencia. Como números orientativos podrían ser los siguientes:

- Informes anatomo-patológicos realizados al final de la residencia:
  - 3000 biopsias
  - 3000 citologías
  - 50 autopsias.

De todas maneras, en el período de residencia se hace un seguimiento y monitorización de la carga de trabajo que desarrolla el residente, que quedará reflejado en el Libro ó Memoria del residente.

6.2 Actividad docente y científica esperada

Además de toda la programación de actividades realizada por el servicio de Anatomía Patológica, la comisión de docencia del hospital diseña un programa de formación denominado "Programa común complementario" con diferentes cursos y actividades, parte de las cuales son de carácter obligatorio para los residentes.

- El residente deberá asistir a las Sesiones Clínicas Generales del hospital (80% de las sesiones), y siempre que le sea requerido participar en la elaboración ó presentación de las mismas.
- Sesiones Clínicas diarias del Servicio:
  - Asistencia a todas las sesiones
  - Presentaciones de casos en las sesione diarias, según criterios usados en el servicio. A indicación de su adjunto supervisor ó tutor (R1 y R2), ó a iniciativa propia (R3, R4).
- Se fomentará y valorará su participación a otras sesiones: Bibliográficas, Radiológicas, clínico-patológicas…, especialmente en aquellas relacionadas con el servicio de Anatomía Patológica.
- El residente asistirá y participara a Seminarios:
  - Organizados por el servicio
  - Casos de regionales.

- Otros seminarios.
- Cursos : asistirá a todos los cursos organizados por el servicio y 1-2 cursos anuales, siempre bajo orientación de los facultativos y autorización del Jefe de servicio.
- Al igual que en el resto de las actividades, el residente participará en las *publicaciones y proyectos de investigación* que se estén llevando ó participe el servicio de Anatomía Patológica..
- A lo largo del período de residencia presentará como mínimo una comunicación oral/año en las reuniones regionales de la SEAP.
- A lo largo de la residencia, asistirá al menos a un congreso (nacional/internacional) en el que presentará una comunicación.

7. EVALUACIÓN

La formación del residente está sujeta a un proceso de evaluación continua, que es consustancial al carácter progresivo del sistema de residencia donde se realiza un seguimiento del proceso de aprendizaje del residente midiendo la competencia adquirida en relación con los objetivos establecidos por el programa de formación, lo que permite identificar áreas y competencias susceptibles de mejora y aportar sugerencias para corregirlas. La interacción entre el residente y sus supervisores es la base de dicha evaluación.

Se utilizarán los siguientes **Instrumentos de Evaluación:**

a) **Entrevistas periódica** entre residente y tutor, pactadas y programadas, de **perioricidad mensual que** se realizará al terminar cada rotación mensual programada (ANEXO-2: Modelo entrevista evaluación mensual). Para la entrevista el tutor recabará previamente información de los patólogos supervisores de cada rotación.

   - Se levantará un **Actas de las reuniones mensuales tutor-residente**, como resultado de la evaluación de cada rotación interna.
   - Las entrevistas se citarán en el libro de residente y en los informes del tutor .

b) Como herramientas que permitan un valoración más objetiva de la progresión formativa se usarán: **check-list , hojas de autoevaluación**.

c) **El libro de residente** como soporte operativo de la evaluación y registro de las actividades asistenciales, formativas y científicas del residente.

d) **Informes de evaluaciones externas**, fuera del programa formativo, si las hubiere.

e) **Informe de evaluación anual conjunta con el tutor**, conteniendo el plan de mejora y formación para el próximo año.

f) Además se realiza una evaluación sumativa o cuantitativa del residente, por el tutor , utilizando las **Hojas o Fichas de evaluación anual** del Ministerio de Sanidad y Consumo

g) **Evaluación Anual por el Comité de Evaluación** teniendo en cuenta:
   - Libro de residente y Memoria Anual del residente

- Las diferentes Informes y Hojas de evaluación, así como los informes, que, en su caso, aporten los jefes asistenciales.

- La calificación otorgada será visada por el jefe de estudios y quedará reflejada en el acta de la sesión del Comité de Evaluación, en la ficha de evaluación anual del Libro del residente. Posteriormente se enviará al Comité e Docencia y Gerencia del hospital.

h) Evaluación Final

a. La evaluación final se realiza al final del último año de residencia y tiene como objeto verificar que el nivel de competencias adquirido por el especialista en formación durante todo el período de residencia le permite acceder al título de especialista.

b. La calificación del Comité de Evaluación se elevará, a través del Comité de Docencia, a la Comisión Nacional de la Especialidad, quién determinará la calificación final de todo el período de formación (insuficiente, suficiente, destacado y excelente).

