SERVICIO DE GERIATRÍA. HOSPITAL VIRGEN DEL VALLE DE TOLEDO

PRESENTACIÓN

El Complejo Hospitalario de Toledo (CHT) se compone de dos hospitales y cuatro centros de especialidades: el Hospital Virgen de la Salud (HVS) que se encuentra en la ciudad de Toledo (Avda de Barber , 30) y el Hospital Virgen del Valle (HVV), situado a unos 5 kms del HVS (Carretera de Cobisa, s/n), el Centro de Especialidades de Diagnóstico y Tratamiento (CEDTs) San Ildefonso, situado próximo al HVS y otros tres CEDTs localizados en las localidades de Illescas, Torrijos y Ocaña..

El CHT se ha convertido en Centro de referencia para la Comunidad de Castilla la Mancha, disponiendo de una cartera de servicios muy amplia y completa. El Área de Salud de Toledo dependiente directamente del CHT consta de 350.000 habitantes y se estima que Castilla La Mancha suma un total de 2.000.000 de habitantes.

Los residentes especialistas en formación (MIR, EIR, BIR, QIR y FIR) representan un colectivo esencial dentro del CHT. En estos momentos casi 300 residentes en formación (tanto de medicina, enfermería, farmacia, química o biología) se encuentran en nuestras unidades y servicios docentes acreditados realizando una doble labor docente y asistencial supervisada que se prolongará por dos, tres, cuatro o cinco años según los distintos programas de formación.

El Servicio de Geriatría (SG) del CHT es uno de los servicios docentes en geriatría con mayor raigambre en la formación de especialistas de nuestro sistema de salud. En 2014 tuvimos la ocasión de celebrar los 25 años de la acreditación como servicio docente de ésta especialidad, habiéndose formado en estos años a cerca de 100 geriatras que en la actualidad se encuentran desarrollando su trabajo como expertos clínicos en España, la Unión Europea y América. Su calidad clínica siempre ha sido el sello que ha distinguido a nuestros especialistas siendo por ello muy apreciados por los diferentes sistemas y organizaciones de salud en los que hoy dispensan su especializada labor. Desde el año 2011, a la formación de médicos se ha unido la capacidad para formar enfermeras especialistas en Geriatría generando así un núcleo de formación específica y de diseminación de conocimiento que el el área de la Gerontología tiene la Unidad de Geriatría de Toledo.

Desde 2014 el SG está envuelto en cambios organizativos profundos que tienen por fin transformar la asistencia actual a una atención más acorde con los retos que el sistema de salud debe afrontar para adaptarse a la demanda asistencial que el cambio demográfico nos exige en este siglo XXI.

Nuestra propuesta se basa en cuatro principios:

-Cuidados centrados en el paciente. Desarrollo de una atención clínica de calidad e individualizada.
-Organización asistencial que facilite la gradación y la continuidad en los cuidados, evitando así hiatos asistenciales.
-Generación de conocimiento básico, clínico, epidemiológico y organizacional fundamentado en unas líneas de investigación propias y de calidad.
-Diseminación del conocimiento mediante la generación de especialistas con una formación holística y altamente cualificados para responder a los retos del envejecimiento poblacional.

Nuestro servicio, está en condiciones de cumplir estos principios. Su dimensión (158 camas) y extensión de cuidados (desde cuidados hiperagudos a transicionales) hacen de él un servicio sistémico (40% de las camas médicas del CHT) y singular dentro de nuestro sistema de salud. Sus líneas de invetigación son internacionalmente reconocidas y están a la vanguardia de Europa en modelos de fragilidad y envejecimiento, Su personal facultativo tiene la experiencia docente y cualificación clínica necesarias para procurar una excelente formación clínica, Estos aspectos facultan al Servicio de Geriatría para formar especialistas con un perfil distintivo:

-Alta cualificación clínica.
-Experto en envejecimiento
-Experto en organización asistencial
-Investigador.

Dr Francisco José García García

Jefe de Servicio de Geriatría
Complejo Hospitalario de Toledo

1. CARTERA DE SERVICIOS ASISTENCIALES Y DOCENTES DEL SERVICIO

1.1. RECURSOS HUMANOS (ORGANIZACIÓN JERÁRQUICA Y FUNCIONAL)

Jefe de Servicio: Dr. Francisco José García García

Tutores de Residentes: Dra. Ana Escolante Melich (anamelich@yahoo.es) y Dr. Miguel Araújo Ordoñez (maraujo@sescam.jccm.es)

Facultativos:

Facultativos Especialistas en Geriatría: 22
- Dra. Ana Alfaro
- Dra. Solange Amor
- Dr. Miguel Araújo
- Dra. Carmen Barrero
- Dr. Antonio Blanco
- Dr. Antonio Carbonell
- Dra. Carmen Castillo
- Dr. Raúl Cifuentes
- Dra. Beatriz Cobos
- Dra. Aurora Cruz
- Dra. Mª Ángeles de la Torre
- Dra. Lucía Díaz
- Dra. Ana Escolante
- Dr. Francisco José García
- Dr. Fernando Jiménez.
- Dra. Mº Josefa Led.
- Dr. Felipe Madruga
- Dra. Esperanza Martín Correa
- Dr. Romeo Rivas
- Dra. Carmen Rodríguez
- Dra. Cristina Rosado
- Dra. Eva Zafra

Facultativos especialistas en Medicina Interna: 4
- Dra. Concepción Calvo
- Dr. Miguel Ángel Carbonell
- Dr. Luis Martos

- Dra. Adela Rodríguez.

Facultativos de Medicina General: 2

- Dra. Rosa Daimiel.
- Dr. Manuel Mareque

Médicos Residentes de Geriatría (año 2014 - 2015): 9: 1 R1, 3 R2, 3 R3, 2 R4

1.2. ESTRUCTURA FÍSICA

La sección de Geriatría se inició con la reconversión del Hospital Virgen del Valle en 1987, formando parte desde 1995 del Complejo Hospitalario de Toledo.

El Hospital Virgen del Valle es un Hospital monográfico en Geriatría que consta de:

- 133 camas de hospitalización de agudos (UGA)
- 21 camas de recuperación funcional o media estancia (URF o UME)
- 4 camas de altos cuidados (UAC)
- Hospital de Día geriátrico
- Equipo de Atención a Domicilio (EAD)
- Consultas Externas (en edificio anexo al hospital)
- Psicogeriatría (en edificio de Consultas externas)
- Rehabilitación (con médico rehabilitador y equipo de fisioterapia)
- Consulta de Seguimiento
- Consulta de la Unidad de Memoria (en edificio de Consultas Externas)
- Consultas de Geriatría en los CEDT de las poblaciones de Illescas, Ocaña y Torrijos.
- Unidad de Ortogeriatría, ubicada en HVS
- Soporte de atención geriátrica en el servicio de Urgencias de HVS.
- Consulta de Dolor (en edificio de Consultas Externas)

Dispone de:

- Laboratorio: operativo en días laborables
- Radiología: operativo en días laborables con radiología convencional, ecografia 2D, radiología digestiva con contraste y TAC.
- Farmacia
- Sala de Sesiones
- Unidad Docente Multiprofesional en Geriatría
- Biblioteca

1.3. CARTERA DE SERVICIOS

- Unidad Geriátrica de Agudos (UGA)
- Unidad de Recuperación Funcional o Media Estancia (URF o UME)
- Consultas externas de geriatría general
- Unidad de Memoria
- Unidad de Psicogeriatría
- Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria (AGD)
- Unidad de Altos Cuidados (UAC)
- Unidad de Ortogeriatría
- Unidad de dolor y cuidados paliativos en pacientes geriátricos
- Valoración geriátrica en Urgencias HVS

1.4. ACTIVIDADES ASISTENCIALES QUE REALIZA EL SERVICIO Y ORGANIZACIÓN DE LAS MISMAS (CONSULTAS, HOSPITAL DE DÍA, QUIRÓFANOS, CEDTSs, ETC):

A continuación se describen las unidades:

- Unidad Geriátrica de Agudos
- Unidad de Recuperación Funcional (UME)
- Consultas externas de geriatría general y monográficas de memoria
- Unidad de Psicogeriatría
- Unidad de atención geriátrica domiciliaria
- Unidad de Altos Cuidados Geriátricos (UAC)
- Unidad de Ortogeriatría
- Unidad de dolor y cuidados paliativos en pacientes geriátricos
- Valoración geriátrica en Urgencias.

UNIDAD DE AGUDOS GERIÁTRICOS: Se realiza una asistencia diaria y continuada a los pacientes ingresados, de lunes a viernes, mediante un pase de visita que se realiza en horario de mañana, por el facultativo especialista responsable de la planta que corresponda, acompañado por el médico residente que en ese momento este rotando por esta unidad. Posteriormente al pase de visita se ajustaran los tratamientos, si procedieran, se informa a los familiares sobre el estado clínico del paciente y se cumplimenta la historia evolutiva del paciente así como la solicitud de las pruebas complementarias e informes que se precisen para la resolución del ingreso. Los días no laborables, y laborables a partir de las 15 horas, corresponde a los médicos de guardia realizar las historias clínicas de los pacientes que ingresen en dicha unidad así como la atención de las incidencias médicas (urgentes o no urgentes) que surjan a los largo de la guardia.

UNIDAD DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL: En esta unidad los pacientes ingresan procedentes de otros servicios (traumatología, neurología, cirugía….) o de otras secciones de geriatría, para realizar una recuperación motora de aquellos déficits en la funcionalidad que hayan padecido. La actividad asistencial consiste en un pase de visita diario por el adjunto responsable de dicha unidad, con el fin de vigilar cualquier incidencia médica que pueda complicar la recuperación funcional del paciente para posteriormente pasar a las respectivas terapias que precisen (fisioterapia, logoterapia, terapia ocupacional…). Semanalmente se realiza una sesión multidisciplinar, donde participan tanto enfermería de la planta, geriatra responsable de la unidad, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, rehabilitadores y trabajador social, para decidir el destino del paciente así como conocer la situación clínica actual del paciente.

UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA: Ubicada dentro del servicio de Traumatología, esta unidad está constituida por dos médicos especialistas en geriatría. Al igual que en unidades anteriormente descritas se realiza un pase de visita a los pacientes geriátricos que ingresan a cargo de Traumatología, con diagnóstico de fractura de cadera, fracturas de ramas pélvicas, fracturas de cotilo y fracturas diafisarias de fémur proximales y que precisan de ser intervenidos quirúrgicamente. Se sigue su evolución desde el momento del ingreso hasta la resolución del proceso quirúrgico, resolviendo también el destino final del paciente, según sus características. Además también se encargan de realizar las interconsultas de otros servicios para traslado a algunos de nuestros niveles asistenciales.

VALORACIÓN GERIÁTRICA EN URGENCIAS: Se realiza mediante un geriatra en horario de 8.00-15.00h que se encarga de valorar pacientes ingresados en el servicio de Urgencias, que cumplan criterios de ingreso a cargo del servicio de geriatría, decidiéndose derivación a otro nivel asistencial, ingreso o alta con ajuste de tratamiento y con la posibilidad de revisión precoz en una consulta de alta resolución habilitada para ello.

CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA Y UNIDAD DE MEMORIA: De lunes a viernes se realizan consultas de Geriatría general, atendiendo de 1 paciente nuevos diarios y varias consultas sucesivas según el médico al que le corresponda dicho día. Se dispone de una enfermera con formación en geriatría, para una asistencia integral del paciente ambulatorio, pudiendo realizar pruebas complementarias de imagen (radiografías, ecografías) y analíticas si se precisara en el mismo momento. Además de las consultas de geriatría general se dispone de una unidad de memoria con consultas donde se valora de manera integral al paciente con quejas de memoria: anamnesis, diagnóstico, realización de pruebas complementarias, tratamiento y seguimiento del mismo. Del mismo modo se organizan las consultas externas en los CEDTs a cargo de Geriatría, en el que se ven 4 pacientes nuevos y 7 revisiones de forma diaria, la consulta de Psicogeriatría (diaria) o de dolor crónico en geriatría (un día semanal a cargo del Dr. Mareque).

UNIDAD DE ATENCION GERIÁTRICA DOMICILIARIA: Esta unidad pretende dar soporte asistencial al paciente geriátrico, que por patología oncológica o no oncológica se encuentra en una situación de imposibilidad para acudir a las consultas externas del centro. Se atiende en jornada matutina y en días laborables, realizando valoraciones en el domicilio del paciente y el seguimiento del mismo hasta la resolución del proceso que le provoque dicha imposibilidad. Se atiende asimismo al paciente geriátrico con enfermedad terminal y en situación de “últimos días”. Consta de dos equipos médicos y tres de enfermería para abarcar un perímetro geográfico de hasta 30 Km. desde Toledo.

HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO: En esta unidad se asiste al paciente geriátrico que precisa realizar recuperación funcional por cualquier motivo y que no es candidato a permanecer ingresado en la unidad de recuperación funcional, permitiendo que acuda diariamente, excepto festivos y fines de semana, para realizar las diferentes terapias que precise (rehabilitación, logoterapia, terapia ocupacional…) y que posteriormente a su realización abandone el hospital tras la comida. Asimismo, esta unidad dispone de una consulta monográfica en el que se valoran trastornos de la marcha y caídas y osteoporosis, que colabora conjuntamente con el servicio de rehabilitación.

UNIDAD DE ALTOS CUIDADOS GERIÁTRICOS (UAC): Esta unidad está a disposición de cualquier servicio del complejo hospitalario, para tratar a pacientes geriátricos que presenten alguna patología aguda que comprometa su vida y sean precisas unas medidas intensivas que difícilmente se puedan ofrecer en una unidad de agudos. Fundamentalmente se tratan patologías cardíacas/coronarias, infecciosas o respiratorias graves. Dispone de 4 camas con monitorización continua y diariamente se realiza pase de visita con ajuste terapéutico e información a familiares.

1.5.- ACTIVIDADES DOCENTES DEL PROPIO SERVICIO (SESIONES, SEMINARIOS, TALLERES, CURSOS, ETC) y DEL CENTRO (PLAN DE FORMACIÓN COMÚN TRANSVERSAL)

Las sesiones son de carácter obligatorio.

En el Hospital Virgen del Valle se celebran los martes y jueves a las 8:45 a.m. en la tercera planta centro. Se ruega puntualidad por respeto a la persona que ha preparado la sesión y se debe firmar un documento para tener constancia de la asistencia de cada uno. Generalmente los martes se celebran sesiones de tipo casos clínicos tanto abiertos, cerrados o casos problema y los jueves suelen ser revisiones de temas, protocolos o bibliográficas. Los viernes son específicas de la unidad de memoria donde se hacen alternando casos clínicos, bibliográficas y revisión de temas. Los miércoles hay sesión general en el salón de actos del Hospital Virgen de la Salud a las 8:00. Siempre estarán anunciadas en la página principal de la intranet con antelación. Respecto a los residentes de primer año las sesiones son distintas a las del servicio de geriatría en general, dado que prácticamente todo el año están en las rotaciones básicas en otros servicios distintos (a su vez situado en otro hospital). Sin embargo, para alguna sesión considerada especial se les avisará para que puedan acudir al hospital y asistir a la misma. Durante los meses de rotación por la Unidad Geriátrica de Agudos se considera necesario realizar un mínimo de 1 sesión monográfica o caso clínico y 1 sesión bibliográfica. Durante las rotaciones en digestivo, cardiología, neurología y la rotación opcional se debe asistir

a las sesiones programadas. En general: Lunes (8:00-9:00): alternando cardiología y digestivo Martes (8:00-9:00): Alternando medicina interna y urgencias. Miércoles (8:00- 9:00): sesión general o bien otras sesiones en el servicio donde se esté rotando Jueves (8:00-9:00): Neurología siendo en la 3ª planta del entronque. Viernes (8:00-9:00): cada servicio se encargará de organizar sus propias sesiones debiendo acudir a las mismas. Es necesario que realicen como mínimo una sesión cada 2 meses. Para el resto de residentes de los demás años, sigue siendo obligatoria su asistencia y se considera necesario al menos hacer una sesión cada dos meses. Ésta será variable alternando tanto bibliográficas como caso clínico y monográficas. Para los residentes que estén rotando en unidades específicas de geriatría se considera imprescindible acudir y liderar al mínimo 2-4 sesiones interdisciplinarias al mes. Al finalizar la residencia será obligatorio haber presentado una sesión general.

1.6.- ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN (BECAS, PROYECTOS, LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN ACTIVAS EN EL SERVICIO, ETC)

LÍNEAS Y OFERTA DE INVESTIGACIÓN DEL SERVICIO PARA LOS RESIDENTES:

En Geriatría existe un amplio abanico de posibilidades de investigación en temas de gran relevancia, tanto por el número de afectados como por la carga que suponen. Son áreas de interés para la investigación en envejecimiento y salud entre otros, las siguientes:

a) *Investigación para promover un envejecimiento saludable*. Determinar los factores más importantes que rigen el proceso de envejecimiento y la forma de prevenirlos o controlarlos, retrasando la aparición de discapacidades, reduciendo, la fragilidad y los problemas derivados de la misma. Son particularmente necesarios los estudios longitudinales.

b) *Investigación para mejorar el manejo de trastornos del estado de salud relacionados con el envejecimiento*. De especial trascendencia es conocer el efecto de los tratamientos sobre la mortalidad, pero principalmente sobre su función global y estado físico.

c*) Investigación para perfeccionar las políticas de salud relacionadas con el envejecimiento*. Es preciso estudiar los sistemas de apoyo y cuidado formal e informal con una visión global y solidaria

La geriatría precisa que se investigue sobre las alternativas a la hospitalización, la eficacia de los cuidados complementarios y continuados, unidades de rehabilitación geriátrica y redes asistenciales, así como la evaluación de la ayuda domiciliaria y los cuidados informales.

Desde el año 2011 la unidad docente de geriatría ha pasado a ser Unidad Docente Multiprofesional de Geriatría donde hay formación conjunta tanto de médicos residentes (MIR) como de enfermeros residentes (EIR), esto contribuye a una unión entre enfermería y medicina orientada hacia un fin común: la asistencia integral al paciente geriátrico. El plan formativo de los EIR comparte tareas y funciones con el de los MIR por lo que la colaboración entre ambas partes es fluida y relevante. Se programan sesiones para que sean impartidas de manera conjunta y se trabaja en conjunto para fomentar la investigación, la realización de cursos o la asistencia a eventos científicos comunes.

OFERTA EN ACTIVIDADES Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN DEL SERVICIO PARA RESIDENTES

El grupo de Investigación del SG del HVV es grupo de pleno derecho en la Red Española Temática de Investigación en Envejecimiento y Fragilidad (RETICEF (RD12/0043/0020), la cual es una de las Redes mejor evaluadas por el ISCIII. El grupo de Toledo, aporta a la red una cohorte dedicada al estudio de modelos de envejecimiento y fragilidad (Estudio Toledo de Envejecimiento Saludable (ETES)) y su gran Biobanco: más de 100.000 muestras. Esta aportación hace de nuestro grupo de investigación uno de los de mayor peso específico dentro de RETICEF. En la actualidad, nuestro grupo de investigación reúne a clínicos, ingenieros

matemáticos e informáticos, doctores en ciencias del deporte, biólogos, psicólogos que proporcionan al grupo un perfil interdisciplinar necesario para investigar en envejecimiento.

Hasta el momento, las líneas de investigación del grupo coinciden con la del ETES, el cual ha procurado a sus investigadores una importante presencia en la investigación sobre envejecimiento en España y Europa. En la Actualidad y gracias al ETES nuestro grupo colabora con investigadores de alto nivel de seis universidades españolas y 6 europeas y está inmerso en un proyecto de investigación europeo el "FRAILOMIC INICIATIVE" (FP7-305483-2) dedicado a identificar biomarcadores diagnósticos y pronósticos de fragilidad y ha entrado a formar parte de la redes internacionales de investigación: Global Research Network on Health & Ageing de la International Association of Gerontology and Geriatrics y GERONTONET

LAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN DEL SERVICIO:

Línea 1. ***Modelos de fragilidad y envejecimiento: Estudio Toledo para un Envejecimiento Saludable.***

Líneas específicas:

- Marcadores biológicos, clínicos, mentales y sociales de fragilidad y envejecimiento.
- Identificación y perfeccionamiento de Fenotipos de fragilidad y envejecimiento.
- Creación y Validación de instrumentos de evaluación de fragilidad.
- Papel de la inflamación en la fragilidad y deterioro cognitive.
- Inflamación como desencadenante de eventos de salud.
- Actividad física como modulador de la fragilidad y envejecimiento.
- Fragilidad y comorbilidad como determinantes de discapacidad y dependencia.
- Impacto económico de la fragilidad, comorbilidad y discapacidad.
- Intervenciones en prevención de fragilidad y discapacidad.

¿Qué es el ETES?

El Estudio Toledo de Envejecimiento Saludable (ETES) es la principal cohorte poblacional de la Red Temática de Investigación Cooperativa en Envejecimiento y Fragilidad (RETICEF) y del proyecto "Frailomic Iniciative" (FP7-305483-2) . Nace con la vocación de realizar investigación traslacional y está conceptuado como un estudio puerta a puerta, longitudinal, de base poblacional, tipo cohorte abierta, en sujetos mayores de 64 años institucionalizados y no institucionalizados del Partido Judicial de Toledo, con cortes transversales cada 3 años . El ETES es similar en diseño a otros estudios en los que el envejecimiento es uno de sus principales temas de investigación como EPESE, NHANES, ABC study, CHS etc.

Cada ola consta de tres partes: una entrevista en el domicilio de 90 minutos, una evaluación por enfermería que dura 60' y por último la toma de muestras de sangre. La evaluación consta de variables sociodemográficas, función, cognición, nutrición, comorbilidad, calidad de vida, soporte social e instrumental, pruebas de rendimiento físico, ECG, espirometría, antropometría etc. Las muestras de sangre son procesadas y parte de ellas enviadas a los grupos colaboradores y la otra parte se almacenan.

