

## GUIA O ITINERARIO FORMATIVO TIPO MIR DE GERIATRÍA

### Fundació Salut Empordà

<b>Tipo de documento:</b>	
Guía o itinerario formativo	
<b>Realizado por:</b>	<b>UDM</b>
Dra Esther Celda, Dr. Armand Grau	Geriatría
<b>Aprobada por:</b>	<b>Data:</b>
Comisión de docencia	10/03/17

<b>Periodicidad de revisión:</b>	<b>Núm. de revisión:</b>
Cada 4 años excepto cambios relevantes	1
<b>Revisión realizada por:</b>	
Dra Ruth Albaladejo, Dr Erwin Martin Hernandez y Dr Xavier Basurto	
<b>Aprobada por:</b>	<b>Fecha:</b>
Comisión de docencia	Junio 2025

<b>Revisión:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Motivo de la revisión:</b>
1	Junio 2025	Actualización

# ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN.....	3
1.1 LA GERIATRÍA COMO ESPECIALIDAD MÉDICA.....	3
1.2 METODOLOGÍA ESPECÍFICA DE LA GERIATRÍA.....	5
La Valoración Geriátrica Integral.....	5
2 UNIDAD DOCENTE DE GERIATRÍA.....	7
3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y GENERALES DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN GERIATRÍA.....	8
3.1 OBJETIVO GENERAL:.....	8
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	8
3.3 COMPETENCIAS DE LA FORMACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA EN GERIATRÍA.....	9
4 ACTIVIDAD DOCENTE DEL SERVICIO DE GERIATRÍA.....	10
4.1 ÁREAS DE APRENDIZAJE.....	10
4.2 GUÍA ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES DE GERIATRÍA (GIFG).....	11
5 ITINERARIO DOCENTE GENERAL.....	12
5.1 PERIODO FORMATIVO BÁSICO.....	12
5.2 PERIODO FORMATIVO ESPECÍFICO.....	13
5.3 SESIONES FORMATIVAS.....	14
5.4 GUARDIAS MÉDICAS.....	15
5.5 NIVELES DE RESPONSABILIDAD.....	15
6 ITINERARIO DOCENTE POR CURSO DE RESIDENCIA.....	16
6.1 RESIDENTES DE PRIMER CURSO (R1).....	16
6.1.1 Objetivos y competencias generales para el año R1.....	16
6.1.2 Cronograma de rotaciones y duración R1.....	17
6.1.3 Competencias a adquirir en cada rotación de R1 y niveles de responsabilidad.....	18
6.2 RESIDENTES DE SEGUNDO CURSO (R2).....	21
6.2.1 Objetivos y competencias generales para el año R2.....	21
6.2.2 Cronograma de rotaciones y duración R2.....	22
6.2.3 Competencias a adquirir en cada rotación de R2.....	23
6.3 RESIDENTES DE TERCER CURSO (R3).....	29
6.3.1 Objetivos y competencias generales para el año R3.....	29
6.3.2 Cronograma de rotaciones y duración R3.....	30
6.3.3 Competencias a adquirir en cada rotación de R3.....	30
6.4 RESIDENTES DE CUARTO AÑO (R4).....	35
6.4.1 Objetivos y competencias generales para el año R4.....	35
6.4.2 Cronograma de rotaciones y duración.....	36
6.4.3 Competencias a adquirir en cada rotación de R4.....	36

7 PLAN DE FORMACIÓN TRANSVERSAL Y ESPECÍFICO DE LA UNIDAD DOCENTE.....	40
7.1 PROGRAMA DE FORMACIÓN TRANSVERSAL.....	40
Formación de acogida.....	41
7.2 PLAN DE FORMACIÓN ESPECÍFICO.....	41
8 ACTIVIDAD INVESTIGADORA EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA.....	41
8.1 Trabajo de investigación.....	42
8.2 Asistencia a Congresos de la Especialidad.....	43
9 AUTOFORMACIÓN TEÓRICA.....	43
10 ANEXOS.....	46
ANEXO 1. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN GERIÁTRICA EN LA FUNDACIÓN SALUT EMPORDÀ.....	46
ANEXO 2 ESQUEMA DE LAS ROTACIONES PROPUESTAS EN EL ITINERARIO POR AÑO DE RESIDENCIA.....	47
ANEXO 3 UBICACIÓN DE LAS UNIDADES DE ROTACIÓN PROPUESTAS EN EL ITINERARIO FORMATIVO.....	48
ANEXO 4 NIVELES DE RESPONSABILIDAD POR ROTACIÓN.....	49

# 1 INTRODUCCIÓN

Para el 2020, la población mundial de personas mayores (aquellos con 60 años o más) era un poco superior a 1 millón de millones, representando un 13.5% del total de la población mundial. Se espera que para el 2050 el número total de personas mayores aumente a 2.1 millones de millones. Debido a este importante incremento de personas mayores. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha declarado la década del 2020, la década del envejecimiento saludable y ha publicado un reporte enfocado a implementar acciones basadas en evidencia para maximizar las habilidades de las personas mayores. (1, 2)

Para el 2023, España ya era el cuarto país de la Unión Europea con el mayor número de personas mayores, solo superado por Alemania, Francia e Italia. En ese mismo año, el 20.1% de la población española tenía más de 65 años. Dicha cifra solo ha ido en aumento ya que, a partir de entonces, los primeros integrantes del baby boom español (aquellos nacidos en 1958) comenzaron a cumplir 65 años. (3)

Este cambio demográfico representa un aumento en la demanda de profesionales de la salud que sean expertos en la atención integral de las personas mayores, debido a que el envejecimiento no solo conlleva cambios individuales en las personas, sino también a nivel social, pues deriva en un mayor uso de los sistemas sanitarios y sociales. (3)

## 1.1 LA GERIATRÍA COMO ESPECIALIDAD MÉDICA

Existen tratados que hablan específicamente sobre las personas mayores desde Marco Tulio Cicerón con *De Senectute* en el año 44 antes de nuestra era. A pesar de esto, el término “Geriatría” no fue acuñado formalmente hasta 1909 en los Estados Unidos de América, por Ignatz Leo Nascher. Fueron los británicos, sin embargo, quienes desarrollaron los principios básicos de la disciplina. (4)

Marjory Warren comenzó a encargarse de las camas con pacientes mayores en el Hospital de West Middlesex y entre sus innovaciones se encuentran el mejorar el ambiente intrahospitalario, introducir programas de rehabilitación activa y enfatizar una mayor motivación como parte del tratamiento de los pacientes geriátricos.

Posteriormente Bernard Isaacs no solo lideró el desarrollo de unidades de ictus, sino que también creó el término “Gigantes de la geriatría” para designar los mayores síndromes geriátricos (también conocidos como las 5 “ies”): Inestabilidad, Inmovilidad, Deterioro Cognitivo (Intellectual Impairment en inglés) e Incontinencia. (4)

La Real Academia Española define la Geriatría como: “Rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades de la vejez y de su tratamiento.” (5)

En la actualidad, existe una creciente evidencia que demuestra la validez y la efectividad de la intervención geriátrica. Ninguna otra especialidad médica ha desarrollado tantos programas exitosos y de tan amplio alcance que mejoren la calidad de vidas de las personas mayores. (6)

La intervención por geriatras ha demostrado una mejor atención a personas mayores en el manejo intrahospitalario (Unidades Geriátricas de Agudos, Unidades de Ortogeriatría), en el cuidado post-agudo (Unidades de fragilidad) y en la evaluación de pacientes ambulatorios (Consultas Externas). Así mismo, han sido geriatras quienes han desarrollado programas para reducir caídas, mejorar los resultados tras fracturas de cadera y diseñado intervenciones para prevenir y desacelerar el deterioro cognitivo, así como para reducir la sarcopenia y la fragilidad.

Los especialistas en geriatría también han actuado como líderes en programas de mejora de calidad en residencias para personas mayores y han llamado a una mayor investigación para los cuidados de esta población.

Finalmente, los geriatras también cumplen un rol fundamental en el acompañamiento de los pacientes al final de la vida y en la detección de aquellos con necesidades paliativas. (6)

Todo esto ha llevado a que los geriatras sean descritos como los “Súper-especialistas” para la atención de las personas mayores. (6) Inclusive se ha descrito que la Geriatria como especialidad podría “salvar” la medicina, pues para mejorar el sistema sanitario actual, es necesario reorientar el sistema hacia una atención centrada al paciente, algo que ya es fundamental en la práctica geriátrica. (7)

Actualmente el papel de la geriatría consiste en identificar y tratar de manera temprana los “Gigantes modernos de la Geriatria” descritos por Morley como:(6)

1. Fragilidad
2. Sarcopenia
3. Anorexia del envejecimiento
4. Deterioro Cognitivo Leve
5. Delirium
6. Caídas
7. Depresión
8. Demencia
9. Polifarmacia
10. Fatiga

El fenotipo de fragilidad desarrollado por Linda Fried y publicado por primera vez en 2001, ha permitido el reconocimiento temprano de este síndrome, lo cual, aunado al reconocimiento de la sarcopenia, proveen una oportunidad de implementar intervenciones que pueden prevenir o retrasar la aparición de la discapacidad. (6)

El envejecimiento además representa varios cambios a nivel fisiológico del cuerpo humano, lo que ocasiona en personas mayores respuestas diferentes a los fármacos originalmente diseñados y estudiados en personas más jóvenes. Es común que en la población geriátrica los efectos adversos de los fármacos superen los beneficios que brindan.<sup>8</sup> La prescripción inadecuada y la polifarmacia representan un riesgo para las personas mayores que no solo incrementa los costos sanitarios, sino que también tiene resultados deletéreos en la salud de los pacientes. (6)

Finalmente, el reconocimiento temprano del deterioro cognitivo es de suma importancia, ya que en algunos casos puede tener causas tratables y reversibles. Al mismo tiempo, es esencial para los especialistas sanitarios el reconocer si los pacientes son capaces de recordar y llevar a cabo las instrucciones y pautas de medicamentos indicados. (6)

Este nuevo replanteamiento de los grandes síndromes geriátricos, o gigantes modernos de la geriatría, representa los riesgos de condiciones que causan pre-discapacidad y, por ende, son ideales para el enfoque de la prevención de la discapacidad. Dichos síndromes casi nunca son reconocidos por médicos de atención primaria, médicos especialistas o subespecialistas en otras ramas de la medicina, exaltando la necesidad de la formación de especialistas en geriatría. (6)

## 1.2 METODOLOGÍA ESPECÍFICA DE LA GERIATRÍA

Las personas mayores, por tanto, presentan frecuentemente, una diferente forma de enfermar, motivada en buena parte por el diferente grado de fragilidad que presente.

La valoración y el mantenimiento de la función, entendida como la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, constituye el elemento nuclear de la atención geriátrica.