ANEXO 1

PATOLOGÍA QUIRURGICA-BIOPSIA

A-PATOLOGÍA MACROSCÓPICA ("Capacidad de describir y toma de secciones")

1-General
- Correcta orientación, apertura, pintado de márgenes de piezas quirúrgicas.
- Toma de muestras: improntas, congelación; microscopia electrónica, etc…
- Anatomía de grupos ganglionares y disección en piezas con cáncer.

2-Mama
- Mastectomía completa, parcial.
- Disección axilar. Ganglio centinela (método convencional y OSNA).
- Manejo de muestras con marcaje radiológico.

3-Tracto gastrointestinal
- Esófago-gastrectomía radical y parcial.
- Gastrectomía completa y parcial.
- Apendicectomía.
- Colectomía/proctocolectomía por tumor / enfermedad inflamatoria.
- Polipectomía

4-Respiratorio
-Biopsia abierta de pulmón
-Biopsias broncoscópicas y criobiopsias

.
5-Piel
- Descripción microscópica correcta de lesiones cutáneas
- Manejo adecuada de muestras orientadas o complejas.

6-Ganglio linfático
- Manejo de ganglios linfáticos neoplásicos y no-neoplásicos.
- Toma de muestras para técnicas complementarias: improntas, PCR…

7-Cabeza y Cuello
- Biopsia de mucosa.
- Tonsilectomía.
- Polipectomía nasal.
- Tumor de glándula salivar.
- Resecciones de tumores orales: muestreo, márgenes. Disección cervical.

8-Tracto genital femenino

-Histerectomía/salpingo-ooforectomía por cáncer o lesión benigna.
-Cono cervical.
-Vulvectomía.

9-Tracto genital masculino
- Vasos deferentes: descripción y muestreo.
- Biopsias de próstata. RTU próstata.
- Prostatectomía
- Orquiectomía

10-Higado y vesícula biliar
- Biopsias con aguja por hepatitis crónica.
- Biopsias con aguja por masa tumoral
- Resecciones hepáticas por tumor.
- Biopsias abiertas de hígado.
- Colecistectomía.

11-Tejidos blandos
- Piezas de resección de tumores de partes blandas: márgenes, muestreo.

12-Endocrino
- Tiroidectomía: completa o parcial, orientación, descripción correcta de todas las lesiones, marcar bordes, secciones adecuadas.
- Paratiroidectomía: pesar y medir.
- Adrenelectomía

13-Médula ósea - Manejo de la biopsia de cresta ilíaca: Método de decalcificación y tratamiento posterior.

14-Neuropatología - Biopsias y resecciones de neurocirugía.

.
15-Riñón y uropatología
- Biopsia renal: manejo y toma de muestras immunofluorescencia directa.
- Nefrectomias por tumor
- Biopsias y RTU vesicales.
- Cistectomías

.
16-Patología osteoarticular
- Manejo de piezas y muestras óseas. Uso de decalcificadores.
- Descripción de lesiones.
- Importancia de descripción de datos de localización, edad y sexo; y de la correlación anatomo-radiológica en tumores óseos.

B- PATOLOGÍA MICROSCÓPICA ("informar con ítems mínimos y estadiaje en cáncer")

1-General
-Uso del microscopio
- Reconocer histología normal y variaciones comunes de la normalidad
- Saber cuáles son las tinciones básicas y especiales para glucógeno, grasa, mucinas, amiloide, colágeno).
- Marcadores básicos de inmunohistoquímica para los principales tejidos e interpretación de panel IHC básico para tumor indiferenciado.

2-Mama
- Diagnóstico de cáncer invasivo en biopsias por aguja (BAV o BAG)
- Informar mastectomías ó escisiones locales amplias.

3-Tracto gastrointestinal
- Reconocer: gastritis asociada a HP; malignidad en biopsias gástricas y esofágicas
- Informar piezas de resección de esófago ó estómago por malignidad.
- Reconocer carcinoma en biopsias endoscópicas.
- Identificar EEII e intentar subclasificarla.
- Diferenciar los tipos de pólipos.
- Reconocer la displasia epitelial de alto grado.
- Informar piezas de resección de carcinoma colorrectal.

4-Respiratorio
- Reconocer presencia de cáncer sobre biopsias endoscópicas.
- Diferenciar el carcinoma de célula pequeña del carcinoma no-célula pequeña.
- Informar piezas quirúrgicas con cáncer.

5-Piel
-Diagnóstico de tipos tumorales básicos en piel: c. escamoso, c. basocelular, melanoma típico.
- Reconocer de características atípicas en un nevus.
- Descripción microscópica y morfológica adecuada en una biopsia inflamatoria de piel (patrones).

6-Ganglio linfático
- Reconocimiento de metástasis en ganglios para estadiaje.
- Reconocimiento de patrones reactivos más comunes en ganglio linfático: hiperplasia folicular y sinusoidal
- Reconocimiento de afectación por linfoma de alto grado y linfoma de Hodgkin en ganglio linfático.
- Conocer marcadores IHC en tejido ganglionar normal y patológico.
- Plantear diagnóstico diferencial en base a la morfología y aplicar panel IHC para diagnóstico de linfomas y cáncer metastásico.