El primer corte a la población se realizó entre 2006- 2009 generando un biobanco y una base de datos con más de 1000 variables. Durante los años 2011- 2013 se desarrolló el segundo corte a la población (PI10/01532, PI2010/020). Este corte, supuso grandes cambios en el ETES; la inclusión de una cohorte de alta longevidad (260 mayores de 90 años y 53 centenarios) y la adicción de nuevas y relevantes medidas en el campo del envejecimiento: Composición corporal con DEXA de última generación, Ecocardiografía 2D, Evaluación de la elasticidad arterial (Sphigmocor), medidas de actividad física con acelerómetros 3D (actitrainer) etc. Los sujetos evaluados fueron 2,721 , se extrajeron muestras de sangre y orina en 2350 que sirvieron para concretar el biobanco longitudinal con más de 100.000 nuevas alícuotas para: DNA, RNA, Mononucleares, hematíes, suero, plasma, orina y sangre total. Durante 2015-2017 desarrollaremos el tercer corte a la población.

Línea 2. ***Efectos de la Intervención con ejercicio físico en la enfermedad crónica y fragilidad***. Durante el año 2014 hemos completado la capacitación de un gimnasio dentro del área de hospital de día al que hemos incorporado cicloergómetros, máquinas de prensa, etc. necesarios para implementar la intervención con programas de ejercicio estandarizados. La línea de investigación se lleva a cabo con la colaboración de la facultad de ciencias del deporte (grupo GENUD).

Líneas específicas:
- Efectos de un programa multicomponente (ejercicio físico, educación, control clínico) sobre el control metabólico de la diabetes. Estudio MID-FRAIL.
- Efectos de un programa mixto de ejercicio físico (resistencia y fuerza) sobre respuesta inmunitaria, respuesta hormonal, ventilación pulmonar, respuesta cardiometabólica, estrés oxidativo y de condición física en pacientes con EPOC. Estudio Brontol.

De manera periódica, la Unidad Docente Multiprofesional se reúne para programar actividades, plantear mejoras en la formación de sus residentes o dar solución a los posibles conflictos que surjan.

OBJETIVOS EN INVESTIGACIÓN DEL SERVICIO PARA LOS RESIDENTES:

El servicio de Geriatría se adhiere a la normativa común de la Comisión de Docencia del Complejo Hospitalario de Toledo respecto a los objetivos y obligaciones de los residentes en relación con el apartado de investigación biomédica:

1.- *Realización y superación de los cursos y actividades de formación en investigación clínica y básica:*
NIVEL 1º
-Bases de datos bibliográficos en Ciencias de la Salud (Revisión bibliográfica) (15 plazas, 16 horas lectivas).
Tres ediciones (consultar en Docencia qué edición ha sido asignada a cada residente)
1ª ed: septiembre 2015 (horario mañana y tarde);
2ª ed. octubre 2015 (horario mañana y tarde);
3ª ed: noviembre 2015 (horario mañana y tarde).
Dª. María Luisa Alonso (Bibliotecaria del Hospital Virgen de la Salud).
-Curso de Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud (residentes de primer año) (80 plazas por edición, 20 horas lectivas)
1ª edición: Fechas por confirmar en enero-febrero de 2016 Dr. Pedro Beneyto (Comisión de Investigación)
NIVEL 2º:
Tras la realización de los dos cursos anteriores - NIVEL 1):
-Lectura crítica de artículos científicos (30 plazas por edición, 20 horas lectivas)
1ª edición: septiembre de 2015 (fechas por confirmar)
Dr. Pedro Beneyto y Dr. Agustín Julián (Comisión de Investigación y Comisión de Docencia)
-Metodología en la redacción, presentación y publicación de trabajos científicos (50 plazas por edición, 16 horas lectivas)
1ª edición: diciembre de 2015 (fechas por confirmar)
Dr. Pedro Beneyto y Dr. Agustín Julián (Comisión de Investigación y Comisión de Docencia)
NIVEL 3º:
Tras la realización de los dos cursos anteriores - NIVEL 2):
-Análisis estadístico de datos con el programa SPSS (18 plazas, 20 horas lectivas)
1ª edición: octubre de 2015 (de 16:00 a 20:00 horas)
1ª edición: diciembre de 2015 (de 16:00 a 20:00 horas)
Dr. Rafael Cuena (Metodólogo, Comisión de Investigación)

2.- Consecución de, al menos, una publicación como autor en una revista biomedical indexada con Factor Impacto según la ISI Web of Knowledge - Journal Citation Reports.
Aunque la recomendación y la propuesta para todos los residentes es que elaboren su tesis doctoral (en formato de publicaciones múltiples).

El Manual básico para el residente investigador novel elaborado por las Comisiones de Docencia y de Investigación está disponible como fichero adjunto en la Web de la Comisión de Docencia: http://www.cht.es/cht/cm/cht/tkContent?pgseed=1421927464458&idContent=9922&locale=es_ES&textOnly=false

1.7.- DOCUMENTACIÓN Y PROTOCOLOS DISPONIBLES EN EL SERVICIO (GUÍAS, REVISIONES, PROTOCOLOS INTERNOS, ETC).

- Neumonía en geriatría. Coordinadores: Cristina Rosado y Solange Amor. Autores: Zoilo Yusta, Hugo González y Fernando Rowlands. Revisión publicada en Manual de Residentes de Geriatría 2011

- **Infección Urinaria en geriatría**. Coordinadores: Ana Escolante Melich y Solange Amor. Autores: Miriam Muruaga, Oswaldo Toledo y Pablo Gallardo Revisión publicada en Manual de Residentes de Geriatría 2011.

- **Tuberculosis**. Coordinador: Beatriz Cobos. Autores: Valia Rentería, Romeo Rivas y Carmen Minea. Revisión publicada en Manual de Residentes de Geriatría 2011

- **Cuidados en fractura de cadera**, 2012. Autor: Carmen Barrero. Guía de actuación publicada en intranet

- **Contención mecánica**. Autor: Cristina Rosado. 2010. Protocolo interno

- **Proceso asistencia del deterioro cognitivo en los CEDTs**. Autor: Miguel Araújo. 2010-11. Protocolo interno

- **Envejecimiento Activo**, 2011. Autores: Aurora Cruz, Ana Escolante. Revisión publicada en Cuadernos de Formación Continuada de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo

- **Fragilidad y Sarcopenia**. Autores: Mº Josefa Led y Solange Amor. Revisión publicada en Cuadernos de Formación Continuada de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo, 2011

- **Úlceras por presión**, 2011. Autores: Ana Escolante Melich y Aurora Cruz. Revisión publicada en Cuadernos de Formación Continuada de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo

- **Valoración Geriátrica Integral**. Autores: Beatriz Cobos y Cristina Rosado.Revisión publicada en Cuadernos de Formación Continuada de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo, 2011

- **Malnutrición en el anciano**. Autores: Miguel Araújo Ordoñez y Marta Checa. Revisión publicada en Cuadernos de Formación Continuada de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo, 2011.

- Demencias. Autores: Cristina Rosado y Beatriz Cobos. Revisión publicada en Cuadernos de Formación Continuada de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo, 2011.

- **Síndrome Confusional Agudo**, 2011. Autores: Zoilo Yusta y Carmen García Redecillas. Revisión publicada en Cuadernos de Formación Continuada de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

- **Abordaje integral del paciente geriátrico con enfermedad crónica avanzada no oncológica**,2011.

Autores: Carmen Rodríguez y Carmen Castillo. Revisión publicada en Cuadernos de Formación Continuada de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo

El Manual de Protocolos y actuación en Urgencias elaborado por múltiples miembros de la Comisión de Docencia y servicios y unidades del Complejo Hospitalario de Toledo está disponible como fichero adjunto en la Web de la Comisión de Docencia:

http://www.cht.es/cht/cm/cht/tkContent?
pgseed=1421927464458&idContent=9922&locale=es_ES&textOnly=false

1.8.- BIBLIOTECA Y ACCESOS (ELECTRÓNICOS) A LAS REVISTAS Y TRATADOS DE LA ESPECIALIDAD

En la Biblioteca de nuestro centro disponemos de un gran número de revista de la especialidad de Geriatría así como de Medicina Interna y otras especialidades que se han considerado interesantes por su significación y complementar a la Biblioteca del Complejo. A través de las claves de acceso podréis acceder mediante conexión a internet al portal e-biblioteca del SESCAM donde podéis consultar revistas de vuestro interés.

Algunos libros y revistas de la especialidad aconsejados son:

LIBROS

- GERIATRÍA CLÍNICA. Robert L. Kane. Ed McGraw-Hill Interamericana. Cuarta edición. Essentials of clinical Geriatrics"
- PRINCIPLES OF GERIATRIC MEDICINE AND GERONTOLOGY. *Willian* R. Hazzard. Cuarta edición. Ed: McGraw Hill.
- GERIATRIC MEDICINE. Christine K. Cassel. Tercera edición. Ed: Springer
- OXFORD TEXTBOOK OF GERIATRIC MEDICINE. Segunda.*ED: Evans* and Willians.
- BASES FISIOLOGICAS DEL ENVEJECIMIENTO Y GERIATRIA. *Paola S.* Timiras Ed: Masson
- GERIATRIC MEDICINE CLINICS. Cuatro libros monográficos cada año.
- TRATADO DE GERIATRÍA PARA RESIDENTES. *Sociedad Española de* Geriatría
- GERIATRÍA. Brocklehurst´s. Raymond C Tallis y Howard M Fillit. Ed Elsevier.

REVISTAS

- Journal of American Geriatric Society (*Revista de la Sociedad Americana* de geriatría).
- Revista de Geriatría y Gerontología (editada *por la Sociedad de* Geriatría)
- Age Aging (revista de la Sociedad Británica de Geriatría)
- Drugs and Aging
- New England
- Mayo Clinic
- Medicina Clínica
- Journal of Gerontology
- Annals of internal medicine

1.9.-UNIDADES DE APOYO EXISTENTES (INVESTIGACIÓN, FORMACIÓN, GRUPO DE AYUDA RESIDENTE INVESTIGADOR, BIOÉTICA, CALIDAD).

El Hospital cuenta con los siguientes recursos para la ayuda al Residente investigador:

- Comisión de Docencia
- Comisión de Investigación
- Unidad de Investigación
- Comisión de Formación Continuada
- Grupo de trabajo de apoyo al residente investigador novel.

1.10.- REUNIONES DE TUTORIZACIÓN. FIGURA Y FUNCIONES DEL TUTOR

La tutorización en geriatría está representada por los facultativos adjuntos Ana Escolante y Miguel Araújo, ambos médicos especialistas en geriatría. Cada tutor se encarga del seguimiento y evaluación de los residentes asignados a su cargo durante todo el periodo formativo del médico residente, siendo su referente en dicho periodo ante cualquier duda, problema o cuestión que surja. La relación con el tutor ha de ser fluida y en constante comunicación, para ello se realizan reuniones informativas con una periodicidad trimestral, aunque ello no excluye la posibilidad, y en ocasiones necesidad, de reunirse con mayor asiduidad.