En este sentido hay que tener en cuenta algunas consideraciones:

- No siempre hay relación directa entre enfermedad y función y la alteración funcional puede ser signo de enfermedad.
- El deterioro de la función puede ser indicativo tanto de la fragilidad subyacente como de la gravedad clínica del proceso intercurrente. Sin embargo, el tipo y la severidad del problema clínico, no siempre guarda correlación con el impacto en la función.
- Una alteración funcional específica, no siempre tiene su origen en el órgano que controla la función.

La complejidad de la atención al mayor, requiere una metodología referente que pivota en tres ejes fundamentales:

- La Valoración Geriátrica Integral (VGI) cuyo concepto y justificación se detalla en el siguiente apartado.
- El trabajo interdisciplinar: enfoque colaborativo, coordinado y estructurado en el que profesionales de distintas disciplinas (médicos y diplomados en enfermería especialistas en Geriátrica, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc) trabajan de forma conjunta para atender de manera integral a las personas mayores, teniendo en cuenta su salud física, mental funcional y social. Para ello, es imprescindible el registro compartido de información, la revisión conjunta de los planes de cuidado y la realización reglada de reuniones periódicas de los equipos interdisciplinarios.
- Los niveles asistenciales, sanitarios y sociales. Hacen referencia a los distintos tipos de atención sanitaria y social que se brindan a las personas mayores, según su grado de autonomía, estado de salud y necesidades específicas. Estos niveles se organizan para asegurar la atención integral, continua y adecuada a cada paciente, siendo imprescindible la continuidad y coordinación entre los mismos.

Entre los niveles asistenciales sanitarios en Geriátrica se encuentran las unidades geriátricas de agudos, las unidades de media estancia, las unidades de larga estancia, las consultas externas y los hospitales de día de geriátrica.

Entre los niveles sociales se encuentran los centros de día y las residencias asistidas.

## La Valoración Geriátrica Integral

Para la valoración de los grandes síndromes geriátricos, el estándar de oro es la Valoración Geriátrica Integral (VGI), la cual consiste en una revisión estructurada, mediante herramientas y escalas validadas, de las diferentes esferas del paciente (Funcional, Social, Emocional, Cognitiva, Nutricional, Somatosensorial, entre otras).

La VGI fue definida en Estados Unidos en 1987 por la Conferencia de Consenso de los Institutos Nacionales de Salud sobre Métodos de Evaluación Geriátrica para la Toma de Decisiones Clínicas como “Una evaluación multidisciplinaria en la que se descubren, describen y, si es posible, explican los múltiples problemas de las personas mayores, y en la que se catalogan los recursos y las fortalezas de la ésta, se evalúan las necesidades de servicios y se desarrolla un plan de atención coordinado para centrar las intervenciones en los problemas de la persona”. (9)

Adicionalmente la Sociedad Americana de Geriátrica en una declaración de consenso, resalta que la VGI ayuda a determinar el uso apropiado de intervenciones diagnósticas y terapéuticas, así

como identificar las potencialmente dañinas y a realizar pronósticos necesarios en la planificación de la atención a largo plazo. Por lo cual recomiendan su inclusión en los cuidados agudos y de largo plazo de las personas mayores. (9)

Existe un muy robusto cuerpo de evidencia que respalda los beneficios de la aplicación de la VGI en personas mayores en diferentes contextos.

En una revisión sistemática y meta-análisis publicado en 2024 por Xu, Et. Al., se analizaron 18 ensayos clínicos controlados aleatorizados que evaluaban el uso de la VGI en personas mayores en el ambiente hospitalario. Sus resultados demostraron que la aplicación de la VGI en este tipo de pacientes disminuyó el riesgo de tener un deterioro en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) del 45% y una reducción de mortalidad del 15%. (10)

En otra revisión sistemática y meta-análisis publicado en 2025 por Hayes Et. Al. Se analizaron 22 ensayos clínicos que estudiaban la aplicación de la VGI a domicilio a personas mayores frágiles viviendo en la comunidad. Reclutando un total agrupado de 7219 personas mayores viviendo en comunidad, los autores concluyeron que la VGI domiciliaria resultó en una mejoría de la funcionalidad y una mejor calidad de vida a los 6, 12 y 24 meses de la intervención. Así mismo, la intervención resultó en una reducción de la mortalidad a los 36 meses, una reducción de hospitalizaciones de los 6 a los 36 meses y una mejor satisfacción del paciente con la atención a los 6 y 12 meses. (11)

Finalmente, una revisión sistemática y meta-análisis publicado en 2023 por Anwar Et. Al., estudió 17 ensayos clínicos controlados aleatorizados para valorar la utilidad de la VGI en pacientes mayores viviendo con cáncer. La conclusión de los autores fue que el riesgo de toxicidad por tratamiento oncológico fue 12% menor en el grupo que recibió la VGI vs aquellos que no, con una relevancia estadísticamente significativa.(12)

## Bibliografía

1. Lloyd-Sherlock P, Kalache A, Kirkwood T, McKee M, Prince M. WHO's proposal for a decade of healthy ageing. *Lancet*. 2019;394(10215):2152-3.
2. World Health Organization (WHO). Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2020.
3. Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados. Informe C: Envejecimiento y bienestar. 2023.
4. Morley JE. Geriatricians: The Super Specialists. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(4):866-8.
5. Morley JE. A brief history of geriatrics. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59(11):1132-52.
6. Diccionario de la lengua española. 2014. Geriatria; p. 2432.
7. García Navarro JA. Geriatrics can save medicine. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2023;58(1):1-2.
8. Woodford HJ, Fisher J. New horizons in deprescribing for older people. *Age Ageing*. 2019;48(6):768-75.
9. Comprehensive geriatric assessment. AGS Public Policy Committee. *J Am Geriatr Soc*. 1989;37(5):473-4.
10. Xu Y, Ji T, Li X, Yang Y, Zheng L, Qiu Y, et al. The effectiveness of the comprehensive geriatric assessment for older adults with frailty in hospital settings: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2024;159:104849.

11. Hayes C, Yigezu A, Dillon S, Fitzgerald C, Manning M, Leahy A, et al. Home-Based Comprehensive Geriatric Assessment for Community-Dwelling, At-Risk, Frail Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2025.
12. Anwar MR, Yeretzian ST, Ayala AP, Matosyan E, Breunis H, Bote K, et al. Effectiveness of geriatric assessment and management in older cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst.* 2023;115(12):1483-96.

## 2 UNIDAD DOCENTE DE GERIATRÍA

La Unidad docente (UD) de Geriátría forma parte de la Unidad Docente de Formación Especializada del Hospital de Figueres que pertenece a la Fundació Salut Empordà.

La actividad asistencial de la UD de Geriátría se desarrolla en la Comarca de l'Alt Empordà, en la provincia de Gerona.

La población de la comarca de l'Alt Empordà a 1 de enero de 2023 contaba con una población residente de 146.766 habitantes.

La evolución demográfica de la comarca refleja un aumento significativo de personas mayores de 65 años. Desde el año 2000, la cifra se ha incrementado en un 32,83%.

El índice de envejecimiento en el año 2022 se estimaba en 125.7, lo que indica que, por cada 100 menores de 15 años, había aproximadamente 126 personas de 65 años o más. Por otro lado, el índice de sobre-envejecimiento se situaba en 16.2, es decir, por cada 100 personas de 65 años o más, había aproximadamente 16 personas de 85 años o más.

En este contexto la Fundació Salut Empordà, en los últimos años, ha desarrollado los recursos asistenciales necesarios para prestar una atención de calidad a las personas mayores del territorio y se han adaptado los dispositivos hospitalarios de atención de agudos para prestar una mejor atención a las necesidades de estas personas.

Actualmente disponemos de una extensa cartera de servicios, y profesionales, en los ámbitos de atención hospitalaria e intermedia lo que capacita a la Institución en la formación de especialistas en Geriátría (médicos y enfermería).

La Fundació Salut Empordà es, además, referencia en la formación práctica de estudiantes del Módulo de Envejecimiento de la facultad de medicina de la Universidad de Girona.

La Atención Geriátrica Especializada en la Comarca, se lleva a cabo por la Fundació Salut Empordà que lleva a cabo la gestión del Hospital de Figueres, el Hospital de Atención Intermedia (HAI) Bernat Jaume y el Área Básica de Salud de la localidad de l'Escala, Moisés Broggi.

En el HAI se encuentran ubicados:

- Los niveles asistenciales geriátricos de Hospital de Día, Unidad de Convalecencia, Unidad de Larga Estancia y Consultas Externas de Geriátría.
- La Unidad de Cuidados Paliativos
- La Unidad de Soporte Domiciliario (PADES).

En el Hospital de Figueres, por otro lado, se encuentran ubicados:

- La Unidad Geriátrica de Agudos
- El Equipo de Soporte Hospitalario (ESH)
- La Unidad de Orto geriátría

La rotación en Atención Primaria se realiza en el Área Básica de Salud (ABS) de L'Escala.

Las rotaciones en otras especialidades médicas que forman parte del itinerario, así como las guardias de Urgencias que comentaremos más adelante, se llevan a cabo principalmente en el Hospital de Figueres.

## 3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y GENERALES DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN GERIATRÍA

La formación especializada en geriatría busca preparar profesionales capaces de atender de forma integral y humanizada a las personas mayores, considerando sus características médicas, funcionales, psicológicas y sociales.

### 3.1 OBJETIVO GENERAL:

El objetivo general de la formación especializada en Geriatría es formar especialistas en geriatría con competencias clínicas, éticas y humanísticas para la atención integral de la persona mayor, promoviendo su calidad de vida, autonomía y bienestar, a través de los fundamentos de la disciplina: la valoración geriátrica integral, la atención en los distintos niveles asistenciales y el trabajo interdisciplinario.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Respecto a los objetivos específicos de la formación, se consideran:

- Adquirir conocimientos sólidos sobre el proceso fisiológico del envejecimiento y sobre las principales patologías y síndromes geriátricos.
- Desarrollar habilidades clínicas para realizar una Valoración Geriátrica Integral (VGI) que contemple aspectos médicos, funcionales, psicológicos y sociales del adulto mayor.
- Aplicar modelos de atención en los distintos niveles asistenciales (atención primaria, hospitalaria, sociosanitaria y cuidados paliativos) adaptados a las necesidades del paciente geriátrico.
- Fomentar el trabajo interdisciplinario, coordinando con equipos de medicina, enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia, psicología, trabajo social y otras áreas pertinentes.
- Implementar estrategias preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación para mejorar o mantener la autonomía del adulto mayor.
- Promover el envejecimiento activo y saludable, así como el respeto a la dignidad y derechos de las personas mayores.
- Impulsar la investigación clínica y social en geriatría y gerontología.
- Desarrollar liderazgo en la planificación y gestión de programas y políticas de atención al adulto mayor.
- Incorporar principios éticos y de bioética en la toma de decisiones clínicas y sociales relacionadas con la vejez.