7-Cabeza y cuello
-Reconocer alteraciones reactivas de amígdalas y diferenciarlas de linfomas y carcinomas.
- Identificar los tipos más frecuentes de tumores salivares.
- Reconocer carcinoma escamoso en biopsias.

8-Tracto genital femenino
-Reconocer y diagnosticar patología funcional endometrial y patología benigna cérvico-uterina.
- Reconocer displasias y carcinomas en biopsias.
- Informar correctamente piezas quirúrgicas por neoplasia maligna.

9-Tracto genital masculino
- Reconocer cáncer en biopsias de próstata.
- Informar cáncer de próstata en biopsias y en pieza de prostatectomía.
- Saber aplicar grado de Gleason.
- Reconocer tipos tumorales testiculares.
- Informar orquiectomías por tumor.

10-Hígado y vesícula biliar
- Informe de colecistectomías: inflamatorias/ por tumor.
- Reconocer hígado normal y saber informar hepatopatías crónicas.
- Reconocer tumor primario/metastásico en biopsia hepática. Capacidad de aplicar panel IHC.
- Informar hepatectomías por tumor.

11-Tejidos blandos
- Reconocer la morfología típica de los diferentes tipos de tumores más frecuentes.
- Reconocer IHC de tejidos normales y tipos histológicos más comunes. Saber aplicar panel IHC para el diagnóstico tumoral.
- Saber graduar histológicamente los tumores malignos.

12-Endocrino
-Reconocer tejido tiroideo normal, hiperplásico y tumoral.
-Reconocer diferentes tipos de tumores tiroideos.
-Reconocer características morfológicas diagnósticas del carcinoma papilar.

13-Médula ósea
- Reconocer histología y componentes normales de la médula ósea.
- Saber interpretar las médulas óseas con celularidad hematológica alterada.
- Reconocer proliferaciones neoplásicas linfoides, mieloides y plasmáticas.
- Reconocer infiltraciones metastásicas en médula ósea

14-Neuropatología

- Reconocer tejido normal en improntas y cortes.
- Distinguir tumores primarios y metastásicos.
- Reconocer un glioma de alto grado.
- Reconocer tumores benignos de meninges y nervios periféricos.

15-Riñón y uropatología
- Evaluar y diferenciar diferencias con el tejido normal en biopsias renales.
-Reconocer cambios glomerulares que indiquen glomerulonefritis. Interpretar técnicas especiales, immunofluerescia e IHC.
- Saber informar una nefrectomía (no tumoral/ tumoral).
- Reconocer cáncer en biopsias vesicales.
- Saber informar cistectomías.

16-Patología osteoarticular
- Conocer diferencias entre hueso normal/patológico.
- Reconocer la histología delos tumores óseos más frecuentes.
- Reconocer diferencias entre un tumor primario y metastásico.
- Reconocer tejido sinovioarticular normal y patológico, y espectro de las lesiones reactivas más frecuentes.

C-CONOCIMIENTO DE BASE

1-General
-Histología y anatomía normal
-Bases patológicas de la enfermedad
-Alteraciones patológicas comunes

2-Mama
- Carcinoma ductal in situ e invasivo.
- Carcinona lobulillar infiltrante.
- Cambios fibroquísticos.
- Fibroadenoma.

3-Tracto gastrointestinal
- Gastritis: asociada a H.P., reactiva. Esófago de Barrett.
- Carcinoma gástrico. Carcinoma esofágico.
- Duodenitis. Enfermedad celíaca.
- Apendicitis.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Pólipo hiperplásico, ASS, Adenomas.
- Displasia de alto grado epitelial.
- Carcinoma colorrectal invasivo.

4-Respiratorio
- Tipos de cáncer: escamoso, adenocarcinoma, célula pequeña, cáncer metastásico.

5-Piel
- Carcinoma basocelular.
- Carcinoma escamoso.
- Melanoma.
- Nevus,
- Hemangioma
- Queratosis seborreica
- Queratosis actínica.
- Dermatitis crónica NOS.
- Quiste de inclusión epidérmica.
- Dermatofibroma.

6-Ganglio linfático
- Linfadenitis reactivas más comunes.
- Enfermedades granulomatosas y sistémicas.
- Cáncer metastásico
- Linfoma NH
- Linfoma Hodgkin

7-Cabeza y cuello
- Pólipos inflamatorios e invertidos nasales.
- Tumores más frecuentes de glándula salivar: adenoma pleomórfico, T. Warthin, adenocarcinoma.
- Carcinoma orofaríngeo

8-Tracto genital femenino
-Endometrio. Alteraciones funcionales y benignas.
- Patología inflamatoria salpingo-ovárica y uterina.
- Carcinoma exo-endocervical y precursores.
- Carcinoma endometrial
- Leiomioma vs sarcomas uterinos.
- Tumores ováricos: benignos y malignos.