Son funciones del tutor:

- Elaborar el itinerario formativo del residente, sus rotaciones y colaboradores docentes con los que conseguir los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para concluir con éxito la formación médica especializada.
- Elaborar el plan individual de formación, en coordinación con los responsables de los dispositivos asistenciales y demás tutores de las diversas especialidades en las que ha de rotar el residente.
- Proponer y defender ante la comisión de docencia las diferentes rotaciones externas al centro que el residente precise para completar su formación especializada, siempre que sean consideradas necesarias y no se disponga de ellas en su centro de referencia.
- Mantener entrevistas periódicas con el resto de colaboradores docentes para informarse sobre la evolución del residente, los posibles problemas que hayan surgido así como con aquellos otros especialistas que intervengan en el proceso de formación del residente.
- Realizar las evaluaciones formativas de los residentes y los informes correspondientes, mediante la celebración de entrevistas periódicas (mínimo 4 por año formativo) utilizando el modelo de entrevista estructurada aprobado por la Comisión de Docencia.
- Supervisar la realización y presentación de la Memoria del Residente, soporte operativo de su formación, en la que ha de reflejar toda la actividad docente y asistencial realizada durante el año de formación.
- Comprobar y archivar las diferentes evaluaciones de las rotaciones realizadas por el residente, así como presentárselas al residente en el momento de la evaluación trimestral y anual, según el modelo estructurado para dicho fin por la Comisión de Docencia.
- Elaborar los Informes trimestrales y anuales dónde se valore el progreso del residente en el proceso de adquisición de competencias profesionales, asistenciales, docentes y de investigación.
- Participar en las actividades de Formación Continuada, que a instancias de la Comisión de Docencia se organicen para los tutores sobre aspectos relacionados con el conocimiento y aprendizaje de métodos educativos, técnicas de comunicación, metodología de investigación, gestión de calidad, motivación o aspectos éticos del programa formativo.

1.11.- PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE

Durante todo el proceso de formación en geriatría, el médico interno residente será supervisado y evaluado según el protocolo de supervisión vigente del servicio, en el que se asegura la consecución de los objetivos, capacidades y habilidades necesarias para obtener el título acreditativo de especialista en geriatría. En dicho protocolo se estable la progresiva adquisición de responsabilidades a lo largo de las rotaciones anuales descritas así como la evaluación de las mismas.

Sirva a modo de resumen el que el médico interno residente ha de entregar al finalizar las diferentes rotaciones un modelo de evaluación en donde se puntúa diferentes aspectos de la rotación, así como actitudes del residente (iniciativa, optimización de recursos, relaciones interpersonales…) y conocimientos sobre las materias tratadas. Dicha evaluación será entregada al tutor responsable del residente, y éste la pondrá en conocimiento del interesado en las diferentes reuniones trimestrales y/o anuales que han de realizarse.

El Servicio de Geriatría posee un protocolo de supervisión y responsabilidad progresiva del residente, aprobado por la Comisión de Docencia que se actualiza regularmente. Este está disponible como fichero adjunto en la Web de la Comisión de Docencia, en el apartado de Subcomisión de Medicina y dentro de la sección de Información de las Unidades y Servicios Docentes del CHT en la información del Servicio de Geriatría:

http://www.cht.es/cht/cm/cht/tkContent?pgseed=1421927912613&idContent=9960&locale=es_ES&textOnly=false

El Servicio de Urgencias junto con la Comisión de Docencia han elaborado un protocolo de supervisión y responsabilidad progresiva del residente. Este está disponible en:

http://www.cht.es/cht/cm/cht/tkContent?pgseed=1421927737763&idContent=9935&locale=es_ES&tex tOnly=false

1.12.- MÉTODOS DE EVALUACIÓN DEL RESIDENTE. MEMORIA DOCENTE.

El residente contará con un plan de evaluaciones:
- Evaluación de cada rotación, sea interna o externa.
- Evaluaciones trimestrales con su tutor
- Evaluación formativa anual de su tutor
- Evaluación anual global
- Evaluación al final de la residencia.

Los resultados de la evaluación deben registrarse en la memoria docente (libro del residente) y serán utilizados en las entrevistas tutor-residente para valorar los avances y déficits del proceso de aprendizaje y establecer medidas de mejora. Todas ellas se realizarán con los modelos o formularios oficiales de la Comisión de Docencia del CHT Ver anexos 2, 3 y 4 (al final de la Guía Formativa Tipo): Normativa de evaluación, modelo de memoria docente y baremo para realizar las memorias.

Además, la Unidad de Geriatría ha incorporado varias evaluaciones específicas y particulares como:

- Evaluación de guardias de geriatría en el HVV:
De forma anual se realiza una reunión a la que se invita a todos los adjuntos del servicio que participan en las guardias, y se evalúa de forma individual a cada residente, teniendo esta evaluación un peso específico en la nota anual final.
- Evaluación de la rotación por consultas externas:
Residentes de 2º año:
Se realiza anual valorado por los diferentes adjuntos con los que ha rotado, separada de la evaluación de agudos y con peso específico en la evaluación anual. Nivel de responsabilidad: inicialmente 3 y sucesivamente hasta 2
Residentes de 3º y 4º año:
Se evaluará anualmente por los titulares de las consultas que le hayan supervisado y con peso específico en la evaluación anual. Con carácter trimestral se informará a los tutores de la especialidad sobre la consecución de los objetivos marcados. Nivel de responsabilidad a adquirir: inicialmente 2 y progresivamente hasta 1.

2.- OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DE CADA AÑO DE RESIDENCIA:

EN RELACIÓN AL PROGRAMA DOCENTE Y SEGÚN EL PROGRAMA NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD ADAPTADO AL CHT

2.1.- OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVOS GENERALES

La alta prevalencia de enfermedades en el anciano, los diferentes patrones de presentación, su tendencia a la incapacidad, su más dificultosa respuesta al tratamiento y sus frecuentes requerimientos de soporte social requieren una especial preparación médica. Los objetivos generales deberán ir dirigidos hacia una formación que contemple al paciente geriátrico, en su completo entorno biopsicosocial, a lo largo de una cadena que comienza en los cambios (morfológicos, psicológicos, funcionales y sociales) que origina el proceso de envejecimiento individual, continúa con la prevención y el manejo de las diferentes situaciones en enfermedad e incapacidad y culmina con la actuación interdisciplinar conjunta en los distintos niveles asistenciales, tanto sanitarios como sociales.

Es por ello necesario que durante la formación en la especialidad de geriatría se abarquen los siguientes aspectos:

1. Conocer en profundidad de la demografía, biología y fisiopatología del paciente anciano. Se deberá conocer en profundidad el proceso del envejecimiento fisiológico y sus cambios funcionales para en un segundo paso poder discernir del proceso patológico.
2. Hacer hincapié en las patologías más frecuentes en esta población y sus manifestaciones, muchas veces de forma atípica.
3. Identificar las enfermedades y causas que provocan pérdida funcional y actuar con medidas de prevención, tratamiento de recuperación funcional.
4. Conocer los síndromes geriátricos*.*

5. Conocer y utilizar técnicas de valoración geriátrica integral como herramienta prioritaria de trabajo.
6. Trabajo interdisciplinar: segundo pilar en nuestro día a día.
7. Saber los principios de la recuperación funcional/ rehabilitación
8. Conocer las unidades geriátricas tanto hospitalarias como extrahospitalarias con el fin de ubicar correctamente a los pacientes atendidos en función de las diferentes situaciones de enfermedad.

En resumen, este programa tiene como objetivo formar profesionales con una adecuada competencia clínica, capaces de realizar una valoración geriátrica integral, trabajar en equipo, ser organizadores de cuidados y coordinadores de recursos y conocer los beneficios, costes y riesgos de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El primer año es el período formativo considerado básico y sus objetivos fundamentales es el de adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que se consideran básicos para el adecuado tratamiento del paciente geriátrico, posibilitando, al mismo tiempo, que los residentes se relacionen con las unidades asistenciales y los profesionales de las especialidades más relacionados con la asistencia geriátrica. El nivel de responsabilidad durante este periodo de formación será de nivel 3 tal manera que las actividades serán realizadas por el personal sanitario del centro y observadas y/o asistidas en su ejecución por el médico residente. Generalmente este nivel 3 se mantiene durante el primer mes, siendo un periodo puramente de observación para inmediatamente pasar a nivel 2 durante el resto del El nivel 2 conlleva actividades realizadas directamente por el residente y supervisión por el personal facultativo del centro.
Se considera necesario que durante este primer año el residente estudie: las teorías del envejecimiento, concepto y ramas de la Gerontología. Biología del envejecimiento. Envejecimiento celular y molecular. Aspectos metabólicos del envejecimiento. Cambios inmunológicos. Medida de la edad biológica. Envejecimiento saludable. Fisiopatología del envejecimiento: cambios anatómicos y funcionales de órganos, sistemas y aparatos. Demografía y epidemiología del envejecimiento. Esperanza y expectativa de vida y perspectivas futuras.

Es fundamental que durante este año en sus rotaciones por los servicios de Neurología, Digestivo y Cardiología aprendan el diagnóstico y manejo de las patologías más prevalentes en geriatría y consigan

realizar una correcta anamnesis. Asimismo es muy importante que tengan conocimientos y habilidades en la realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas tales como punción lumbar, paracentesis o toracocentesis e interpreten los resultados de todas ellas.

Durante el segundo año de residencia su nivel de responsabilidad es 2 siendo el residente quien ejecute y, posteriormente el tutor o el personal facultativo del centro, quien supervise. Este año el objetivo fundamental es el conocimiento de las bases de la asistencia de la medicina geriátrica y la provisión de los servicios adecuados. Durante este periodo debe iniciarse en varios conceptos esenciales de nuestra especialidad como son:
- Concepto de anciano frágil y paciente geriátrico. Fragilidad y Dependencia. Vía de la discapacidad. Limitación funcional.
- Asistencia Geriátrica: Historia. Conceptos. Atención al anciano en Atención Primaria. Asistencia geriátrica en Atención Especializada; niveles asistenciales como son: unidades de agudos, de recuperación funcional o convalecencia (media estancia), hospital de día, consultas externas e interconsultas, asistencia a domicilio o cuidados comunitarios.
-Asistencia geriátrica en servicios sociales: cuidados comunitarios domiciliarios y residenciales. Coordinación socio-sanitaria.
- Medicina preventiva: Actividades preventivas y de promoción de la salud. Exámenes de salud y técnicas de cribado. Estrategias de actuación.
Durante el tercer año de residencia el residente permanece a caballo entre el nivel de responsabilidad 2 y 1 de tal manera que se considera que el residente en los últimos meses del año tiene independencia y únicamente informa al facultativo o el tutor de sus actuaciones.