### 3.3 COMPETENCIAS DE LA FORMACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA EN GERIATRÍA

Se entiende por las competencias de la formación teórico-práctica en Geriatria a combinación de conocimientos, habilidades, actitudes y valores necesarios que, en nuestro caso, define al especialista en Geriatria. Responden a las demandas de los pacientes y del sistema sanitario y se desarrollan en forma de actividades y funciones.

Estas competencias abarcan los siguientes dominios:

1. Envejecimiento y Epidemiología.
2. Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Clínica de pacientes mayores.
3. Comunicación Clínica.
4. Salud, fragilidad y discapacidad.
5. Características y presentación de la enfermedad en el paciente mayor.
6. Valoración Geriátrica Integral (VGI).
7. Niveles asistenciales geriátricos.
8. Enfermedades agudas y crónicas.
9. Síndromes geriátricos.
10. Nutrición geriátrica.
11. Farmacología geriátrica.
12. Rehabilitación geriátrica.
13. Ortogeriatría y Medicina Perioperatoria.
14. Psicogeriatría.
15. Cuidados Paliativos y al final de la vida.

Los aspectos teóricos de la formación se adquirirán a través de:

- El estudio individual.
- Un plan programado de sesiones clínicas, teóricas y bibliográficas (propias o interdepartamentales) en las que participará el residente. Se desarrollarán más adelante.
- Actividades complementarias, que también se concretarán más adelante, como:
  - o Comunicaciones, ponencias, publicaciones
  - o Asistencia a congresos, cursos, conferencias (autorizadas por el tutor y el jefe asistencial teniendo en cuenta los objetivos del programa y el proceso de aprendizaje de cada residente).

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.

# 4 ACTIVIDAD DOCENTE DEL SERVICIO DE GERIATRÍA

En el Servicio de Geriatría se ofertan 2 plazas MIR por año.

La unidad docente de Geriatría está acreditada por la Comisión Nacional de la Especialidad desde 2018 y ha desarrollado un Programa de Formación adaptado a nuestro centro que pretende como objetivo asegurar la formación de especialistas en Geriatría, capaces de asumir todas aquellas funciones derivadas de la propia definición de la especialidad establecidas por dicha Comisión.

## 4.1 ÁREAS DE APRENDIZAJE

El sistema de formación sanitaria especializada se basa en el aprendizaje mediante el ejercicio profesional en un entorno supervisado, donde se van asumiendo progresivamente responsabilidades a medida que se adquieren las competencias previstas en el programa de formación, hasta llegar al grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la especialidad.

Para la adquisición de las competencias se promueven estrategias docentes que favorezcan el **pensamiento crítico** y permitan la integración de la formación teórica con la clínica e investigación que se lleva a cabo en los diferentes dispositivos de la Unidad Docente.

En la adquisición de conocimientos **predomina el autoaprendizaje tutorizado**, ayudado por seminarios, talleres, discusión de casos con expertos en cada tema y otros métodos que estimulen la responsabilidad y la autonomía progresiva del residente.

Durante cada una de las rotaciones, el residente debe demostrar que dispone de los conocimientos suficientes y que los utiliza regularmente en el razonamiento clínico. En cada una de las áreas de rotación, el residente ha de integrar conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes que le permitan avanzar en su formación. Él es el principal responsable de su aprendizaje. La función de los especialistas con los que se forma es la de facilitar dicho aprendizaje, supervisar sus actividades y evaluar su progreso. En cada una de las áreas de rotación, el residente ha de participar en todas las actividades habituales de los especialistas, tanto en los aspectos asistenciales de cualquier tipo como en los de formación, investigación y gestión clínica.

Los contenidos formativos de la Especialidad abarcan **tres áreas de aprendizaje**:

- Formación transversal común a la que nos referiremos más adelante.
  - o Metodología de la investigación
  - o Habilidades de comunicación y relación con el paciente y conocimientos bioéticos. Se incluye la formación en consentimiento informado, confidencialidad y secreto profesional y aspectos relacionados con la ética y la deontología.
  - o Gestión Clínica y de calidad. El residente debe conocer la cartera de servicios, el funcionamiento y organización de un servicio de geriatría, las guías de práctica clínica y la importancia de la coordinación. Debe conocer también el concepto de calidad en el ámbito de salud, así como sus indicadores, criterios estándares y programas de garantía y control de ésta.
- Formación básica en Geriatría y Gerontología

- Formación específica en Geriátria distribuida por áreas. Abarca la formación en patología general con especial énfasis en los aspectos más específicamente geriátricos.

Para alcanzar estos objetivos se ha establecido un calendario de sesiones y cursos específicos relacionados con temas transversales durante el período de residencia que se incluyen en el programa formativo y se comentarán en los siguientes apartados del documento.

## 4.2 GUÍA ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES DE GERIATRÍA (GIFG)

El **Itinerario Formativo** es el conjunto programado y ordenado de cursos y rotaciones destinados a la obtención de una capacitación profesional o de una competencia acreditada en un determinado ámbito de la actividad profesional.

La elaboración de la **Guía Itinerario Formativo** de residentes en **Geriátria (GIFG)** está orientada a la adquisición progresiva de conocimientos, habilidades y responsabilidades en la especialidad para la consecución de los objetivos formativos.

El presente documento se realiza se fundamenta:

- De acuerdo a los contenidos de la Orden SCO/2603/2008, del 1 de septiembre, por la que se aprueba y se publica el programa formativo de la especialidad de Geriátria, publicada en el BOE núm. 223, de 15 de septiembre de 2008, páginas 37785 a 37790 (referencia BOE-A-2008-15034)
- Las recomendaciones de la Sociedad Española de Geriátria y Gerontología respecto a la formación especializada en Geriátria.
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

Última revisión en junio 2025

El **GIFG** se actualiza periódicamente (mínimo cada 4 años) según las necesidades docentes, ajustándose a la normativa vigente y a la implementación de mejoras derivadas de la experiencia de tutores y residentes.

## 5 ITINERARIO DOCENTE GENERAL

Las rotaciones durante el período formativo en la especialidad se realizan de acuerdo con lo estipulado por la Comisión Nacional de la Especialidad y las recomendaciones de la Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (SEGG).

Abarcan dos grandes períodos formativos, básico y específico, además de las rotaciones especiales, las sesiones y las guardias médicas.

### 5.1 PERIODO FORMATIVO BÁSICO

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.

En este período se contemplan las siguientes rotaciones:

- Rotaciones consideradas como fijas en el programa de la Especialidad

- o Unidad Geriátrica de Agudos
- o Cardiología
- o Neurología
- o Radiología
- Rotaciones contempladas como optativas en el programa de la Especialidad según el BOE referido en el apartado anterior.
  - o Unidad de Ortogeriatría
  - o Cuidados Paliativos
  - o Rehabilitación
  - o Atención Primaria

La rotación en Atención Primaria se realiza en el Centro de Atención Primaria Moisès Broggi, Área Básica de Salud (ABS) de L'Escala.

Las rotaciones en otras especialidades médicas que forman parte del itinerario, las rotaciones en la Unidad Geriátrica de Agudos y Ortogeriatría, así como las guardias de Urgencias que comentaremos más adelante, se llevan a cabo en el Hospital de Figueres.

La rotación en Cuidados Paliativos se realiza en el HAI Bernat Jaume.

Se considera necesario que durante este periodo el residente adquiera la formación teórica en:

- 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 de envejecimiento.
- Esperanza y expectativa de vida y perspectivas futuras.

## 5.2 PERIODO FORMATIVO ESPECÍFICO

- Rotaciones contempladas como fijas en el programa de la Especialidad
  - o Unidad de Media Estancia Geriatría (Unidad de Convalecencia)
  - o Hospital de Día Geriatría
  - o Consulta Externa de Geriatría
  - o Unidad de Larga Estancia
  - o Unidad Geriátrica de Agudos
  - o Unidad de Geriatría de Agudos (Ortogeriatría)
  - o Psicogeriatría
  - o Unidad de Soporte Hospitalario

- Rotaciones externas:
  - Se contemplan como optativas en el programa de la especialidad y se fundamentan en el conocimiento de otros sistemas de organización del sistema de atención al mayor nacionales o no y de áreas asistenciales de atención específica en el paciente mayor no contempladas en el programa realizado durante el período formativo o bien, contempladas como optativas en el programa de la Especialidad.
  - Podrá realizarse de forma individualizada, con una duración máxima de cuatro meses. Esta duración máxima estará supeditada al cumplimiento satisfactorio previo del resto de competencias de la especialidad, tanto en el ámbito asistencial como en los aspectos docentes y de investigación.
  - Para solicitar una rotación externa fuera del centro hospitalario, el tutor o tutora deberá presentar la propuesta a la Comisión de Docencia. Esta valorará que los objetivos estén formulados por el tutor o tutora, que sean coherentes con el programa oficial de la especialidad y con el año de formación del/de la residente.
  - Una vez finalizada la rotación externa, el residente deberá presentar a su tutor/a y a la unidad docente una memoria en la que se detallen, entre otros aspectos, los objetivos previstos y alcanzados, las actividades realizadas, las responsabilidades asumidas, las competencias adquiridas, los aspectos positivos y las dificultades encontradas, así como el impacto de la estancia en su formación y desarrollo profesional, y las propuestas de mejora que considere oportunas. Asimismo, deberá compartir su experiencia en una sesión dirigida al conjunto de residentes y tutores. Una plantilla de la memoria está disponible en la Intranet de la Fundació > Inici > Departaments > Formació Sanitària Especialitzada > Documents <https://intranetfse.salutemporda.cat/departaments/formacio-sanitaria-especialitzada/documents/>

Las rotaciones en la Unidad de Media Estancia (Unidad de Convalecencia), Unidad de Larga Estancia, Hospital de Día de Geriátría y Consultas externas de Geriátría (Deterioro cognitivo y Fragilidad), se realizan en el HAI Bernat Jaume.

Las rotaciones en la Unidad Geriátrica de Agudos, Ortogeriatría y Unidad de Soporte Hospitalario, se realizan en el Hospital de Figueres.

Opciones recomendadas para la rotación en Psicogeriatría son el Hospital del Mar (Barcelona), Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregui (Alsasua, Navarra), Hospital Benito Menni, Complex Assistencial en Salut Mental (L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona) y Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

## 5.3 SESIONES FORMATIVAS

- **Sesiones clínicas basadas en la metodología de aprendizaje basado en problemas (ABP).**
  - Se realizan los martes de 8:15 a 9h. Se fundamentan en un caso clínico presentado por los tutores. Los residentes han de analizar los objetivos del caso y profundizar en los temas en las siguientes sesiones (unas 4 sesiones por cada caso clínico).