9-Tracto genital masculino
- Hiperplasia benigna de próstata.
- Adenocarcinoma de próstata. Grados de Gleason.
- Prostatitis crónica.
- Atrofia y disgenesias testiculares.
- Tumores testiculares: seminoma, teratoma maligno, carcinoma embrionario, tumor del saco vitelino, coriocarcinoma.

10-Hígado y vesícula biliar
-Colecistitis crónica. Colesterolosis.
- Adenocarcinoma de vesícula biliar NOS.
- Hepatopatías crónicas: víricas, esteatosis, cirrosis biliar primaria. Gradación y estadio de fibrosis.

- Tumores primarios hepáticos.
- Tumores metástasicos hepáticos

11-Tejidos blandos
-Tumores benignos: lipoma, angiolipoma, neurofibroma, dermatofibroma.
. Dermatofibrosarcoma protuberans.
. Fibromatosis
. Tumor fibroso solitario
. Tumores vasculares.
- Sarcomas de partes blandas:liposarcoma, rabdomiosarcoma, fibrosarcoma, histiocitoma fibroso maligno, sarcoma sinovial….
- Inmunofenotipo y alteraciones citogenéticas en sarcomas

12-Endocrino
-Bocio Nodular.
-Adenoma tiroideo.
-Carcinoma folicular, papilar, medular de tiroides.
-Hiperplasia, adenoma, carcinoma paratiorideo.
-Adenoma y carcinoma suprarrenal
-Feocromocitoma.

13-Médula ósea
- Alteraciones de la médula ósea con la edad.
- Enfermedades sistémicas
- Síndromes mieloproliferativos
- Síndromes mielodisaplásicos
- Leucemias
- Mieloma múltiple
- Linfomas
- Metástasis

14-Neuropatología
- Histología normal y alteraciones reactivas del tejido cerebral.
-Clasificación de tumores primarios del SNC.
- Valor de la IHC en el diagnóstico de tumores del SNC.

15-Riñón y uropatología
-Tumores y carcinomas de riñón.
-Glomerulopatías.
-Pielonefritis.
-Carcinoma vesical.
-Cistitis

16-Patología osteoarticular
- Patología ósea no tumoral: osteomielitis, osteoporosis, fracturas, enfermedad de Paget.
- Tumores óseos primarios: correlación con radiología. Importancia de datos clínicos.
-Tumores benignos: osteoma osteoide, condroma.
-Tumores malignos: osteosarcoma, sarcoma de Ewing, condrosarcoma, tumor de células gigantes…

- Osteoartritis.
- Sinovitis.

CITOPATOLOGÍA

A-CITOPATOLOGÍA GINECOLÓGICA

1-Tema

-Screening cervical
-Muestras
-Frotis Normal
-Cambios celulares benignos
-Cambios celulares borderline
-Lesión intraepitelial escamosa/glandular
-Carcinoma escamoso y adenocarcinoma
-Significado clínico de diagnósticos de anormalidad
-Nuevas tecnologías en citología de screening
-Control de calidad

2-Conocimiento

-Metodología de screening de cáncer cervical.
Sistema de diagnóstico: criterios de Bethesda
-Tipos de tomas de muestra.
Métodos de fijación.
Procesado de muestras.
Tinciones en citología.
-Componentes normales celulares, incluyendo variaciones en el ciclo y con la edad.
Valoración de calidad e idoneidad de la muestra.
-Metaplasia escamosa.
Inflamación: agentes, células inflamatorias, cambios celulares (degeneración/regeneración).
- Reconocimientos de cambios celulares borderline y conocimiento de implicaciones del uso de esta categoría.
-Reconocer displasia leve, moderada y grave.
Identificar las atipias endocervicales.
-Reconocer células malignas: escamosas, endocervicales, endometriales y de origen ovárico.
-Implicaciones de los diagnósticos de anormalidad.
-Citología de base-líquida, IHC, tests para HPV.
-Muestras.
Diagnósticos.
Correlación con histología.

B-CITOPATOLOGÍA NO-GINECOLÓGICA

1-Tema

-Aspectos técnicos

-Interpretación
-Informes
-Control de calidad

2-Conocimiento
-Tipos de muestras.
Preparación y procesado de muestras.
Extensiones citológicas manuales.
Tinciones.
Realización de PAAF.
-Reconocimiento de la celularidad normal, cambios reactivos celulares, lesiones benignas más frecuentes, patrones de atipia, y de celularidad maligna en las diferentes tipos de muestras(líquidos…).
-Estructuración de informes.
Terminología y contenido de informes que deben tener en cuenta: calidad o suficiencia de la muestra, orientación diagnóstica (normal/anormal; benigno/maligno/borderline).
Uso de términos moduladores (compatible…)
Correlación con datos clínicos.
-Correlación con histología.