Durante este año es fundamental integrar conceptos como:
- Psicología y sociología del envejecimiento: Envejecimiento biopsicosocial. Factores sociales, culturales y económicos y su repercusión sobre la enfermedad. Hábitat y vivienda. Relaciones sociales y ocio. Jubilación. Participación social. Estudio de necesidades y recursos socio sanitarios.
- Teoría y práctica de la valoración geriátrica integral: Conceptos generales. Beneficios de la intervención. Grupos de riesgo. Valoración clínica, funcional, mental y social. Peculiaridades de la valoración clínica: Historia, exploración y pruebas complementarias; síndromes geriátricos y patologías no informadas. Conocimiento y manejo de las principales escalas de valoración funcional, mental y social.
- Aspectos interdisciplinares: Concepto de interdisciplinariedad. Objetivos y limitaciones del equipo interdisciplinar. Interdisciplinariedad informal y formal. Enfermería en Geriatría. Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Otras disciplinas implicadas en el cuidado del anciano.
- Síndromes geriátricos: Debe de adquirir destreza y conocimientos en el conjunto de síndromes como son:

A) Incontinencia urinaria: protocolo diagnóstico y terapéutico.
B) Deterioro cognitivo/Demencia: Protocolo diagnóstico. Actitud terapéutica.
C) Síndrome confusional: Prevención y manejo.
D) Trastornos del sueño.
E) Caídas, trastornos de la marcha y del equilibrio. Síndrome poscaída.
F) Síndrome de inmovilización: Protocolo diagnóstico. Prevención y manejo de complicaciones. Enfoque rehabilitador.
G) Impactación e incontinencia fecal: protocolo diagnóstico y terapéutico
H) Úlceras por presión: Causas y consecuencias. Prevención. Tratamiento.
I) Malnutrición: Valoración del estado nutricional. Deshidratación. Alimentación enteral y parenteral.

Durante el cuarto año de residencia el residente es totalmente autónomo, debiendo informar al tutor o bien el adjunto responsable de la rotación el trabajo que realice.
Durante este último año el residente será capaz de:

-Manejar las patologías de forma autónoma que acudan a la consulta externa de geriatría, sabiendo racionalizar los recursos sociosanitarios y optimizar las pruebas diagnósticas.
-Sabrá tratar al conjunto de la familia y paciente en enfermedades degenerativas como la demencia, Enfermedad de Parkinson en sus estadíos avanzados y terminales.
-Sabrá adecuar las técnicas diagnósticas y rehabilitadoras.
-Prescripción de dietas orales, enterales y parenterales. Ostomías.
-Manejo de problemática social y bioética. Adecuación de servicios sociosanitarios.
-Será capaz de liderar sesiones interdisciplinares e intervención en la planificación del alta.

2..2..- COMPETENCIAS A ADQUIRIR

El programa formativo de la especialidad es el de "residencia" a través del cual se contempla una formación tanto teórica como práctica continuada, tutelada, planificada, evaluada y basada en el autoaprendizaje dirigido, en el que los niveles de responsabilidad serán mayores a medida que el residente va avanzando a lo largo de los cuatro años del proceso formativo.
Los aspectos teóricos se adquirirán a través de diferentes sesiones tanto clínicas, bibliográficas y monográficas donde el residente participará de forma activa en su realización. Así también podrá asistir a seminarios y cursos que se impartirán en el propio complejo hospitalario como organizadas por distintas sociedades científicas (siempre autorizadas por el adjunto con quien rote, tutor y jefe de sección). Se considera necesario que el residente además de acudir como asistente a charlas y/o cursos, realice actividades donde sea ponente de comunicaciones en formato póster u orales, así como que se incorpore en grupos de investigación.

Respecto al aspecto práctico se adquirirá a través de las distintas rotaciones planificadas que se realizarán tanto en la propia sección de geriatría como en otros servicios del propio complejo hospitalario (denominadas ambas internas) y finalmente existe la posibilidad de rotar en nuestro país o en el extranjero en hospitales acreditados y con reconocido prestigio (rotaciones externas) previa autorización por parte del servicio así como la comisión de docencia y SESCAM.

3.- ACTIVIDADES ASISTENCIALES A DESARROLLAR

3.1.- ESQUEMA GENERAL DE LAS ROTACIONES Y ESTANCIAS FORMATIVAS: puede variar según disponibilidad de fechas en los servicios rotantes o niveles asistenciales

3.2.- ROTACIONES INTERNAS Y EXTERNAS.

A continuación se detallan todas las rotaciones existentes durante el periodo de los cuatro años de residencia desglosado por años. Por otra parte se especifican los objetivos, conocimientos, habilidades y actitudes a adquirir en cada una de las rotaciones:

ROTACIONES DURANTE EL PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

El primer año es el período formativo considerado básico y sus objetivos fundamentales son los de adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que se consideran iniciales para el adecuado tratamiento del paciente geriátrico, posibilitando, al mismo tiempo, que los residentes se relacionen con las unidades asistenciales y los profesionales de las especialidades más vinculadas con la asistencia geriátrica. El nivel de responsabilidad durante este periodo de formación serán de nivel 3 durante el primer mes para inmediatamente pasar a nivel 2 durante el resto del año. El nivel 2 conlleva actividades realizadas directamente por el residente y supervisión del personal facultativo del centro. Las rotaciones del primer año de residencia comprenden un periodo de 12 meses donde habrá una rotación de un mes opcional que posteriormente se especificará y 11 meses de rotaciones internas fijas distribuidas de la siguiente forma:

a) Unidad geriátrica de agudos (UGA):

Duración: 4 meses. Generalmente se distribuirá un residente de primer año por cada despacho médico del Hospital Virgen del Valle. Siempre y que se pueda se aconseja que soliciten las vacaciones durante este periodo con el fin de evitar perder formación por otros servicios. En lugar de 3 meses, lo recomendado por la Comisión de Especialidades de Geriatría, lo hemos ampliado a 4 meses para evitar que el resto de rotaciones obligatorias de este primer año coincidan con el periodo vacacional en otros servicios.

Objetivos:
-Iniciación a la Geriatría.
-Familiarización con los conceptos y terminología propios de la especialidad.
-Conocer el funcionamiento cotidiano de un servicio hospitalario de Geriatría.
-Conocer los sistemas de información a los pacientes y sus familiares.
-Conocer los modelos de historia clínica.
-Conocer la sistemática de las sesiones clínicas.
-Aproximación a las patologías geriátricas agudas más habituales.

Conocimientos:
-Deberá aprender la sistemática para realizar una adecuada historia clínica geriátrica (valoración geriátrica integral, cuantificación por problemas y plan de actuación), siendo ésta siempre supervisada y corregida por el adjunto que le haya correspondido durante la rotación.
-Manejo de las patologías más prevalentes en el anciano y síndromes geriátricos.
-Utilización de técnicas diagnósticas y medios terapéuticos.
-Actuación interdisciplinar.
-Comunicación con paciente y familiares.
Habilidades:
-Historia clínica.
-Praxis de la valoración integral.
-Racionalización de las pruebas diagnósticas y terapéuticas.
Aptitudes:
-Calidad de la historia clínica.
-Capacidad de la relación interdisciplinar.
-Capacidad de relación con los pacientes y familia.

b) Aparato Digestivo:

Duración: 2 meses. Tutores de la rotación: Dra. Romero y Dra. de la Cruz
Conocimientos: Será necesario que aprenda el manejo y diagnóstico de las patologías más prevalentes como son hemorragias digestivas tanto altas como bajas en el anciano, patología ulcerosa, hepatopatías, pancreatitis aguda y crónica e íleo y pseudobstrucción intestinal. Entre otras deberá manejar y diagnosticar neoplasias del tubo digestivo y enfermedades de las vías biliares sabiendo si precisa pruebas complementarias específicas para su diagnóstico así como de tratamiento.
Habilidades: Deberá saber explorar la región abdominal identificando la localización del dolor, existencia o no de masas o megalias. Discernir si presenta abdomen agudo o no, realización de paracentesis abdominal, saber indicar pruebas endoscópicas en función de la anamnesis, exploración física y datos analíticos.
Aptitudes: Deberá saber dirigir y enfocar una historia clínica. Adecuar la solicitud de pruebas complementarias. Deberá saber adecuar el tratamiento y realizar la corrección de los parámetros hidroelectrolíticos en aquellos pacientes con trastornos analíticos, la indicación de transfusión. Conocer las indicaciones de consulta especializada

c) Neurología:
Duración: 3 meses. Tutores de la rotación: Dr Garrido.
Objetivos: El aprendizaje de una adecuada exploración neurológica, punción lumbar e interpretación de técnicas de neuroimágen.
Conocimientos en:
-Anatomofisiología del sistema nervioso central y periférico.
-Cambios relacionados con el envejecimiento.
-Infecciones del Sistema Nervioso Central. Tumores cerebrales.
-Epilepsia y cefalea.
-Demencia: protocolo diagnóstico; diagnóstico diferencial; causas reversibles y tratables; manejo del paciente con demencia en las distintas fases de evolución. Enfermedad de Parkinson y parkinsonismos. Alteraciones de la marcha y equilibrio. Sistema nervioso y enfermedades sistémicas.
-Enfermedad cerebrovascular aguda. Urgencias neurológicas.
Habilidades: Exploración neurológica, examen del fondo de ojo, realización de punción lumbar, interpretación de técnicas de neuroimágen, indicaciones de procedimientos invasivos, manejo farmacológico específico.
Aptitudes: Enfoque neurológico en la historia clínica, información al paciente y familia, toma de decisiones adecuadas y relación coste-beneficio en las técnicas a practicar. Indicaciones de consulta especializada.

d) Cardiología:
Duración: 3 meses. Tutor de la rotación: Dr López
Objetivos: Deberá hacerse especial énfasis en el proceso diagnóstico, manejo de la insuficiencia cardiaca, coronariopatías y arritmias, conocimiento de técnicas diagnósticas específicas y utilización de fármacos.
Conocimientos:
-Cambios anatomo-funcionales con el envejecimiento.
-Insuficiencia cardíaca.
-Enfermedad coronaria.
-Hipertensión arterial.
-Síncope.
-Trastornos del ritmo.
-Valvulopatías.
-Endocarditis infecciosa.
Habilidades: Deberá familiarizarse con la correcta auscultación cardíaca, registro tensional, interpretación electrocardiográfica, interpretación de test de esfuerzo, adecuación de procedimientos invasivos, manejo farmacológico, marcapasos externo.
Aptitudes: Dirigir y saber enfocar una historia clínica cardiológica en el paciente geriátrico, saber informar al paciente y familia y tomar decisiones adecuadas en función de riesgos beneficios. Indicaciones de consulta especializada.

e) Rotación opcional
Duración: 1 mes
Este primer año se completaría con una rotación optativa de 1 mes. Desde la sección de geriatría se aconseja, entre otras, la rotación por: radiología, endocrinología, nefrología o reumatología. Una vez el residente comience el primer año formativo, se solicitará transcurrido el primer mes de rotación en la unidad geriátrica de agudos (finales de junio) la decisión tomada para su rotación opcional con el fin de realizar los trámites con tiempo a tal efecto.

ROTACIONES DURANTE EL SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

Durante este segundo año su nivel de responsabilidad es 2, siendo el residente quien realiza una actividad directa y el adjunto o tutor, le supervisa. En este periodo realizan dos rotaciones de 8 meses de duración específica de geriatría. Se distribuirán de la siguiente forma:

a) ***Unidad de vigilancia intensiva (UVI).*** Duración de 2 meses. Tutores: Dra. Raigal y Dra. Sánchez

Objetivos:

-Actuaciones en situaciones críticas.
-Reanimación cardiopulmonar e intubación orotraqueal.
-Ventilación asistida.
-Canalización de vías vasculares.
-Manejo de patologías más habituales (shock, postoperatorios).
-Uso de fármacos en dichas situaciones.
-Criterios de ingreso y factores pronósticos.