- **Sesiones teórico-clínicas incluidas en las sesiones del Servicio**
  - o Se realizan los viernes, de 8:15 a 9h. Los residentes de primer año deberán realizar una sesión anual y dos sesiones anuales a partir del segundo año de residencia.
- **Sesiones bibliográficas/clínicas**
  - o Se realizarán los jueves de 8:15 a 8:45h. Cada semana, uno de los residentes presentará un artículo o se revisará un tema muy concreto con supervisión de su tutor.
- **Sesiones generales de residentes de la Fundación**
  - o Se realizan los miércoles de 8:30 a 9:30h
  - o La asistencia es obligatoria y los residentes habrán de realizar al menos una sesión anual.
- **Sesiones generales hospitalarias de la Fundación**
  - o Una sesión mensual, el tercer martes de cada mes, de 8:15 a 9h

La asistencia a todas las sesiones es obligatoria salvo que no se encuentre en el Centro o bien coincida con una actividad de la Unidad de rotación de ese momento que se considere imprescindible en la rotación (por ejemplo, las reuniones interdisciplinarias en la Unidad de Cuidados Paliativos o en la Unidad de Media Estancia/Convalecencia).

## 5.4 GUARDIAS MÉDICAS

En calidad de residente, la realización de guardias es obligatoria.

El número obligatorio de guardias son 4 al mes, con opción de realizar una más optativa siempre y cuando la libranza no interfiera con la rotación que esté realizando en ese momento.

Se distinguen:

- Las guardias de medicina de urgencias, que se realizan en el servicio de urgencias del Hospital de Figueres.
- Las guardias de planta, de especialidad, que se realizan en el Hospital de Atención Intermedia.

La distribución de las guardias será como sigue:

- Durante el primer año de residencia se realizarán todas las guardias en el Servicio Urgencias del Hospital de Figueres.
- En el segundo año de residencia, realizarán tres guardias en el Servicio de Urgencias y se incorporará una guardia en el Hospital de Atención Intermedia con supervisión completa y en fin de semana. En caso de realizar una guardia optativa, según las condiciones ya comentadas, se realizará en el Servicio de Urgencias.
- En el tercer año de residencia, se realizarán dos guardias en el HAI (al menos una de fin de semana) y dos, en el Servicio de Urgencias. Se intentará en la medida de lo posible en relación con la disponibilidad del Servicio de Interna, que una de las guardias de Urgencias pueda modificarse a una guardia de Medicina Interna. En caso de realizar una guardia optativa, según las condiciones ya comentadas, se realizará en el Servicio de Urgencias.

- En el cuarto año de residencia, se realizarán tres guardias en el HAI (al menos una en fin de semana) y una en el Servicio de Urgencias del Hospital de Figueres. Se intentará en la medida de lo posible en relación con la disponibilidad del Servicio de Interna, que una de las guardias del HAI pueda modificarse a una guardia de Medicina Interna. En caso de realizar una guardia optativa, según las condiciones ya comentadas, se podrá realizar en el HAI o en el Servicio de Urgencias.

## 5.5 NIVELES DE RESPONSABILIDAD

Las actividades a desarrollar durante la formación por el sistema de residencia, conllevan la adquisición de un nivel de responsabilidad progresivamente mayor a medida que se avanza en el programa formativo.

Implica asumir un grado de responsabilidad que aumenta de forma progresiva a lo largo del desarrollo del programa formativo.

En este marco, se establecen tres niveles de responsabilidad:

- **NIVEL 1:** El residente lleva a cabo las actividades por su cuenta, sin necesidad de supervisión directa. Posteriormente informa sobre lo realizado. Actúa de forma autónoma.
- **NIVEL 2:** El residente realiza las actividades directamente, pero siempre bajo la supervisión de su tutor o del personal facultativo del centro. Actúa con supervisión.
- **NIVEL 3:** Las actividades son ejecutadas por el personal sanitario del centro, mientras el residente observa y/o colabora en su realización. En este caso, su rol es principalmente de observador.

Es importante que tanto el residente como el tutor y los tutores y colaboradores docentes, conozcan el nivel de responsabilidad a conseguir en cada rotación. Más adelante, se especifica el nivel de responsabilidad que se considera en cada rotación.

## 6 ITINERARIO DOCENTE POR CURSO DE RESIDENCIA

### 6.1 RESIDENTES DE PRIMER CURSO (R1)

#### 6.1.1 Objetivos y competencias generales para el año R1

- Conocer la Unidad Docente de la Fundación Salut Empordà y del Servicio de Geriátria donde el residente realizará su formación sanitaria.
- Aprender técnicas de anamnesis, semiología médica por aparatos y exploración física en distintos ámbitos de actuación médica (Urgencias, UGA, servicios de Especialidades Médicas)
- Iniciación a la Geriátria:
  - o Familiarización con los conceptos y terminología propios de la especialidad.
  - o Conocer los modelos de historia clínica. Iniciación en el enfoque multidimensional

- o Iniciación a la Valoración Geriátrica Integral y a su carácter dinámico, multidimensional e interdisciplinar.
- o Introducción al trabajo interdisciplinar
- o Conocimiento inicial de los distintos niveles asistenciales de la atención geriátrica
- o Conocer los sistemas de información a los pacientes y sus familiares.
- o Conocer el funcionamiento cotidiano de un servicio hospitalario de Geriátrica.
- o Conocer la sistemática de las sesiones clínicas.
- o Distinguir los cambios fisiológicos y anatómicos del envejecimiento de aquellos causados por enfermedades
- o Identificar los cambios en la función física y mental asociados al envejecimiento.
- o Introducción del concepto de síndrome geriátrico y su enfoque diagnóstico.
- o Aproximación a las patologías geriátricas agudas más habituales.
- Adquirir competencias en maniobras de soporte vital básico.
- Atender a pacientes mayores en el Servicio de Urgencias y familiarizarse en el diagnóstico y tratamiento de la patología urgente más frecuente del adulto.
- Aprendizaje de las enfermedades más comunes en la práctica diaria de la Medicina Geriátrica: insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, BNCO, infecciones respiratoria y urinarias, ictus, fractura de cadera, insuficiencia renal crónica y aguda y trastornos hidroelectrolíticos.
- Interpretación e indicaciones de las pruebas de imagen más comúnmente empleadas en el diagnóstico de la patología médica más frecuente en el anciano.

#### 6.1.2 Cronograma de rotaciones y duración R1

- Unidad Geriátrica de Agudos (UGA): 2 meses
- Unidad Geriátrica de Agudos (Ortogeriatría): 1 mes
- Urgencias 1 mes
- Cardiología 2 meses
- Neurología 2 meses
- Radiología 1 mes
- Neumología 1 mes
- Nefrología 1 mes

\* Completarán el horario laboral con la realización de una tarde semanal, de 15 a 17:30 horas. Una-dos de dichas tardes al mes, acudirán a la Consulta Externa de Geriátrica (Deterioro Cognitivo o Fragilidad) con un nivel 3 de responsabilidad. Podrán emplearse también en el estudio personal y en actividad investigadora.

#### 6.1.3 Competencias a adquirir en cada rotación de R1 y niveles de responsabilidad

## **Rotación de Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) R1**

- Adquirir los conocimientos de los Criterios de ingreso a la UGA.
- Iniciación de conocimiento de la Valoración geriátrica integral como herramienta diagnóstica, de intervención y toma de decisiones, así como su carácter dinámico e interdisciplinar.
- Realización de anamnesis dirigida, valoración básica funcional, mental, social y clínica, exploración física y listas de problemas.
- Manejo de las patologías médicas agudas más frecuentes en el paciente mayor. Utilización de técnicas diagnósticas y medios terapéuticos.
- Iniciación en el manejo de la multimorbilidad, el ajuste de tratamientos
- Iniciación al trabajo inter y multidisciplinar.
- Adquirir los conocimientos para reconocer los síntomas inespecíficos, síndromes geriátricos y cambios funcionales como forma de presentación de la enfermedad en el paciente mayor.
- Iniciación en la elaboración de planes de intervención individualizados en pacientes complejos.
- Iniciación en la recuperación funcional y en el establecimiento de objetivos realistas

Durante el primer mes en UGA, se recomienda un nivel de responsabilidad 3, mientras que en el segundo mes de UGA se debería asumir un nivel 2.

## **Rotación en la Unidad Geriátrica de Agudos (Ortogeriatria) R1**

- Consolidar la realización de anamnesis, exploración y valoración multidimensional en la paciente mayor iniciada en la UGA
- Iniciación en la valoración e intervención perquirúrgica de la paciente mayor basada en la VGI
- Registrar la evolución clínica y funcional del paciente
- Iniciación en la valoración del síndrome de caídas y trastorno de la marcha
- Iniciación en la toma de decisiones basado en el concepto de fragilidad
- Iniciación en la identificación, prevención y tratamiento del delirium
- Iniciación en la identificación de objetivos realistas de recuperación funcional y nivel asistencial más adecuado al alta
- Iniciación a la coordinación asistencial y planificación de altas en el paciente mayor.
- Iniciación al trabajo multidisciplinar con participación en las sesiones clínicas con Fisioterapia y Traumatología.

Durante esta rotación, se debería asumir un nivel 2 de responsabilidad.

## **Rotación por Cardiología**

Los objetivos de la rotación es obtención de formación cardiológica básica, con especial interés en las enfermedades cardiológicas más frecuentes en geriatría:

- Semiología y exploraciones complementarias básicas: Electrocardiograma, Ecocardiograma, Holter.
- Reconocimiento y manejo de las patologías cardiacas: insuficiencia Cardíaca, Arritmias más frecuentes (Fibrilación y flutter auricular, arritmias ventriculares, taquicardia paroxística, supraventricular, bloqueos aurículo-ventriculares, Cardiopatía Isquémica, Miocardiopatías Valvulares, Enfermedades del Pericardio, Hipertensión Arterial. Conocimiento de los principios de uso de los principales fármacos cardiovasculares.
- Realización de historias clínicas, enfoque cardiológico del paciente geriátrico.
- Indicaciones de consulta especializada.

Durante el primer mes de esta rotación, se debería asumir un nivel 3 de responsabilidad y alcanzar un nivel 2 a lo largo del segundo mes.

## **Rotación por Neurología**

Los objetivos de la rotación es obtención de formación neurológica básica, con especial interés en las enfermedades neurológicas más frecuentes en geriatría:

- Aproximación al enfermo neurológico.
- Semiología y exploración física neurológica.
- Indicaciones e interpretación de las exploraciones complementarias: Electroencefalograma, punción lumbar, técnicas de neuroimagen, etc.
- Síntomas y síndromes clínicos más importantes.
- Conocimiento de las patologías más comunes en geriatría: Enfermedad Cerebrovascular, demencia y Parkinson.