PATOLOGÍA AUTÓPSICA

A- TECNICA DE DISECCIÓN Y ESTUDIO MACROSCÓPICO

1-General
-Examen externo, incluido examen de mamas.
-Extracción de órganos
-Pesado de órganos
2-Cardiovascular
-Extracción y disección del corazón.
-Anatomía de arterias coronarias.
-Disección de aorta y ramas principales.
3-Respiratorio
-Extracción de pulmones.
-Disección de vasos pulmonares y del árbol bronquial.
-Disección individual de lóbulos.
4-Tracto gastrointestinal
-Extracción en bloque y disección de esófago, estómago y duodeno.
-Identificación de ampolla de Vater.
-Extracción intestinal en bloque.
-Examen de la mucosa intestinal.
-Identificación y disección de arteria mesentérica superior.
5-Sistema hepato-biliar y páncreas.
-Extracción y disección de hígado, vasos portales y vía biliar.
-Extracción y disección de vía biliar intrapancreática.
-Extracción de páncreas.
6-Sistema nervioso

-Extracción del cerebro.
-Disección del sistema vascular de base del cerebro.
-Método de sección y preparación del cerebro y médula espinal.
-Toma de secciones clave para estudio de rutina.
7-Sistema urogenital
-Disección de arterias y venas renales y uréteres.
-Extracción de riñones.
-Examen macroscópico de parénquima y pelvis.
-Extracción de vejiga urinaria.
-Identificación de trígono y orificios ureterales.
-Extracción y examen de glándula prostática.
-Extracción y examen de testes y aparato genital femenino.
8-Sistema endocrino Extirpación de hipófisis.
-Extracción y disección de tiroides y paratiroides.
-Extracción y disección de glándulas suprarrenales.
9-Sistema linfo-reticular
-Examen de grupos ganglionares.
-Examen y extracción del bazo.
-Extracción de médula ósea.
10-Autopsia pediátrica
-Examen y descripción de malformaciones externas ó de órganos (corazón).
-Pesado de órganos.
-Extracción del cerebro.
-Disección del timo.
11-Estados postquirúrgicos
-Cirugía cardiovascular.
-Cirugía del tracto gastrointestinal.
-Cirugía traumatológica.
-Cirugía hepato-biliar.
-Cirugía ginecológica y urogenital.
12-Informe de autopsia
-Informe macroscópico provisional con hallazgos macroscópicos

B- CONOCIMIENTOS CLINICOPATOLÓGICOS

1-General
-Procedimiento legal e autorización de autopsia-clínica.
-Peso y tamaño normal de órganos.
2-Cardiovascular
-Características normales, alteraciones por edad y alteraciones patológicas de válvulas cardíacas.
-Identificación macro y microscópica de infarto de miocardio.
-Valoración del grosor ventricular y auricular.
-Valoración de dilatación ventricular y auricular.
-Endocarditis.
-Embolismo pulmonar.
3-Respiratorio

-Identificación de infecciones de vías respiratorias y neumonías.
-Valoración de bronquitis crónica-enfisema.
-Tumores primarios y secundarios. Formas de presentación.
4-Tracto gastrointestinal
-Identificación y valoración de varices esofágicas y gástricas.
-Identificación de otras causas de hemorragia GI superior: erosiones mucosa, úlceras.
-Identificación y valoración de tumores gastrointestinales.
-Diverticulosis colónica.
-Identificación y valoración de isquemia intestinal.
5-Sistema hepato-biliar y páncreas
-Valoración de congestión hepática, aguda y crónica.
-Causas de obstrucción y dilatación de vías biliares.
-Tumores primarios y secundarios.
-Hepatopatías crónicas.
-Patología neoplásica e inflamatoria de páncreas.
6-Sistema nervioso
-Valoración de aneurismas, patología vascular (infartos y hemorragias) y atrofia cerebral.
-Tumores cerebrales.
-Inflamaciones de meninges.
7-Sistema urogenital
-Estimación de atrofia parenquimatosa renal.
-Hidronefrosis, pielonefritis y nefrolitiasis.
-Tumores renales.
-Enfermedades y tumores prostáticos.
-Patología testicular y del aparato genital femenino.
8-Sistema endocrino
-Tamaño y aspecto macroscópico habitual y patológico de glándula tiroides y paratiroides: hiperplasias, tumores e inflamaciones.
-Patología adrenal.
-Patología hipofisaria.
9-Sistema linfo-reticular
-Linfadenopatías. Correlación de su localización con patología asociada.
-Causa de esplenomegalia.
-Causa de invasión ó afectación de médula ósea por enfermedad sistémica.
10-Autopsia pediátrica
-Valoración de maceración y grado de autolisis.
-Valoración de grado de desarrollo morfológico y crecimiento.
-Patología perinatal.
11-Estados postquirúrgicos
-Complicaciones postquirúrgicas: dehiscencias de sutura, hematomas y hemorragias, abscesos.
-Valorar patología iatrogénica. Valorar patología de base.
12-Informe de autopsia
-Informe final, incluyendo posibles causas de muerte, enfermedad principal de base y enfermedades ó lesiones asociadas.
-Correlación, si es posible, entre hallazgos e historia clínica.