Conocimientos:

-Realizará un curso obligatorio de RCP básico y avanzado.
-Diagnóstico y tratamiento de situaciones de shock y su diagnostico diferencial.
-Uso de ventilación mecánica no invasiva.
-Manejo del paciente politraumatizado.
-Indicación de marcapasos.

Habilidades: Canalización de vías centrales y arteriales, intubación orotraqueal. Manejo de la VMNI - CPAP. Manejo de presión venosa central. Colocación de marcapasos provisional

Aptitudes: Deberá saber informar en situaciones de estrés emocional a la familia y paciente. Valorar riesgos-beneficios del tratamiento. Para superar esta rotación es indispensable la elaboración de una sesión clínica.

b) ***Unidad de recuperación funcional (unidad de media estancia-UME-).***

Duración 3 meses.

Objetivos y conocimientos:

-En primer lugar debe de conocer los criterios de ingreso en esta unidad. Saber el manejo en la fase subaguda y crónica de la enfermedad incapacitante que causa el ingreso así como su manejo clínico, fisioterapéutico y de terapia ocupacional en los pacientes ingresados.
-Conocer medidas de la discapacidad funcional física y mental así como técnicas de abordaje interdisciplinario.
-Saber abordar la posibilidad de problemática sociofamiliar existente en esta unidad.
-Información para la gestión clínica.

Habilidades:

-Realizar la historia y exploración enfocada a la valoración de la discapacidad.
- Expectativas y limitaciones de la rehabilitación.
-Prevención de las complicaciones más habituales y racionalización del consumo de medicamentos.
-Manejo operativo de sesiones interdisciplinarias.
-Planificación del alta y continuidad de los cuidados.
-Capacidad de relación interprofesional, con pacientes y familia.
-Coordinación con los recursos comunitarios o institucionales.

En esta rotación es fundamental el contacto directo con los médicos rehabilitadores tal manera que se considera esencial que evalúen al paciente en conjunto y realicen las interconsultas conjuntamente para conocer las técnicas rehabilitadoras indicadas en geriatría como son el ictus, la fractura de cadera y el síndrome de inmovilidad. A su vez es esencial que tengan conocimientos en fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia así como en ortésis, ayudas técnicas y electromedicina.

c) ***Atención Primaria***
Duración: 1 mes. Tutor: Dr. Villarín
Objetivos: Durante esta rotación lo que se pretende es la participación en reuniones de trabajo en los centros de salud y sociales. Realizar valoración y seguimiento de un número suficiente de pacientes en su domicilio junto con el equipo de atención primaria. Realizar protocolos en síndromes geriátricos y participación activa en la coordinación con ellos. Coordinación con atención comunitaria en actividades de prevención primaria.
Conocimientos:
-Conocer y cuantificar los recursos socio-sanitarios de área, así como su funcionamiento y utilización adecuada.
-Conocimiento de los recursos sociosanitarios y residenciales del área.
-Patologías más habituales.
-Manejo en la fase subaguda y crónica de enfermedades incapacitantes.
-Atención rehabilitadora.
-Conocimiento de las funciones y técnicas de enfermería. Condicionantes sociales.
-Estructura asistencial en Atención Primaria.
-Estructura asistencial social: Servicios comunitarios, domiciliarios y Residenciales.
-Relación atención especializada-atención primaria-servicios sociales.
-Información para la gestión clínica.
-Temas éticos relacionados con las personas altamente dependientes.
Habilidades:
-Valoración geriátrica.
-Identificación de la problemática funcional física o mental.
-Manejo diagnóstico y terapéutico en el ámbito sociosanitario y residencial.
-Realización de protocolos de manejo clínico con equipos de Atención Primaria y Servicios Sociales.
Aptitudes: Derivación adecuada de enfermos y evaluación preingreso en niveles asistenciales. Capacidad de relación interprofesional, y con pacientes y familia. Toma de decisiones éticas y legales. Coordinación de los cuidados
d) Unidad geriátrica de agudos (UGA) Duración 5 meses.
Objetivos y conocimientos:
-Manejo de las diferentes patologías médicas.
-Utilización de técnicas diagnósticas y medios terapéuticos.
-Actuación interdisciplinar.
-Realización de informes.
-Identificación de síndromes geriátricos.
-Enfoque rehabilitador.
-Cuidados de enfermería.
-Información para la gestión clínica.
Habilidades:
-Enfocar correctamente la historia clínica.
-Praxis de la valoración geriátrica
-Racionalización de pruebas diagnósticas y terapéuticas.
-Pronóstico de enfermedades específicas.
-Planificación del alta y de la continuidad de los cuidados.
-Informes clínicos y de alta.
-Aspectos éticos.
-Capacidad de relación interprofesional, y con pacientes y familia.
-Coordinación con los estamentos asistenciales intra y extrahospitalarios.
Aptitudes: Conocer rentabilidad diagnóstica de las pruebas, saber utilizar los recursos sociales y sanitarias. Saber realizar búsquedas para un correcto enfoque y mayor rentabilidad diagnóstica y

terapéutica. Durante estos meses se deben realizar sesiones con casos clínicos, bien casos problema que se hayan encontrado en su práctica habitual o casos cerrados o abiertos. Se aconseja que durante este periodo puedan iniciar sus vacaciones con el fin de perder el mínimo tiempo durante la rotación por áreas específicas. La duración de las rotaciones descritas puede variar en función de los periodos vacacionales, la disponibilidad de huecos para residentes rotantes y la organización del propio servicio, por lo que se han de considerar orientativas.

ROTACIONES DURANTE EL TERCER AÑO DE RESIDENCIA

Durante este tercer año su nivel de responsabilidad se establecerá entre el nivel 2 y el 1; de tal manera que en los primeros meses de rotación sean principalmente supervisados y posteriormente que las actividades realizadas sean directamente por el residente sin una tutorización directa. El residente en este caso ejecuta y posteriormente informa, actuando de una forma independiente.

El residente deberá rotar por las siguientes unidades:

a) ***Psicogeriatría***

Duración: 2 meses. Colaborador docente: Dr. García Santos

Objetivos:

-Conocimiento de las principales patologías psiquiátricas del anciano, con especial énfasis en la demencia con trastornos cognitivos y conductuales, y en la depresión

-Conocimiento de los recursos sanitarios, sociales y sociosanitarios, de ingreso y en la comunidad.

Habilidades:

-Entrevista psiquiátrica, proceso diagnóstico, manejo de pacientes con trastornos conductuales, tratamiento no farmacológico y uso de psicofármacos en el anciano.

-Información, consejo y relación con paciente y familia.

-Coordinación con unidades de hospitalización y estructuras sociosanitarias del Área.

b) ***Unidad de Memoria***

Duración: 1 mes

Objetivos y conocimientos:

-Formarse en uno de los síndromes geriátricos más prevalentes en geriatría.

-Saber realizar la anamnesis en una demencia, enfocar el diagnóstico, diagnósticos diferenciales, causas reversibles y tratables.

-Conocer en profundidad las herramientas neuropsicológicas para su diagnóstico y pruebas de neuroimagen.

-Profundizar en los tratamientos del SNC: haciendo hincapié en los efectos secundarios, interacciones e indicaciones; manejo del paciente con demencia en las distintas fases de evolución.

Habilidades: realizará tests neuropsicoñógicos tras haber observado e trabajo de la neuropsicóloga en su aplicación. Realizará la entrevista clínica aplicando la valoración geriátrica integral junto con una historia profunda en aspectos psicológicos y conductuales.

Aptitudes

-Evaluará los costes-beneficios de pruebas de neuroimagen

-Deberá saber informar del pronóstico y evolución de la enfermedad a paciente y familia.

-Deberá saber nivel asistencial más adecuado para cada paciente.

-Aspectos éticos en demencia avanzada.

-Testamento vital.

Durante la rotación por esta unidad específica deberá realizar una sesión clínica para aprobar la rotación.

c) ***Equipo de Valoración de Ortogeriatría:***
Duración: 2 meses
Conocimientos:
-Profundizar en el conocimiento de los tipos de fractura de cadera, columna, pelvis.
-Indicación y tipos de prótesis articulares.
-Deberá saber valorar el riesgo quirúrgico.
-Manejo perioperatorio de las patologías traumatológicas.
-Profilaxis y tratamiento de la enfermedad tromboembólica.
-Trastornos hidroelectrolíticos y nutricionales.
-Síndrome de inmovilidad.
-Prevención de úlceras, retención de orina, síndrome confusional.
-Tratamiento antibiótico en infección protésica o infecciones nosocomiales.
-Manejo de las complicaciones clínicas.
-Aspectos rehabilitadores en el postoperatorio
Habilidades:
-Adecuación de las técnicas diagnósticas y terapéuticas.
-Interpretación de anormalidades radiológicas, indicaciones de la terapia rehabilitadora.
Aptitudes: coordinación asistencial con otros servicios. Comunicación con familia, trabajadora social y otros profesionales. Indicaciones de tratamiento rehabilitador.

d) ***Hospital de Día:***
Duración: 3 meses.
Conocimientos:
-Criterios de ingreso en dicha unidad.
-Manejo en la fase subaguda y crónica de enfermedades incapacitantes y/o inestables.
-Medidas de la evaluación funcional física y psíquica.
-Recuperación funcional: Fisioterapia y terapia ocupacional.
-Técnicas de enfermería.
-Evaluaciones de un día.
-Rehabilitación de incontinencias.
-Abordaje y manejo sociofamiliar.
-Información para la gestión clínica.
Habilidades: Historia y exploración enfocada a la valoración de la discapacidad, autonomía y su pronóstico. Seguimiento de las patologías crónicas discapacitantes. Manejo de técnicas a corto plazo en la evaluación diagnóstico-terapéutica. Manejo operativo de las sesiones interdisciplinarias. Manejo de grupos específicos de trabajo. Planificación del alta y continuidad de los cuidados. Informes de alta. Capacidad de relación interprofesional, y con pacientes y familia. Coordinación con unidades de hospitalización y estructuras sociosanitarias del Área.
Aptitudes: Realización del número adecuado de historias clínicas, valoraciones geriátricas, seguimientos y altas. Realización de informes médico-legales. Realización de protocolos en síndromes geriátricos (caídas, incontinencia). Participación en programas de recuperación funcional (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Logoterapia). Evaluación cuantificada del progreso en el proceso de recuperación funcional. Participación en las actividades educativas del paciente y familiares.
Para superar esta rotación es indispensable la elaboración de una sesión clínica con revisión de un tema mediante bibliografía acompañante.
La duración de las rotaciones descritas puede variar en función de los periodos vacacionales, la disponibilidad de huecos para residentes rotantes y la organización del propio servicio, por lo que se han de considerar orientativas.

ROTACIONES DURANTE EL CUARTO AÑO DE RESIDENCIA

Durante este último año el residente se encuentra en un nivel 1 de responsabilidad, en el cual es un profesional independiente informando al adjunto de los casos.

La distribución de las rotaciones tanto internas como externas se realizará de la siguiente forma:

a) ***Atención geriátrica domiciliaria (AGDO)*** Duración: 3 meses.