Durante el primer mes de esta rotación, se debería asumir un nivel 3 de responsabilidad y alcanzar un nivel 2 a lo largo del segundo mes.

## **Rotación por Neumología**

Los objetivos de esta rotación incluyen la obtención de formación neumológica básica, con especial interés en las patologías más frecuentes en la población geriátrica:

- Aproximación al enfermo neumológico.
- Semiología y exploraciones complementarias básicas (Espirometría, fibrobroncoscopia etc.)
- Síntomas y síndromes más frecuentes
- Conocimiento de las patologías más frecuentes: Insuficiencia respiratoria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tromboembolismo pulmonar, enfermedades pleurales, neoplasia de pulmón.

- Manejo de oxigenoterapia. Pautas terapéuticas en la insuficiencia respiratoria aguda y crónica.

Durante esta rotación, se debería asumir un nivel 3 de responsabilidad inicial, valorando progresar a un nivel 2 si el colaborador docente lo considera dado que se trata de una rotación de corta duración.

### **Rotación por Urgencias**

Los objetivos de la rotación es el conocimiento del funcionamiento del servicio de urgencias y poder trabajar con personas de plantilla del servicio:

- Historia clínica y exploración física en urgencias.
- Reconocimiento síntomas y signos de gravedad
- Optimización del uso de las diferentes pruebas complementarias (Radiografías, Electrocardiograma etc.)
- Orientación diagnóstica en Urgencias. Plan terapéutico. Realización de informes de Alta.
- Conocimiento de las patologías más frecuentes en Urgencias: insuficiencia cardíaca, EPOC, insuficiencia respiratoria, ictus, cardiopatía isquémica. Patología quirúrgica más prevalente.
- Adquisición habilidades técnicas: punción lumbar, paracentesis, toracocentesis, reanimación cardiopulmonar básica, etc.
- Adquisición de habilidades en la realización e interpretación de ecografía de urgencias.
- Aprender a dar información clara comprensible para el paciente y familiares.

Durante esta rotación, se debería asumir un nivel 3 de responsabilidad inicialmente y alcanzar un nivel 2 antes de finalizar el mes, que será el nivel del primer año de guardias en Urgencias.

### **Rotación en Nefrología**

Los objetivos de la rotación es la formación nefrológica básica, con especial énfasis en el manejo de la insuficiencia renal crónica y la diálisis en pacientes de edad avanzada.

- Semiología y exploración física nefrológica.
- Interpretación de pruebas de función renal.
- Ajuste terapéutico según función renal.
- Especial énfasis en el conocimiento de la insuficiencia renal aguda y crónica.
- Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico
- Ajuste farmacológico según función renal y yatrogenia.
- Interpretación de pruebas de función renal.
- Indicaciones de diálisis en el paciente mayor.
- Manejo de la insuficiencia renal terminal en paciente no tributario de diálisis

Durante esta rotación, se debería asumir un nivel 3 de responsabilidad inicial , valorando progresar a un nivel 2 si el colaborador docente lo considera dado que se trata de una rotación de corta duración.

### **Rotación por Radiología**

Rotación orientada a la adquisición de conocimientos básicos sobre el uso clínico de la imagen en pacientes geriátricos, incluyendo indicación, interpretación inicial y colaboración con el equipo de Radiología.

- Conocer los fundamentos básicos de las principales técnicas de imagen (Rx, ecografía, TC, RM).
- Comprender la utilidad y limitaciones de las pruebas de imagen en la población geriátrica.
- Aprender a realizar una correcta solicitud de estudios radiológicos, justificando la indicación y proporcionando información clínica relevante.
- Identificar hallazgos radiológicos frecuentes en patologías prevalentes en geriatría: neumonía, insuficiencia cardíaca, fracturas osteoporóticas, artrosis, etc.
- Familiarizarse con las imágenes más habituales en pacientes con demencia, ictus, hidrocefalia o caídas.
- Comprender el papel del radiólogo como parte del equipo multidisciplinar.
- Aprender a formular preguntas clínicas concretas al radiólogo para una mejor interpretación del estudio.
- Asistir a sesiones clínicas del servicio de Radiología cuando sea posible.
- Conocer aspectos de seguridad en imagen: radiación, contraste yodado, claustrofobia, y su especial impacto en mayores.

Durante esta rotación, se debe asumir un nivel 3 de responsabilidad.

## **6.2 RESIDENTES DE SEGUNDO CURSO (R2)**

### **6.2.1 Objetivos y competencias generales para el año R2**

- Conocimiento de los principios de la rehabilitación, especialmente en las patologías y situaciones más prevalentes en el paciente mayor, así como de la metodología de trabajo de los profesionales que intervienen.
- Conocimiento de los criterios de ingreso, objetivos generales y organización de los distintos niveles asistenciales de Geriatría.
- Adquisición de mayores competencias para la gestión de tiempo y en la realización eficiente de historias clínicas y valoraciones geriátricas, incluyendo la valoración de objetivos, la orientación por problemas y la elaboración del plan de intervención adecuado en cada nivel de intervención.
- Adquirir habilidades en el manejo de la información y comunicación con el paciente, los cuidadores y el equipo asistencial respecto los objetivos y del plan de tratamiento.

- Conocimiento de las funciones y trabajo de los miembros de los equipos interdisciplinarios: Diplomado en enfermería (DUI), auxiliares de enfermería (TCAI), Neuropsicólogo, Trabajador social, Terapia ocupacional, Fisioterapeuta, etc.
- Introducción a la valoración e intervención protocolizada de los síndromes geriátricos: incontinencia, caídas, estreñimiento, trastorno de la marcha, sarcopenia y malnutrición.
- Conocimiento de las particularidades en la valoración y manejo del dolor en el paciente mayor. Detección y abordaje sistemático del dolor en el mayor.
- Iniciación a la realización de la valoración y el manejo farmacológico y no farmacológico del deterioro cognitivo y la patología mental más prevalente en el mayor.
- Profundizar en el conocimiento de fragilidad, su detección mediante herramientas específicas y las bases de la intervención, en cualquier nivel asistencial. Comprensión de sus implicaciones pronósticas y en la toma de decisiones en intervenciones de otras especialidades (Cardiología, Traumatología).
- Profundizar en la farmacología en el anciano. Los cambios de la farmacodinamia del anciano, las implicaciones de la polifarmacia, la implicación de los efectos adversos de los fármacos más utilizados, los principios de la prescripción adecuada de los medicamentos en el mayor y las herramientas de que se disponen. Los métodos para valorar la adherencia y mejorar el cumplimiento.
- Manejar las patologías clínicas, complicaciones agudas y necesidades a largo plazo de los pacientes ingresados en los diferentes niveles asistenciales.
- Utilizar la VGI como herramienta pronóstica y de toma de decisiones clínicas, así como en el seguimiento y valoración continuada de los pacientes en las Unidades Geriátricas.
- Sopesar el impacto de la multimorbilidad en la presentación y tratamiento de las enfermedades. Utilización de Escalas de medición de la multimorbilidad o carga de enfermedad.
- Conocimiento de la organización de trabajo en Atención Primaria, metodología de trabajo y valoración del paciente mayor en la consulta de Primaria. Acceso y coordinación entre Geriátrica especializada y Atención Primaria.
- Realizar una valoración social básica y conocer los recursos sociales básicos disponibles, comunitarios y estatales.
- Indicación de cuidados paliativos a los pacientes que clínicamente lo requieran independientemente del nivel asistencial donde se encuentren.
- Intervención global en el paciente con necesidades paliativas en medio hospitalario y en el domicilio.

#### 6.2.2 Cronograma de rotaciones y duración R2

- Rehabilitación: 1 mes
- Unidad de Soporte Domiciliario (PADES): 1 mes
- Unidad Geriátrica de Agudos (UGA): 3 meses
- Unidad de Cuidados Paliativos: 2 meses
- Hospital de Día de Geriátrica (HDG) y Consultas Externas de Geriátrica: 2 mes
- Atención Primaria 1 mes
- Unidad de Media Estancia (Unidad de Convalecencia): 1 meses

\* Se completará el horario laboral con la realización de una tarde semanal, de 15 a 17:30 horas. Una-dos de dichas tardes al mes, acudirán a la Consulta Externa de Geriatria (Deterioro Cognitivo o Fragilidad) con un nivel 2-3 de responsabilidad. Podrán emplearse también en el estudio personal y en actividad investigadora.

### 6.2.3 Competencias a adquirir en cada rotación de R2

#### **Rotación en Atención Primaria**

- Participación en reuniones de trabajo en Centros de Salud y Sociales. Valoración y seguimiento de pacientes en sus domicilios, junto con los equipos de Atención Primaria. Realización de protocolos en síndromes geriátricos (inmovilismo, demencia, cuidados paliativos).
- Participación en la coordinación con Atención Primaria, Servicios sociales y el Hospital (Hospital de Figueres y Hospital de Atención Intermedia Bernat Jaume).
- Conocimiento de los recursos sociosanitarios de área, así como de su funcionamiento y utilización adecuada. Participación en las actividades educativas, de apoyo y consejo con el paciente y familiares.
- Ser conscientes de la necesidad de conexión y trabajo en equipo entre los distintos niveles asistenciales.
- Aprender a manejar patología frecuente de baja complejidad en el anciano.
- Manejo y prescripción de fármacos para patologías de baja complejidad en el paciente con polimedicación de base.
- Formación en Medicina Preventiva. Importancia de la Educación Sanitaria en población de edad avanzada.
- Conseguir un grado de implicación personal de los profesionales en formación respecto a su responsabilidad en Salud Comunitaria.

Durante esta rotación, se debe asumir un nivel 3 de responsabilidad.

#### ***Unidad de Media Estancia Geriátrica (Unidad de Convalecencia) R2***

- Realizar valoración geriátrica integral supervisada.
- Identificar y manejar síndromes geriátricos comunes con apoyo del adjunto.
- Conocer los Criterios de ingreso.
- Conocimiento y manejo en la fase subaguda y crónica de la enfermedad incapacitante causa de ingreso.
- Iniciar planes terapéuticos individualizados bajo supervisión directa valorando objetivos realistas en la recuperación funcional.
- Aprender a registrar la evolución clínica y funcional del paciente.
- Conocer protocolos de manejo de delirium, úlceras por presión, caídas, malnutrición, incontinencia, etc.