ANEXO 2

MODELO DE ENTREVISTA MENSUAL

1-Valoración del residente de los puntos fuertes de la rotación

2-Valoración del residente de los puntos débiles de la rotación

3-valoración del adjunto de los puntos fuertes y débiles de la rotación

4-Plan de mejora

5-Problemas en la aplicación del programa

Previamente a la entrevista con el residente, el tutor se reúne con el adjunto que ha estado a cargo de la formación de ese mes, para recabar información e impresiones de la evolución del residente, tanto en su formación académica como en la relación con el resto del staff. Seguidamente, el tutor se reúne con el residente y contrastan opiniones, que suelen coincidir con las del adjunto a cargo de ese mes. Se decide si necesita algún refuerzo extra en algún campo concreto, o se solventará en rotaciones sucesivas. Por último, se deciden fechas de congresos, seminarios, sesiones y vacaciones, y si hubiese algún problema por parte del residente en referencia a su formación o a cualquier otro ámbito, se deja reflejado en el acta, y si fuese pertinente, se le informa a la jefa de servicio.

ANEXO 3

PROTOCOLO DE ACOGIDA DE MIR

1.- Acogida Docente

Responsable: Secretaria de la Unidad Docente del Hospital.
Fechas: Semanas previas a la incorporación del residente al hospital
Lugar: Unidad Docente del Hospital de Basurto: Pabellón Jado, 4ª planta
a.- En la Unidad Docente de Basurto se hace entrega a cada MIR de un *Dossier de Acogida* con información general sobre el centro, sobre su especialidad y sobre el tutor y el jefe del servicio,
b.- Se le cita para la *Jornada de Acogida*, de la cual se entrega el programa.
c.- Se dirige al residente a la *Dirección de Personal* del Hospital para la acogida laboral.
La cita para acudir a la Unidad Docente se realiza de forma directa en la carta en que se comunica al residente la fecha de incorporación a la residencia.

2.- Acogida Laboral

Responsable: Secretaria de la Unidad Docente del Hospital.
Fechas: Semanas previas a la incorporación del residente al hospital
Ubicación de Dirección de personal: Pabellón de Gobierno. 2ª planta
a.- En la Dirección de personal se procede a la *firma del contrato* de residente.
b.- Se le entrega la *información institucional* del hospital a los nuevos empleados, que consiste en un manual de acogida, un plano del Hospital e información sobre el acceso a las redes informáticas hospitalarias.
c.- Se entrega al residente su *tarjeta/ficha personalizada* que le permitirá acceder a los servicios de comedor y al aparcamiento del centro.
d.- Se facilita información al Servicio de Lencería para que se permita al residente recoger la *ropa de trabajo*. El residente es dirigido a dicho servicio para que recoja la ropa de trabajo.

3.- Acogida en el Servicio de Anatomía Patológica

Ubicación del servicio: Pabellón de Anatomía Patológica (adyacente a Urgencias-Pabellón Makua)
Responsables: Tutor de residentes. Jefe de Servicio.
Fechas: Habitualmente, las semanas previas a la incorporación del residente al hospital.

El residente habitualmente acude espontáneamente al Servicio sin cita previa, el mismo día que acude a la Unidad Docente, donde:
a.- Se presenta al residente, al *Tutor y al Jefe de Servicio*
b.- Se le *enseña el Servicio* y *presenta a la plantilla*.
c.- Se le presenta al *Supervisor*, que le gestionará una taquilla de vestuario.
d. *Entrevista personal con el Tutor*
- Entrega y explica al residente del *Programa Formativo de la Especialidad*, incidiendo especialmente en el programa formativo y las rotaciones correspondientes al primer año de residencia.
- Informa al residente de las A*ctividades asistenciales y docentes*, el *Horario* de *trabajo* del servicio.
- Informa al residente de las *Guardias* del servicio a realizar por los residentes, que han sido pactadas con la dirección del centro.
- Informa al residente de cómo acceder al *Sistema informático* de la red y del hospital, enseñándole cuales son los *Documentos formativos* del Servicio y de la Unidad Docente y cuales son los *Recursos bibliográficos* accesibles en la página web del Hospital.
- Resuelve las *dudas* del residente
f.- En la secretaria se tomarán datos del residente para que, a petición del Jefe de Servicio, se le de *Alta en el Sistema Informático del hospital para que pueda acceder al mismo.*
g.- EL *residente más alto* del servicio se hará cargo de informar y de guiar en todo lo que precise al nuevo residente, tanto en los primeros meses como durante el resto de la residencia.