Objetivos y conocimientos:

-Atención al enfermo terminal, oncológico y no oncológico.
-Criterios de ingreso.
-Tratamiento sintomático y paliativo, manejo del dolor.
-Manejo y prevención de las complicaciones.
-Bioética y toma de decisiones.
-Evaluación domiciliaria.
-Conocimiento de patologías neoplásicas más prevalentes.
-Manejo de síntomas irruptivos.

Habilidades:

-Canalización de vías subcutáneas.
-Manejo farmacológico del dolor.
-Rotación de opioides. Indicación de pruebas complementarias.
-Tratamientos y técnicas dirigidas al control del dolor y los cuidados paliativos.
-Manejo de infusores.
-Relación con el paciente y familia.
-Soporte psicológico y consejo.

Aptitudes: Planificación de cuidados, uso y adecuación de servicios sociocomunitarios. Identificación de sobrecarga del cuidador. Adecuado acercamiento y manejo de pacientes frágiles, de los severamente deteriorados y de los que se encuentran en estadios terminales de su enfermedad.

b) Consultas Externas:

La práctica médica a través de consultas externas en geriatría es una rotación contemplada en el plan formativo nacional de la especialidad de Geriatría (BOE núm. 223 del 15 de septiembre del 2008) en el apartado 7.1.d, siendo dicha rotación considerada **obligatoria** durante el periodo formativo específico.

Objetivos:

-Conocimiento y manejo de la interconsulta ambulatoria y hospitalaria.
-Conocimiento, valoración y manejo de los síndromes geriátricos.
-Valoraciones preoperatorias y seguimiento postoperatorio
-Valoración y optimización de pruebas diagnósticas y modos terapéuticos.
-Planificación del alta y/o continuidad de los cuidados.
-Elaboración de protocolos y guías clínicas que afecten a pacientes geriátricos.
-Capacidad de relación interprofesional, con pacientes y familia.
-Coordinación de los servicios hospitalarios con otros recursos comunitarios o institucionales.

Niveles de responsabilidad a adquirir durante la rotación:

a. *Nivel de responsabilidad **3**:* actividades realizadas por el personal sanitario del servicio y observadas o asistidas en su ejecución por el médico residente.

b. *Nivel de responsabilidad **2**:* actividades realizadas directamente por el residente bajo la supervisión del tutor o del personal sanitario del centro o servicio correspondiente.

c. *Nivel de responsabilidad **1**:* actividades realizadas directamente por el residente sin necesidad de tutorización directa; el residente ejecuta y después informa.

Organización de la rotación:
Atendiendo al año actual de la formación MIR:
1. RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO: Acompañan al médico adjunto con el que estén rotando en ese momento a la consulta de la que son titulares.
Objetivos:
-Conocer la sistemática de trabajo de las consultas externas y las vías administrativas para las citaciones.
-Identificar síndromes y patologías geriátricas así como su manejo ambulatorio
-Conocer los recursos socio sanitarios disponibles y la relación con los mismo
-Planificar consultas sucesivas y pruebas complementarias
-Conocer el arsenal terapéutico ambulatorio y su optimización individualizada
Funciones:
-Colaborar con el titular de la consulta en la toma de decisiones sobre el paciente
-Realizar diagnósticos diferenciales sobre la patología actual
-Proponer terapias o pruebas diagnósticas a realizar
Evaluación y nivel de responsabilidad a adquirir:
-Se realiza anual valorado por los diferentes adjuntos con los que ha rotado, separada de la evaluación de agudos y con peso específico en la evaluación anual.
-Nivel de responsabilidad: inicialmente 3 y sucesivamente hasta 2

2. RESIDENTES DE TERCER Y CUARTO AÑO: Acuden un día a la semana a la(s) consulta(s) del adjunto titular(es) durante el año en curso siendo corresponsable del proceso asistencial completo (primera consulta, petición de pruebas complementarias, optimización terapéutica, seguimiento y/o alta) de los pacientes citados.
Objetivos:
-Reconocer las enfermedades del paciente
-Aprender el manejo básico de las enfermedades más prevalentes en geriatría
-Saber indicar e interpretar los resultados de las exploraciones complementarias
-Priorizar y optimizar las opciones terapéuticas.
-Ser capaz de elaborar un juicio clínico razonado de cada situación.
Habilidades comunicativas:
-Saber establecer relación con pacientes y familiares
-Comunicarse adecuadamente con el resto de especialistas y de atención primaria
-Ser capaz de dar información clara y concisa al paciente de su estado de salud.
-Ser capaz de informar a sus familiares.
-Ser capaz de presentar casos clínicos de la consulta en sesiones del propio servicio.
Habilidades técnicas:
-Conocer las indicaciones de las principales punciones (arteriales, venosas, determinadas articulares, pleurales, abdominal, intradérmicas, subcutáneas).
Ser capaz de realizarlas con éxito
-Saber interpretar los resultados obtenidos
-Saber practicar e interpretar el peak-flow y la pulsioximetria
-Hacer e interpretar ECG.
-Indicar e interpretar holter cardíacos
-Indicar e interpretar resultados de Ecocardiografías.
-Indicar e interpretar resultados de Ecografías.
-Indicar e interpretar TC de tórax, abdomen y cráneo.
-Indicar e interpretar exploraciones de RMN.
-Indicar broncoscopias y endoscopias digestivas.
-Indicar e interpretar pruebas funcionales cardíacas y respiratorias.
-Indicar e interpretar test neuropsicológicos

-Indicar y organizar técnicas de recuperación funcional y rehabilitación

Evaluación y nivel de responsabilidad a adquirir:

-Se evaluará anualmente por los titulares de las consultas que le hayan supervisado y con peso específico en la evaluación anual.

-Con carácter trimestral se informará a los tutores de la especialidad sobre la consecución de los objetivos marcados.

-Nivel de responsabilidad a adquirir: inicialmente 2 y progresivamente hasta 1.

c) *Rotación externa*

Duración: 2 meses si es nacional y 3 meses si es internacional.

Existe la posibilidad de realizar una rotación externa fuera del hospital. Es una rotación completamente optativa y tiene como fin complementar la especialidad en aquellos aspectos que individualmente interesen.

Se suelen realizar a lo largo del cuarto año de residencia. Se ha de solicitar con tiempo suficiente, justificando su necesidad y los objetivos que se pretenden. Respecto a las condiciones que se ha de cumplir para poder realizarla se ha elaborado un documento que se puede consultar en la intranet. A grandes rasgos si se solicita fuera de España es obligatorio solicitarlo con un mínimo de 6 meses y dentro de España 3 meses, aunque es recomendable tramitar ambos con suficiente antelación.

Dado que nuestro hospital dispone de todos los niveles asistenciales, la rotación aconsejada desde la tutoría es ir a algún servicio de geriatría en otro país, tradicionalmente Inglaterra o EEUU que pueda disponer por ejemplo de alguna unidad específica no contemplada en nuestro servicio. Todas las rotaciones serán estudiadas individualmente teniendo en cuenta que han de ser destinos acreditados suficientemente, de reconocido prestigio y debe ser aceptada por la comisión de Docencia. En los últimos años nuestros residentes también se han decidido por la rotación en Unidad de Caídas del Hospital de Getafe, aunque se está trabajando en el servicio para implantar una nueva unidad de estas características próximamente.

El informe de justificación de estas rotaciones (y de la necesidad de realización de guardias en el centro de destino) se adjuntará individualmente en cada solicitud.

d) Unidad Geriátrica de Agudos

Duración: 6 meses

Conocimientos:

-Adecuación del ingreso.

-Manejo autónomo de las diferentes patologías médicas.

-Utilización de técnicas diagnósticas y medios terapéuticos.

-Actuación interdisciplinar.

-Enfoque rehabilitador.

-Cuidados de enfermería.

-Información para la gestión clínica.

Habilidades: Deberá saber racionalizar la solicitud de pruebas diagnósticas y terapéuticas. Realizará suficiente número de técnicas diagnóstico-terapéuticas de forma autónoma y conocer el pronóstico de enfermedades específicas.

Aptitudes: Planificación del alta y de la continuidad de los cuidados. Informes clínicos, médico-legales y de alta. Aspectos éticos. Capacidad de relación interprofesional, y con pacientes y familia. Atención del proceso asistencial completo de un número adecuado de pacientes La duración de las rotaciones descritas puede variar en función de los periodos vacacionales, la disponibilidad de huecos para residentes rotantes y la organización del propio servicio, por lo que se han de considerar orientativas.

3.3.- PROGRAMA DE GUARDIAS

Durante todos los años los residentes de Geriatría realizarán guardias en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Salud (Tutoras responsables: Dra. María José Palomo de los Reyes y Dra. Elena Sánchez Maganto) bajo supervisión directa de los facultativos adscritos a dicho servicio. El residente debe

realizar una historia clínica, un juicio diagnóstico, solicitará las pruebas complementarias necesarias para el diagnóstico y aplicará un tratamiento. Los informes de alta deben ser firmados por un médico adjunto

Objetivos de la rotación: Obtención de las destrezas necesarias para realizar con garantías guardias en el servicio de Urgencias bajo supervisión de adjuntos y residentes mayores inicialmente y, conseguir progresivamente, poder hacerlo al final de la residencia de forma autónoma:

-Elaborar una la historia clínica completa (anamnesis y exploración)

-Elaborar un juicio diagnóstico y un diagnóstico diferencial.

-Conocer las indicaciones de las principales pruebas complementarias diagnósticas que se utilizan en el Servicio de Urgencias.

-Atender de forma urgente al paciente crítico

-Prescribir el tratamiento hospitalario del paciente que va a ingresar

-Realizar técnicas diagnósticas y terapéuticas: paracentesis, punción lumbar, toracocentesis.

Normativa y cronograma de guardias para los residentes de especialidades médicas

La Comisión de Docencia ha actualizado y aprobado durante el año 2014 la normativa de guardias y la distribución de los programas de guardias en el Servicio de Urgencias:

http://www.cht.es/cht/cm/cht/tkContent?pgseed=1421927737763&idContent=9935&locale=es_ES&textOnly=false

Número de guardias: Según lo acordado por la Comisión de Docencia y ajustándose a la normativa vigente se recomienda que el número de guardias del residente por mes se establezca entre un mínimo de 4 y un máximo de 6**.** En circunstancias normales, en ningún caso, se podrán realizar más de 7 guardias al mes**.** El número de guardias al mes para el residente de primer año de geriatría será de 6 en el servicio de urgencias del Hospital Virgen de la Salud. Todas las guardias “voluntarias, extras o provisionales en situaciones especiales” deberán ser comunicadas y aceptadas por la Secretaría de Docencia de acuerdo con la Jefatura de Estudios y la Dirección del CHT.

Libranza postguardia En ningún caso se permitirá un calendario de guardias donde se contemple que el mismo médico en formación haga guardias en días consecutivos. De acuerdo con la legislación vigente, el médico en formación tiene derecho después de 24 horas de trabajo ininterrumpido a un descanso de 12 horas. Una excepción a este descanso podría contemplarse “en casos de especial interés formativo según criterio de su tutor o en casos de problemas organizativos insuperables”. En estos supuestos se aplicará el régimen de descansos alternativos previstos en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud”.