- Valorar y detectar precozmente la presencia de disfagia. Conocer los criterios de valoración e intervención por Logopedia.
- Monitorizar la evolución clínica y funcional del paciente.
- Evaluar la efectividad de las intervenciones y ajustar los planes según necesidad.
- Participar en reuniones del equipo interdisciplinar con apoyo del tutor.
- Conocer la función de cada miembro del equipo interdisciplinar.
- Colaborar en la elaboración del plan de cuidados con orientación.
- Conocer los circuitos para la derivación a recursos sociosanitarios.
- Adquisición de habilidades de trabajo en equipo
- Adecuación de la intensidad terapéutica de acuerdo con la situación prioridades y preferencias del paciente y la familia y elaboración de planes terapéuticos individualizados a partir de la toma de decisiones compartidas.
- Observar entrevistas clínicas con pacientes y familiares
- Adquisición de habilidades de relación y comunicación con los enfermos y familia.
- Comenzar a participar en discusiones sobre adecuación terapéutica.
- Reconocer y notificar situaciones de vulnerabilidad social o abuso.

Durante esta rotación, se debería asumir un nivel 2 de responsabilidad.

### **Rotación en la Unidad de Cuidados Paliativos**

- Durante la rotación en la Unidad de Cuidados Paliativos, el residente de Geriatria debe adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que le permitan brindar una atención integral y de calidad a los pacientes en situación de enfermedad avanzada o terminal, así como a sus familias.
- Comprender los principios básicos de los cuidados paliativos.
- Conocer las patologías más prevalentes en cuidados paliativos geriátricos, tanto oncológicos como no oncológicos.
- Evaluar y manejar síntomas frecuentes: dolor, disnea, delirium, náuseas, insomnio.
- Realizar una valoración integral del paciente (funcional, emocional, social y espiritual).
- Identificar y tratar las complicaciones más frecuentes.
- Tratamiento de la comorbilidad de base y de las reagudizaciones
- Identificar la situación de agonía y saber cómo manejarla.
- Prescripción segura de opioides y manejo de bombas de perfusión subcutánea.
- Adquirir habilidades de relación y comunicación con enfermos y familia (cómo dar las malas noticias, situaciones de crisis, etc.)
- Participar en la planificación anticipada de cuidados de manera consensuada con el paciente, la familia y el equipo, siempre que sea posible.

- Desarrollar habilidades en la toma de decisiones complejas (adecuación terapéutica, sedación paliativa...)
- Integrarse en equipos de trabajo multidisciplinarios.
- Conocer el rol de los distintos profesionales en cuidados paliativos.
- Participar en las sesiones multidisciplinarias del equipo semanalmente.
- Manejar dilemas éticos y conocer la legislación sobre el final de la vida.
- Adoptar estrategias de autocuidado emocional.
- Reflexionar sobre el acompañamiento en el proceso de morir.
- Planificación de cuidados, uso y adecuación de servicios socio-comunitarios.

Durante esta rotación, se debería asumir un nivel 3 de responsabilidad inicial y progresar a un nivel 2 durante el primer mes.

### **Rotación por el Programa de atención domiciliaria y equipos de soporte en pacientes de final de vida (PADES)**

- Profundización y consolidación de los conocimientos adquiridos en la rotación de la Unidad de Cuidados Paliativos.
- Conocimiento de los diferentes programas integrados en PADES.
- Coordinación entre los distintos niveles asistenciales y con Atención Primaria.
- Adquirir el concepto del equipo de PADES como soporte a los equipos de atención primaria para la atención domiciliaria de pacientes con alto grado de complejidad.
- Manejo del paciente domiciliario de manera multidimensional, especialmente el paciente con discapacidad crónica, con síndromes geriátricos y el paciente paliativo en situación de final de vida.
- Educación sanitaria al paciente y su familia
- Manejo de los síntomas disruptivos y de la situación de agonía en el domicilio.
- Apoyo a las familias. Manejo de situaciones de crisis y claudicación familiar.
- Fomentar la autonomía y toma de decisiones compartidas con el paciente y su familia.

Durante esta rotación, se debería asumir un nivel 2 de responsabilidad.

### **Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) R2**

- Manejar con más seguridad las patologías clínicas, síndromes geriátricos, complicaciones agudas y necesidades a largo plazo de los pacientes ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos.
- Incorporación de concepto de capacidad intrínseca a la toma de decisiones clínicas y asistenciales.
- Elaboración de listas de problemas y planes de intervención en pacientes complejos
- Individualizar los objetivos de tratamiento y la toma de decisiones en función del grado de multimorbilidad, fragilidad o discapacidad.

- Consideración del impacto de cada enfermedad aguda y su tratamiento en las demás comorbilidades. Uso de medidas para minimizar el impacto de la enfermedad aguda en la función física y mental.
- Diagnóstico y tratamiento la disfagia. Indicaciones de derivación a Logopedia.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la malnutrición.
- Detección y prevención de la yatrogenia farmacológica (Aprender a utilizar los protocolos de la buena práctica farmacológica: Aprender a Utilizar los Criterios de STOPP-START, Criterios de Beers)
- Aplicación de las indicaciones de rehabilitación para las enfermedades agudas más comunes.

Durante esta rotación, se debería asumir un nivel 2 de responsabilidad.

### **Rotación de Consultas externas R2**

- Valoración ambulatoria estructurada en pacientes derivados a consulta (desde Atención Primaria, hospital o residencias), bajo supervisión.
- Detección de síndromes geriátricos y propuesta de plan terapéutico en pacientes con síndromes geriátricos como caídas, trastorno de la marcha, fragilidad e incontinencia.
- Participar en el seguimiento de pacientes crónicos, evaluado su evolución funcional, valorando el control de la comorbilidad, detectando aparición de síndromes geriátricos y nuevos problemas, realización de ajustes terapéuticos y necesidades sociales.
- Realización de entrevistas estructuradas con pacientes y familiares, abordando diagnóstico, pronóstico y educación sanitaria.
- Respecto a la consulta monográfica de Geriatría, deterioro cognitivo:
  - o Evaluación ambulatoria de pacientes geriátricos para el diagnóstico deterioro cognitivo y seguimiento en la consulta de los pacientes ya diagnosticados.
  - o Aprendizaje de la realización de la valoración neuropsicológica básica y criterios de solicitud de valoraciones neuropsicológicas a Neuropsicología.
  - o Adquirir habilidades en dar información del diagnóstico de demencia.
  - o Conocimiento de los IACE: indicaciones, dosis, circuito del Consejo Asesor.
  - o Adquirir el conocimiento de valoración y tratamiento ambulatorio farmacológico y no farmacológico de los trastornos psicológicos conductuales asociados al deterioro cognitivo.
  - o Adquirir el conocimiento de diagnóstico y manejo ambulatorio farmacológico y no farmacológico de trastornos de ansiedad, afectivos y trastorno del sueño.
- Respecto a la consulta monográfica de Geriatría/Fragilidad:
  - o Evaluación ambulatoria de los pacientes derivados de atención primaria y otras especialidades hospitalarias (Cardiología, Traumatología...) para valoración, diagnóstico y tratamiento de fragilidad.
  - o Conocimiento de los criterios de derivación.

- o Participar en la toma de decisiones terapéuticas o quirúrgicas específicas (traumatología, cirugía cardíaca...)
- o Evaluación conjunta con Enfermería de los pacientes derivados a consulta de fragilidad u hospital de día.
- o Establecer contacto con Atención Primaria Sanitaria o Social documentando las recomendaciones y plan conjunto de cuidados, independientemente de la procedencia de la derivación a consulta.
- o Detección de necesidades sociales y coordinación con Trabajo Social.
- o Establecer el nivel asistencial más adecuado para la realización de las intervenciones propuestas
- o Educación sanitaria al paciente y sus cuidadores en temas relacionados con nutrición, fragilidad, caídas, ejercicio físico, tratamientos no farmacológicos de trastornos síndromes geriátricos, etc.

### **Rotación en Hospital de Día de Geriatria R2**

- Conocer el funcionamiento integral del hospital de día geriátrico y los criterios de ingreso en las diferentes unidades: Hospital de Día Funcional, Hospital de Día de Psicogeriatría, Hospital de Día de Fragilidad.
- Profundizar en el conocimiento de los criterios de ingreso en Hospital de Día e individualización de los mismos.
- Manejo interdisciplinar en las diferentes patologías y situaciones que conllevan enfermedad discapacitante en grado leve- moderado potencialmente reversible:
  - o Osteoartrosis.
  - o Fracturas (cadera, vertebrales, extremidad superior).
  - o Accidente cerebrovascular agudo y factores de riesgo cardiovascular.
  - o Enfermedad de Parkinson.
  - o Caídas de repetición.
  - o Deterioro funcional multifactorial.
  - o Deterioro funcional precipitado por ingreso hospitalario reciente.
- Realización de adecuada historia clínica, así como una valoración geriátrica integral en las cuatro esferas (clínica, funcional, mental y social).
- Elaboración de listas de problemas y planes de intervención en pacientes complejos
- Uso de herramientas de valoración específicas para rehabilitación (I Índice de Barthel modificado; Test de Tinetti de la marcha y equilibrio).
- Desarrollar habilidades para la valoración, planificación y seguimiento de pacientes en contexto de hospital de día.
- Participar en estrategias de prevención, rehabilitación y recuperación funcional.
- Identificar y tratar síndromes geriátricos prevalentes (fragilidad, caídas, deterioro cognitivo, desnutrición, depresión, ansiedad, estreñimiento, etc.).

- Identificación y abordaje del dolor crónico
- Prevención diagnóstico y tratamiento las alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas.
- Prevención y tratamiento del síndrome de inmovilidad.
- Diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria.
- Participar en la valoración geriátrica integral de los pacientes que acuden por cuidado de úlceras. Conocer las diferentes técnicas utilizadas en el cuidado de úlceras.
- Diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis.
- Manejo de los problemas relacionados con la adaptación a la comunidad tras el alta hospitalaria.
- Educación sanitaria en el paciente y sus cuidadores
- Coordinar con el equipo multidisciplinar estrategias de rehabilitación, estimulación cognitiva, terapia ocupacional, etc.
- Participar en reuniones de equipo.
- Participar en la toma de decisiones clínicas junto a pacientes y familiares.
- Monitorizar la evolución clínica y funcional del paciente. Evaluar la efectividad de las intervenciones y ajustar los planes según necesidad.
- Registrar adecuadamente en la historia clínica cualquier intervención.
- Detección y manejo de problemática sociofamiliar y situaciones de riesgo social.
- Conocimiento de recursos sociales disponibles e indicación de estos.
- Reconocer situaciones de vulnerabilidad social y riesgo de institucionalización.
- Planificación de las altas y coordinación con Atención Primaria, Servicios Sociales de la Comunidad y otros niveles asistenciales de Geriátrica.
- Fomentar la autonomía y toma de decisiones compartidas con el paciente.

Durante esta rotación, se debería asumir un nivel 2 de responsabilidad desde el inicio.