3.- Acogida institucional

Responsable: Comisión de Docencia. Jefa de Estudios. Director Gerente.
Fechas: El día de incorporación del residente al hospital
En forma de ***Jornada de acogida*** para todos los residentes que empiezan, con el siguiente programa:
1.- *Bienvenida* por el Director Gerente
2.- Información sobre la *Estructura y servicios del Hospital* por el Director Médico
3.- Información sobre la *organización de la formación* en el Hospital, los recursos docentes y los sistemas de información y comunicación por la Presidenta de la Comisión de Docencia.
4.- *Bienvenida* por un residente de años anteriores
5.- *Información sobre los Laboratorios* del Hospital y la solicitud de pruebas de laboratorio, por el responsable de los Laboratorios.
6.- *Información sobre el Servicio de Radiodiagnóstico* del Hospital y la solicitud de exploraciones radiológicas, por el Tutor de Radiodiagnóstico.
7.- *Información sobre la Farmacia del Hospital*, la política de Farmacia y la solicitud de fármacos, por la Tutora de Farmacia Hospitalaria.
8.- *Información sobre el Servicio de Urgencias del Hospital*, el sistema de funcionamiento y la organización de las guardias de los residentes por el Jefe del Servicio de Urgencias y el Tutor.

ANEXO 4

NORMATIVA DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

La formación del médico residente implica, según la normativa legal, la asunción progresiva de responsabilidades por el residente, tanto en las rotaciones programadas como en la atención realizada durante las guardias. Paralelamente, a lo largo de los años de residencia, el residente irá teniendo un nivel decreciente de supervisión a medida que avance en la adquisición de las competencias previstas en su formación hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista en Anatomía Patológica. Además, la norma legal indica explícitamente la obligación de realizar una supervisión directa del residente durante el primer año de especialidad.

1. Supervisión del residente

Durante su formación, el residente deberá adquirir una serie de conocimientos y habilidades que le permitan desarrollar adecuadamente su profesión y prestar los servicios sanitarios propios de la especialidad.

Cada uno de los miembros del Servicio asumirá funciones de tutor del residente mientras el residente esté bajo su supervisión y responsabilidad (el Decreto 183/2008, Art. 14 establece el "deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes"). El modelo de formación durante este periodo será centrado en el que aprende. La función del Patólogo a cargo del residente será la de tutelar y orientar el aprendizaje personal por parte del residente y facilitar la asunción progresiva de responsabilidades por este a medida que adquiera conocimientos y habilidades. El residente por su parte deberá asumir un papel activo en su formación, responsabilizándose de su autoaprendizaje, y atendiendo a las indicaciones de los especialistas de las diferentes unidades y secciones por donde estén rotando sin perjuicio de plantear a dichos profesionales y a sus tutores cuantas

cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación. Los elementos básicos del aprendizaje serán la labor clínica diaria, el estudio personal, las sesiones de servicio e inter-servicios, las sesiones generales, y los cursos y seminarios. El Médico Residente en ningún caso puede considerase un estudiante, ya que es un MÉDICO, siendo su derecho recibir docencia y supervisión; pero su deber será prestar una labor asistencial.
Siempre que exista cualquier tipo de duda en el manejo de una muestra, técnica ó procedimiento deberá solicitar ayuda al Patólogo supervisor.

2.- Niveles de supervisión

Nivel 1. - Controles de Primer Nivel, ó Supervisión Directa ó Personal
El objetivo de este primer nivel de formación para el Médico Residente es la familiarización con el manejo de la patología habitual del Servicio, así como el aprendizaje de las tareas rutinarias básicas de la especialidad en sus diferentes secciones: biopsias, citologías y autopsias .
Implica una supervisión continua, personal y presencial por parte del Patólogo especialista responsable de la formación. El MIR no dispone de ninguna función autónoma que implique responsabilidad sobre el paciente.
Este tipo de control se debe utilizar:

- Durante el primer año de residencia
- En las nuevas rotaciones de R2 y R3
- En cualquier momento del período formativo, durante la implantación ó utilización de nuevas técnicas y en casos de alta complejidad diagnóstica. La necesidad de este tipo de supervisión en las situaciones antedichas será definida siempre por el Patólogo responsable de la formación.

Nivel 2. - Controles de Segundo Nivel, ó Supervisión Indirecta
El objetivo de este nivel de responsabilidad es que el residente vaya adquiriendo soltura en el manejo de toda la patología habitual del Servicio, con una cierta libertad en sus actuaciones pero siempre con la autorización del Patólogo especialista responsable, quien además deberá supervisar su labor y validar el resultado. Es decir el MIR dispone de autonomía para realizar la tarea, pero el
Patólogo especialista debe validar siempre el resultado antes de que se dé por cerrado el diagnóstico final.
Este tipo de control deberá realizarse:

- En todos los casos durante el 2º año de formación
- Durante el R3 para las tareas que el Médico especialista responsable de la formación lo considere oportuno.
- También, cuando a juicio del Patólogo supervisor ó responsable se trate de una tarea compleja, novedosa ó muy especializada. Especialmente indicada en patologías altamente especializadas o cuando las decisiones a tomar sean vitales para el paciente. El objetivo de esta intervención será evitar el riesgo de error diagnóstico y sacar el máximo rendimiento diagnóstico a la muestra, siempre en beneficio del paciente.