Cambios de guardias Una vez publicado el calendario de guardias oficial, no se admitirán cambios previstos o programados por los médicos en formación de las mismas, salvo que se realicen por el médico en formación que precise el cambio de guardia, condición indispensable, y siempre que:

- Esté de acuerdo con otro médico en formación de su mismo año o incluido en su misma categoría y que realice el mismo tipo de guardias.
- Cuente con el consentimiento escrito de los dos afectados y del tutor o jefe del área del Servicio de Urgencias o especialidad a la que se encuadre la guardia (existe un formulario específico para tal fin).
- Se haga con 72 horas de antelación antes del día del cambio, para que pueda recogerse éste sin problemas en el listado diario que se enviará a Dirección, cafetería y Servicio de Urgencias junto con la lista de firmas.

No se tramitarán cambios de guardia solicitados telefónicamente si no se acompañan de las correspondientes solicitudes por escrito a la Secretaría de Docencia. (Docencia Mir. docenciamir@sescam.jccm.es Complejo Hospitalario Toledo. Secretaria Ext.49152).

La guardia será cambiada cuando así se notifique por la Secretaría de Docencia y se corrija en el listado oficial diario de guardias del CHT.

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE GUARDIAS

R1 o médicos de primer año: Realizará su labor asistencial y docente bajo la supervisión directa del facultativo al que consultará y con el que acordará sus actuaciones y decisiones, teniendo como principales funciones las señaladas a continuación:

1.-Realizará una correcta historia clínica y completa exploración del paciente haciendo una valoración inicial de la situación del mismo.

2.-Emitirá un juicio clínico de presunción.

3.-En sus primeras guardias, como norma, no deberán solicitar pruebas complementarias ni indicar un tratamiento sin consultar al facultativo. Al finalizar el 1º año de residencia deberán ser capaces de realizar estas actividades sin necesidad de consultar, y ser capaces de valorar los beneficios y riesgos antes de realizar cualquier procedimiento diagnóstico y terapéutico.

4. Informar al enfermo y a los familiares a su llegada es esencial, trasmitiéndoles una primera impresión y comentando brevemente lo que se va a hacer y un tiempo aproximado de la estancia del enfermo en Urgencias, así como en el momento de proceder a dar el alta o ingreso (que siempre se decidirán bajo la supervisión del facultativo responsable de urgencias).

5. Rellenará los protocolos existentes en Urgencias, los documentos de consentimiento informado de las pruebas que lo requieran, cumplimentará los partes judiciales y la documentación que sea necesaria (todo ello con el asesoramiento del facultativo hasta que sepa hacerlo correctamente).

6. Informar a los compañeros que entren en el turno siguiente de la situación clínica de los pacientes que continúen en observación ("Pase de Guardia").

En general, realizarán funciones asistenciales de los pacientes que acudan al SUH en la zona de “boxes”: anamnesis, exploración física, solicitarán las pruebas complementarias necesarias para el diagnóstico y realizarán el tratamiento inicial necesario para el paciente siempre de acuerdo y con supervisión directa de presencia física con su adjunto asignado, del que dependerá para todo.

Recomendamos que la supervisión de presencia física por parte de los facultativos de urgencias sea para un máximo de dos-tres R1 o médicos de primer año por cada facultativo durante las guardias, y un solo médico de primer año por cada facultativo durante los periodos de rotación programada por el servicio de urgencias. Los documentos de alta, ingreso o destino del paciente a observación deberán ir firmados por el facultativo supervisor.

La distribución de guardias para años superiores será:

- Los residentes de 2º año harán 3 guardias en el servicio de Urgencias y 3 en planta del Hospital Virgen del Valle. La excepción es durante su rotación de UVI que harán guardias en UVI y urgencias.

- Los residentes de 3º año de residencia hará 2 guardias en el servicio de Urgencias y 4 en planta y los residentes de 4º año harán 1 guardia en el servicio de Urgencias y 5 en el Hospital Virgen del Valle.

Respecto al funcionamiento de las guardias del Hospital Virgen del Valle son guardias de “planta” específica de Geriatría donde la actuación se dirige tanto a los ingresos derivados del Hospital Virgen de la Salud como a las llamadas internas de los enfermos ingresados. El único nivel asistencial que queda exento de esta actuación en la Unidad de Altos Cuidados que es llevado por el Adjunto.

El médico residente que esté de guardia recogerá el teléfono móvil de guardia al médico saliente a las 8:30 am y será la primera llamada para solicitud de ingresos desde urgencias así como incidencias de planta.

La guardia está compuesta por 3 médicos: 2 adjuntos y 1 residente (a veces 2 si hay algún rotante externo o si la planificación de guardias lo permite). El residente será quién realice la historia clínica completa con la exploración física, realización del tratamiento y petición de exploraciones complementarias. En caso de duda, sobrecarga, o gravedad del enfermo llamará a los adjuntos que están siempre disponibles en otros dos teléfonos móviles. El nivel de responsabilidad está adecuado al año de rotación.

El Servicio de Geriatría posee un protocolo de supervisión y responsabilidad progresiva del residente:

http://www.cht.es/cht/cm/cht/tkContent?pgseed=1421927912613&idContent=9960&locale=es_ES&textOnly=false

Protocolo de supervisión y responsabilidad progresiva del residente del Servicio de Urgencias:

http://www.cht.es/cht/cm/cht/tkContent?pgseed=1421927737763&idContent=9935&locale=es_ES&textOnly=false

4.- ACTIVIDADES DOCENTES, DE INVESTIGACIÓN Y CIENTÍFICAS A REALIZAR POR EL RESIDENTE

4.1.- Sesiones clínicas y bibliográficas a impartir por el residente. Como norma general se establece la obligatoriedad de realizar como mínimo una sesión clínica (caso clínico abierto o cerrado o una revisión bibliográfica) cada dos meses, siendo común en el servicio de geriatría la realización mensual de una sesión clínica como mínimo. Asimismo se asigna una revista relacionada con la especialidad a cada residente (a la cual puede acceder on line) con el fin de revisar periódicamente un número de la misma y realizar una lectura crítica de artículos y/o revisión bibliográfica. La publicación de dicha revista es con periodicidad mensual, siendo recomendable una revisión bibliográfica de la misma cada 2-3 meses de los artículos publicados.

Existe otro formato de sesiones que se instaura con novedad este año que es la elección de un "tema libre de interés" para el residente, así como otra sobre "temas controversia" en las que dos residentes supervisados por adjuntos, han de exponer y defender una actitud frente a un tema controvertido en la práctica clínica diaria.

4.2.- Calendario individual de cursos

Este año se incluye en el plan formativo individualizado la realización de un curso específico en geriatría impartido por los adjuntos del servicio y abierto al personal del complejo hospitalario, con una carga lectiva de 20 horas y en proceso de acreditación.

Ver anexo 1 (al final de la Guía Formativa Tipo): Plan de Formación Común Transversal de la Comisión de Docencia del CHT

<u>Cursos opcionales o propuestos por el tutor:</u>

- Electrocardiografía
- Radiología básica
- Inglés científico (intermedio y avanzado)
- Profilaxis e infección en Medicina y Cirugía
- Curso del manejo del dolor
- Curso de manejo del mareo y vértigo- Curso de comunicación de malas noticias
- Curso de comunicación: ¿Cómo hablar en público?
- Cursos sobre nutrición y disfagia disponibles "on line"
- Cursos sobre manejo de la diabetes mellitus tipo II
- Cursos sobre déficit cognitivos (se ofertaran durante el desarrollo del año)

4.3.- Revisión o elaboración de guías clínicas, protocolos, documentos, etc. del servicio. Periódicamente se revisan y actualizan los diferentes protocolos de actuación por los que se rige el servicio. Se ofertará su elaboración a los médicos residentes supervisados por médicos adjuntos.

4.4.- Congresos, reuniones o jornadas científicas donde la asistencia de los residentes es recomendable.

El congreso de la Sociedad Castellano-Manchega tiene lugar en el mes de Marzo y se puede ver anunciado en la página Web (*scmgg.com*). De igual manera el congreso de la Sociedad Española de Geriatría tiene lugar en Junio y se anuncia en su página web (*www.segg.es*).

Existen otros congresos, tales como el de la Sociedad Española de Médicos Geriatras, con celebración bianual, o jornadas científicas como la correspondiente a la sección de Cardiología geriátrica o la Jornada anual de Ortogeriatría del H. La Paz, de especial interés.

Respecto a la asistencia a congresos y cursos siempre que se quiera asistir a cursos organizados fuera del Complejo y necesiten la solicitud de días para su asistencia, deberá comunicarse al adjunto con el que rote y a su tutor responsable. De igual forma la asistencia a los Congresos de la especialidad se debe solicitar con suficiente antelación, teniendo en cuenta que tendrán preferencia aquellos residentes que presenten alguna comunicación.

4.5.- Presentación de comunicaciones y ponencias

No hay establecido un plan de mínimos para la presentación de comunicaciones en congresos, pero se incide en la importancia de que al menos se presente por cada año de residencia entre tres y cuatro comunicaciones como primer autor y otras tantas como colaborador.

4.6.- Trabajos de investigación o publicaciones

Los médicos residentes han de proponer y elaborar un proyecto de investigación siguiendo las pautas establecidas para su elaboración y presentarlo a los tutores con el fin de ejecutarlo y poder optar a su publicación posterior (obligatorio para todos los residentes, a lo largo de su periodo de residencia, desde 2013) Asimismo, el residente que tenga interés en publicar en revistas científicas podrá encontrar diversos adjuntos del servicio la supervisión y el entusiasmo que precisa para llevarlo a cabo. Desde la tutoría se anima a todos los residentes a elaborar un curriculum profesional no sólo a nivel asistencial sino también docente e investigador. Así al final de la residencia todos los residentes deben haber realizado un proyecto de investigación.

El servicio de Oncología Médica se adhiere a la normativa común de la Comisión de Docencia del Complejo Hospitalario de Toledo respecto a los objetivos y obligaciones de los residentes en relación con el apartado de investigación biomédica:

1.- Realización y superación de los cursos y actividades de formación en investigación clínica y básica, descritos en el anexo 1: plan de formación Común transversal.

2.- Consecución de, al menos, una publicación como autor en una revista biomédica indexada con Factor Impacto según la *ISI Web of Knowledge – Journal Citation Reports.* Aunque la recomendación y la propuesta para todos los residentes es que elaboren **su tesis doctoral** (en formato de publicaciones múltiples) durante su formación como residentes.

4.7.- Doctorado

Se aconseja la iniciación y realización de la tesis doctoral durante el periodo de la residencia. Dentro del servicio se cuenta con diversos especialistas con grado de doctor que pueden asesorar e incluso dirigir a aquellos médicos residentes que estén interesados en su realización. Vocal por Toledo de la SCMGG

Documento aportado a la SCMGG por la Dra Eva M. Zafra Ocaña (Vocal de Toledo de la SCMGG y FEA del S Geriatría de H Virgen del Valle de Toledo) y elaborado por los tutores del Servicio de Geriatría (Dr Miguel Araujo Ordoñez y Dra Ana Escolante Melich), el Jefe de Servicio de Geriatría (Dr Francisco José García García) y el Jefe de Estudios del CHT. En Toledo. Mayo de 2015.