### **Rotación por Rehabilitación**

- Conocer los principios básicos de la rehabilitación en pacientes geriátricos.
- Identificar limitaciones funcionales frecuentes asociadas a enfermedades neurológicas, musculoesqueléticas y síndromes geriátricos.
- Participar en el diseño de planes de tratamiento rehabilitador individualizados, adaptados a las capacidades del paciente.
- Valorar la evolución funcional y realizar seguimiento conjunto con el equipo de Rehabilitación.
- Reconocer situaciones en las que está indicada la intervención de fisioterapia, terapia ocupacional o logopedia.
- Habilidades para la sospecha, detección y valoración básica en anamnesis y exploración de la disfagia. Indicaciones de derivación a Logopedia, ORL y de solicitud de pruebas

específicas. Formación de maniobras básicas para facilitar la deglución y medidas no farmacológicas. Habilidades en educación sanitaria respecto a disfagia a paciente y familiar.

- Habilidades en la valoración de trastornos del habla (disfasia, disartria). Indicaciones de derivación a Logopedia.
- Comprender el trabajo en equipo con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas y médicos rehabilitadores.
- Participar en sesiones clínicas interdisciplinarias centradas en objetivos funcionales.
- Adquirir habilidades para comunicar objetivos realistas de recuperación funcional a pacientes y familias.
- Observar y comenzar a participar en decisiones relacionadas con el límite funcional y rehabilitación paliativa.
- Asistir y participar en sesiones clínicas o talleres prácticos del Servicio de Rehabilitación.

Durante esta rotación, se asumirá un nivel 3 de responsabilidad.

## 6.3 RESIDENTES DE TERCER CURSO (R3)

### 6.3.1 Objetivos y competencias generales para el año R3

- Realizar con soltura una Valoración Geriátrica Integral y Plan de Cuidados ajustado a las necesidades del paciente en Unidad de Agudos y Unidad de Media Estancia.
- Coordinar con soltura el trabajo Interdisciplinar llevada a cabo en ellos.
- Dominio de la VGI como herramienta de trabajo en las reuniones de equipo interdisciplinarios.
- Manejo y gestión de las patologías clínicas, síndromes geriátricos, complicaciones agudas y necesidades a largo plazo de los pacientes ingresados en los diferentes niveles asistenciales: Unidad Geriátrica de Agudos y Unidad de Convalecencia.
- Realización autónoma de informes medicolegales.
- cognitiva, hipoacusia...) que interfieren con la anamnesis.
- Manejo de la patología médica más frecuente que requiere monitorización y vigilancia intensiva. Criterios de ingreso y de derivación a otras unidades de menor o mayor complejidad. Desarrollo de habilidades en la toma de decisiones clínicas complejas en pacientes con múltiples comorbilidades.
- Fomentar el juicio clínico para definir la proporcionalidad del tratamiento intensivo en el adulto mayor.
- Valoración perioperatoria del paciente mayor. Valoración de la capacidad de reserva y anticipar, prevenir, detectar precozmente y tratar las complicaciones derivadas del proceso quirúrgico.
- Empleo adecuado de instrumentos para detectar y medir el grado de fragilidad y de discapacidad.
- Participar multidisciplinariamente en la toma de decisiones del paciente mayor quirúrgico con fracturas.

- Habilidades de transmitir información sobre los diagnósticos, intervenciones y pronóstico a pacientes, familiares y resto de profesionales que intervienen con el paciente mayor.
- Utilización de Escalas de medición de la multimorbilidad o carga de enfermedad.
- Diagnóstico y tratamiento el deterioro cognitivo y de la patología psiquiátrica más prevalente en el paciente mayor.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento, del delirium.

### 6.3.2 Cronograma de rotaciones y duración R3

- Psicogeriatría 2 meses
- Unidad de cuidados intermedios (UMON) 1mes
- Unidad Geriátrica de Larga Estancia/Psico 1 mes
- Unidad Geriátrica de Agudos (Ortogeriatria) 2 meses
- Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) 3 meses
- Unidad de Media Estancia (Unidad de Convalecencia) 2 meses

\* Se completará el horario laboral con la realización de una tarde semanal, de 15 a 17:30 horas. Una-dos de dichas tardes al mes, acudirán a la Consulta Externa de Geriatria (Deterioro Cognitivo o Fragilidad) con un nivel 2 de responsabilidad. Podrán emplearse también en el estudio personal y en actividad investigadora.

### 6.3.3 Competencias a adquirir en cada rotación de R3

#### **Rotación en Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) R3**

- Realización completa, correcta y adecuada de la historia clínica, así como una valoración geriátrica integral en las cuatro esferas (funcional, mental, social y clínico) estableciendo listas de problemas y planes terapéuticos de manera prácticamente autónoma.
- Práctica autonomía en el seguimiento del paciente respecto a la respuesta a las intervenciones realizadas ajustándolas a la evolución del paciente de manera dinámica e identificando la aparición de nuevos problemas.
- Manejo de los principales síndromes geriátricos: estreñimiento, malnutrición, disfagia, úlceras por presión, caídas, polifarmacia, inmovilismo.
- Inclusión en los planes de tratamiento de objetivos de control de síntomas y confort
- Control de la multimorbilidad y revisión de los tratamientos crónicos.
- Prevención, identificación e intervención precoz del deterioro funcional, con objetivos realistas.
- Utilización de medidas de gravedad de la enfermedad específicas en las principales enfermedades de órgano.

- Asesoramiento al paciente mayor sobre los hábitos dietéticos. Valorar la necesidad de Empleo de las diferentes intervenciones nutricionales (dietética, oral, enteral) y detectar la necesidad de nutrición parenteral.
- Manejo y seguimiento farmacológico (profundización en iatrogenia y desprescripción).
- Desarrollo las habilidades necesarias para una correcta información a pacientes y familiares. Habilidades en situaciones conflictivas.
- Evaluación de pronóstico y necesidades de cuidados. Establecimiento de objetivos realistas. Adecuación razonada, fundamentada y dinámica de la adecuación diagnóstica y terapéutica.
- Realización autónoma de informes de alta.
- Planificación precoz del alta y coordinación con atención primaria y recursos sanitarios y sociales al alta.
- Planificación precoz de los pacientes que precisarán atención al alta en las unidades de Atención Intermedia (Hospital de Día, Unidad de Convalecencia, Unidades de Larga Estancia).

Durante esta rotación, se debería asumir un nivel 2 de responsabilidad inicialmente y adquirir en el último mes un nivel 1.

### **Rotación en Cuidados Intermedios (UMON)**

- Identificar signos de deterioro clínico y gravedad en pacientes geriátricos agudos.
- Evaluación multidimensional (funcional, cognitiva, fragilidad) para guiar las decisiones terapéuticas.
- Aprender estrategias de manejo respiratorio, hemodinámico y metabólico básico en el paciente que precisa cuidados intermedios.
- Conocer indicaciones y limitaciones de uso de antibióticos, soporte respiratorio no invasivo y terapia vasoactiva en pacientes mayores.
- Aplicar criterios éticos y clínicos en la adecuación del esfuerzo terapéutico y participar en las discusiones del ingreso en unidades de cuidados intensivos y cuidados paliativos.
- Participar en reuniones familiares para comunicar el estado del paciente.
- Coordinación con intensivistas, enfermería y otros especialistas para un plan de atención integral.
- Elaborar notas clínicas claras y completas en escenarios de alta complejidad.
- Registrar adecuadamente las decisiones sobre objetivos y adecuación terapéuticos.
- Promover la comunicación efectiva con los equipos multidisciplinares y con las familias sobre pronóstico y planes de cuidado.
- Manejo de los fármacos más frecuentemente empleados y de las complicaciones más habituales.

Durante esta rotación, se debería asumir un nivel 2 de responsabilidad.

### **Rotación en Unidad de Agudos (Ortogeriatria) R3**

- Adquirir conocimientos específicos sobre el manejo integral del paciente geriátrico con fractura.
- Desarrollar habilidades en la valoración preoperatoria y postoperatoria de pacientes mayores.
- Favorecer la coordinación entre Geriatria, Traumatología, Rehabilitación y otras disciplinas.
- Prevenir complicaciones médicas, funcionales y sociales derivadas de la fractura.
- Realizar una valoración geriátrica integral (VGI) enfocada en pacientes con fractura de cadera u otras fracturas osteoporóticas.
- Identificar síndromes geriátricos que influyen en el pronóstico quirúrgico y funcional.
- Reconocer signos de fragilidad y riesgo de caídas.
- Colaborar en la planificación del tratamiento quirúrgico en pacientes mayores.
- Optimizar las comorbilidades para una intervención quirúrgica segura.
- Adquirir habilidades en el manejo del dolor agudo postoperatorio, el delirium y de las complicaciones médicas más frecuentes, así como de la reagudización de las comorbilidades de base en situación de estrés.
- Formular planes de prevención secundaria de fracturas (tratamiento de osteoporosis, intervención sobre riesgo de caídas).
- Coordinar y participar en programas de rehabilitación precoz basados en objetivos realistas a corto y medio plazo.
- Promover la recuperación funcional y prevenir la dependencia.
- Participar en equipos multidisciplinares (geriatria, traumatología, rehabilitación, trabajo social, etc.).
- Mejorar habilidades de comunicación con el paciente, familia y equipo sanitario.
- Abordar decisiones clínicas complejas en el contexto de multimorbilidad, la fragilidad y vulnerabilidad social.
- Identificar necesidades sociales y planificar el alta de forma segura reconociendo y coordinando el alta en la ubicación más adecuada para el paciente, ya sea un nivel asistencial geriátrico o no.

Durante esta rotación, se debería asumir un nivel 2 de responsabilidad inicialmente y adquirir en el último mes un nivel 1.

### **Rotación por la Unidad de Psicogeriatría**

- Conocimiento, identificación y manejo de las principales patologías psiquiátricas del anciano. Capacidad para distinguir procesos fisiológicos del envejecimiento de los patológicos.
- Realización de una adecuada valoración psicogeriatrica, interpretación de pruebas complementarias (analíticas, neuropsicológicas, de imagen). Manejo integral del paciente y la familia mediante el trabajo multidisciplinar.