Nivel 3. - Controles de Tercer Nivel, ò Supervisión General o A Demanda.
El objetivo de este tercer nivel es dotar al MIR del nivel de autonomía necesaria que en el futuro le permita asumir sus responsabilidades como médico especialista
El MIR tendré plena autonomía para realizar toda la tarea, incluida la petición de técnicas complementarias, control de calidad y la validación del resultado. Se deja a su criterio la petición de ayuda ó intervención al Patólogo especialista. El Patólogo supervisor deberá estar siempre en situación de disponibilidad para cualquier consulta.
Se aplicará:

- Tan sólo a R4 .
- En los R3 sólo se aplicará en rotaciones de repetición y siempre y cuando el Patólogo supervisor tenga validada previamente su capacidad para la realización de la tarea encomendada.

Cláusula de salvaguarda
Si el Patólogo Supervisor considera que el Residente, en cualquiera de los años de su Formación, no reúne la capacitación necesaria para asumir el nivel de responsabilidad que se supone debiera tener para su año de residencia, deberá ponerlo en conocimiento del Tutor y Jefe de Servicio, los cuales una vez analizadas las circunstancias podrían denegar o retrasar en el tiempo el nivel de responsabilidad hasta que el Residente esté capacitado.

3. La Planificación de actividad y nivel de supervisión según año de residencia:

La integración del residente en la rutina del servicio se realiza mediante la planificación anual de su trabajo en períodos de rotación, habitualmente de 1 mes de duración, por las diferentes subsecciones del servicio (rotaciones internas) bajo la supervisión de un adjunto, y asignándole un nivel de responsabilidad adecuado a su año de rotación, que va incrementándose gradualmente a lo largo de los cuatro años de residencia. Cada uno de los miembros del Servicio asumirá funciones de tutor del residente mientras el residente esté bajo su supervisión y responsabilidad (el Decreto 183/2008, Art. 14 establece el "deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes").

La organización, coordinación y planificación de las diferentes rotaciones y actividades de los residentes está a cargo del Tutor de residentes con el apoyo y aceptación del Jefe de Servicio. La planificación de rotatorios por cada año de residencia, áreas de conocimiento y nivel de responsabilidad sigue el esquema general.

- **R1**
  - 2 PRIMERAS SEMANAS: registro, macroscopía, laboratorio, microscopio, protocolos y programa Vitropath.
  - BIOPSIA: rotación mensual programada por cada una de las subsecciones de forma equitativa a la carga de cada una.
  - CITOLOGÍA: 1 mes/año

- AUTOPSIAS: Todas las autopsias de adultos que se registren. Supervisión directa. Turno rotatorio en las autopsias fetales con el resto de los residentes.

  - 🧍🧍🧍 NIVEL 1: supervisión directa ó personal
  - 🧍🧍 NIVEL 2: A medida que avance el primer año algunos aspectos de la rutina pueden realizarse bajo supervisión indirecta ó supervisión directa puntual: prosección de autopsias y tallaje macroscópico de biopsias y piezas quirúrgicas sencillas.

- **R2**
  - CITOLOGÍA: 2 meses /año
  - BIOPSIA: rotación por cada una de las subsecciones de forma equitativa a la carga de cada una.
  - AUTOPSIA: turno rotario para prosección entre los residentes del servicio, tanto en las de adultos como en las fetales.

  - 🧍🧍 NIVEL 2: supervisión indirecta para gran parte de las funciones
  - 🧍🧍🧍 NIVEL 1: para las funciones de mayor dificultad ò que precisen mayor habilidad se requerirá supervisión directa.

- **R3**
  - CITOLOGÍA: 2 meses/año
  - BIOPSIA: rotación por cada una de las subsecciones de forma equitativa a la carga de cada una.
  - AUTOPSIA: : turno rotario para prosección entre los residentes del servicio, tanto en las de adultos como en las fetales.

  - 🧍🧍 NIVEL 2 : supervisión indirecta, para la mayor parte de las funciones.

- **R4**
  - CITOLOGÍA: 2 meses
  - BIOPSIA: rotación por cada una de las subsecciones de forma equitativa a la carga de cada una.
  - AUTOPSIA: turno rotario para prosección entre los residentes del servicio, tanto en las de adultos como en las fetales.

  - 🧍🧍 NIVEL 2
  - 🧍 NIVEL 3: supervisión general ó a demanda. En la segunda mitad del cuarto año el residente estará en disposición alcanzar el nivel más alto de responsabilidad con supervisión general ó a demanda.