- Trabajo multidisciplinar en psicogeriatría e integración en equipos con formación específica de psicogeriatría.
- Abordaje farmacológico y no farmacológico de la patología psiquiátrica más frecuente en el paciente mayor, buscando el mínimo impacto funcional.
- Profundización en el conocimiento de psicofármacos.
- Dominio del diagnóstico y tratamiento del paciente anciano con trastornos afectivos (depresión), trastornos de ansiedad, trastornos del sueño y trastornos psiquiátricos.
- Adquirir conocimiento y realización de la Entrevista psiquiátrica. Valoración de las diferentes áreas cognitivas en la valoración neuropsicológica
- Criterios de derivación a Psicogeriatría.
- Conocimiento de los niveles asistenciales de Psicogeriatría.
- Participación en los equipos multidisciplinarios de Atención Psicogeriátrica
- Adquisición de herramientas en la comunicación y relación con las familias. Conocimiento de la complejidad de la atención de los familiares a estos pacientes. Identificación de las situaciones de sobrecarga.
- Conocimiento de los diferentes recursos asistenciales (sanitarios y sociales) para los pacientes mayores con demencia y enfermedades psiquiátricas.
- Respecto a las demencias:
  - o Diagnóstico sindrómico de la demencia. Tipo de Demencia y estadiaje (GDS, FAST, CDR).
  - o Conocimiento y habilidades en el manejo de escalas más utilizadas en la valoración del paciente con demencia (MMSE, NPI, Cornell, etc.)
  - o Valoración de las diferentes áreas cognitivas en la valoración neuropsicológica. Indicaciones de valoración neuropsicológica exhaustiva.
  - o Tratamiento sintomático de la demencia: IACE, memantina, etc., como de la adecuada utilización de psicofármacos.
  - o Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SCPD). Tipo y prevalencia. Abordaje terapéutico farmacológico y no farmacológico.
  - o Abordaje y conocimiento de la problemática de los cuidadores en la atención al paciente mayor con demencia. Formación de habilidades en el cuidador.

Durante esta rotación, se debería asumir un nivel 3 de responsabilidad inicialmente y adquirir un nivel 2 en el segundo mes.

### **Unidad de Larga Estancia-Psicogeriatría**

- Adquirir el conocimiento de manejo pacientes geriátricos con demencias y de los trastornos psicológicos conductuales asociados a su deterioro cognitivo Trastornos de ansiedad, afectivos y trastorno del Sueño. Utilización de las escalas: (MMSE, NPI, Cornell, etc.)
- Demencia avanzada. Manejo de las complicaciones en el paciente con demencia avanzada. Síndrome de inmovilidad, estreñimiento, dolor, disfagia, trastorno de la alimentación.

- Tratamiento sintomático y paliativo en situaciones de enfermedad crónica y enfermedad de órgano avanzada.
- Manejo de las complicaciones agudas en las fases avanzadas de la enfermedad. Criterios de selección de pacientes y planificación de cuidados en el paciente geriátrico candidato a una adecuación del esfuerzo terapéutico.
- Toma decisiones relativas a la nutrición en enfermedades avanzadas. Manejo de pacientes con demencia avanzada y de sus complicaciones agudas.
- Adquirir habilidades específicas en la relación con pacientes y familiares al final de la vida.
- Adquisición de conocimientos específicos en bioética y toma de decisiones en las enfermedades crónicas incapacitantes y en las enfermedades en fase terminal. Planificación precoz de decisiones anticipadas con el paciente y su familia.
- Tratamiento de úlceras de presión complejas en pacientes geriátricos con gran dependencia.

### **Rotación en Unidad de Media Estancia Geriátrica (Unidad de Convalecencia) R3**

- Realizar valoraciones geriátricas integrales completas de forma autónoma, con revisión posterior.
- Diseñar y ajustar planes terapéuticos individualizados con mínima supervisión.
- Liderar el seguimiento clínico y funcional de los pacientes asignados.
- Coordinar el plan de alta del paciente, incluyendo educación a cuidadores.
- Coordinar reuniones clínicas o liderar discusiones en sesiones del equipo.
- Actuar como referente médico del equipo para pacientes asignados.
- Evaluar y gestionar derivaciones a recursos sociosanitarios adecuados.
- Participar activamente en la toma de decisiones clínicas en situaciones de final de vida
- Conducir entrevistas complejas con pacientes y familiares sobre objetivos de tratamiento, pronóstico o limitación terapéutica.
- Identificar situaciones de toma de decisiones éticamente complejas y discutir las con el equipo.

Durante esta rotación, se debería asumir un nivel 2 de responsabilidad inicialmente y adquirir en el último mes un nivel 1.

## **6.4 RESIDENTES DE CUARTO AÑO (R4)**

### **6.4.1 Objetivos y competencias generales para el año R4**

- Dominio en todas las dimensiones de la VGI con autonomía en la realización de la valoración multidimensional, la valoración de objetivos, la realización del plan de intervención individualizado y el seguimiento y reevaluación del paciente, en todos los niveles asistenciales.
- Autonomía en el seguimiento dinámico del paciente, la detección y el tratamiento precoz de complicaciones, la consecución o no de los objetivos previstos y la

valoración, coordinación y continuidad asistencial al alta en todos los niveles asistenciales.

- Liderazgo en la coordinación del equipo multidisciplinar.
- Dominio de las habilidades necesarias para la relación con pacientes y familia.
- Conocimiento y participación en las vías de coordinación sociosanitaria con atención primaria.
- Profundización en valoración cognitiva y manejo de trastornos psicológicos y conductuales asociados a la demencia.
- Utilización los indicadores de gestión clínica específicos para pacientes mayores.
- Ser capaces de individualizar las recomendaciones de cribado y prevención primaria/secundaria.
- Dominio en la detección e intervención en la fragilidad. Clasificación de los pacientes en función del grado de fragilidad. Empleo como modulador de la toma de decisiones clínicas.
- Reconocimiento de las limitaciones de la investigación y las guías de práctica clínica basadas en series de adultos no mayores.
- Formación a otros profesionales en la realización e interpretación de la VGI.
- Detección y manejo de la sospecha de abuso o maltrato del mayor.
- Ser capaces de identificar la situación de final de la vida en enfermedades oncológicas y no oncológicas y de establecer adecuaciones de medidas diagnósticas y terapéuticas, así como objetivos de manera razonada y consensuada con el resto del equipo, profesionales sanitarios que intervengan en la atención, pacientes y familiares.
- Toma de decisiones éticas y legales en pacientes con alta complejidad y planificación anticipada de la asistencia.

#### 6.4.2 Cronograma de rotaciones y duración

- Unidad Geriátrica de Agudos (UGA): 2-3 meses (En función de la duración de la rotación externa)
- Hospital de Día de Geriátrica (HDG) y Consultas externas de Geriátrica: 2 meses
- Rotación externa: Máximo de 4 meses (En función de la duración de la rotación externa)
- Unidad de Larga Estancia: 1-2 meses
- Unidad de Soporte Hospitalario (USH): 2 meses

\* Se completará el horario laboral con la realización de una tarde semanal, de 15 a 17:30 horas. Una-dos de dichas tardes al mes, acudirán a la Consulta Externa de Geriátrica (Deterioro Cognitivo o Fragilidad) con un nivel 1 de responsabilidad. Podrán emplearse también en el estudio personal y en actividad investigadora.

-

#### 6.4.3 Competencias a adquirir en cada rotación de R4

## **Unidad Geriátrica de Agudos R4**

- Manejo completo del proceso de la patología aguda del paciente geriátrico en todas sus vertientes (prevención, diagnóstico, tratamiento, toma decisiones, establecimiento del plan de cuidados).
- Adquisición de las habilidades necesarias para ser el gestor y responsable del caso durante todo el ingreso y en la gestión de las altas.
- Profundización en las habilidades de comunicación y relación en el equipo interdisciplinar y con el paciente y familia.

Durante esta rotación, se debería asumir un nivel 1 de responsabilidad.

## **Consultas Externas de Geriatria R4**

- Autonomía en la gestión ambulatoria de pacientes nuevos y en seguimiento incluyendo anamnesis, diagnóstico, propuestas terapéuticas y seguimiento longitudinal.
- Participación con mínima supervisión en consultas especializadas de Demencia, Fragilidad y Hospital de Día, liderando la atención, discutiendo casos complejos y coordinándose con los equipos interdisciplinarios.
- Intervención sobre prescripción inadecuada aplicando criterios como STOPP/START o Beers para revisión terapéutica estructurada en pacientes con polifarmacia, proponiendo deprescripción razonada si procede.
- Intervención en interconsultas geriátricas ambulatorias complejas (Traumatología, Reumatología, Cardiología...) elaborando planes integrales adaptados al paciente.
- Toma de decisiones compartida y planificación anticipada con pacientes y/o familiares sobre límites terapéuticos, objetivos de cuidados y planificación anticipada.

Durante esta rotación, se debería asumir un nivel 2 de responsabilidad inicialmente y adquirir en el último mes un nivel 1.

## **Hospital de Día Geriátrico R4**

- Consolidar las competencias clínicas, funcionales y organizativas necesarias para la valoración, tratamiento y seguimiento integral de pacientes mayores en el ámbito de hospital de día, trabajando de manera autónoma y en coordinación con equipos interdisciplinarios.
- Realizar Valoraciones Geriátricas Integrales de los pacientes derivados al hospital de día de manera autónoma.
- Diseñar planes de intervención individualizados, incluyendo estrategias médicas, de rehabilitación funcional y de soporte psicosocial.
- Coordinación con el equipo interdisciplinario para la planificación y ejecución de programas terapéuticos.
- Dominar el diagnóstico y manejo de síndromes geriátricos complejos como la fragilidad, polimedicación, caídas, deterioro cognitivo y trastornos del ánimo.
- Manejo multidisciplinar de pacientes con demencia leve-moderada.

- Identificar y prevenir situaciones de riesgo como delirium, deterioro funcional agudo, o eventos adversos relacionados con medicamentos.
- Optimizar la transición asistencial, coordinando el alta del hospital de día hacia atención domiciliaria, hospitalización u otras unidades geriátricas, garantizando la continuidad de cuidados.
- Participar en sesiones clínicas, reuniones de equipo y discusión de casos, contribuyendo activamente con aportaciones clínicas y propuestas terapéuticas.
- Promover la autonomía y el envejecimiento activo en los pacientes a través de intervenciones funcionales y de educación sanitaria.
- Desarrollar habilidades de comunicación clínica, especialmente en la transmisión de información a pacientes, familiares y cuidadores, así como en la toma de decisiones compartidas.
- Integrar principios éticos y de bioética en las decisiones sobre tratamientos de soporte, rehabilitación o limitación del esfuerzo terapéutico.

Durante esta rotación, se debería asumir un nivel 1 de responsabilidad.

#### **Unidad de Larga Estancia R4**

- Valoración Geriátrica Integral en pacientes con necesidad de ingreso prolongado individualizando los objetivos del ingreso y plan de intervención.
- Criterios de selección de pacientes y planificación de cuidados
- Conocimiento de las patologías que habitualmente precisan ingreso prolongado por su grado de complejidad y necesidades sanitarias: rehabilitación a largo plazo, fragilidad avanzada con necesidades paliativas, cura de úlceras complejas,
- Seguimiento de la evolución funcional y clínica del paciente mediante el empleo de la VGI
- Manejo de las complicaciones en el paciente con demencia avanzada. Síndrome de inmovilidad, estreñimiento, dolor, disfagia, trastorno de la alimentación.
- Tratamiento sintomático y paliativo en situaciones de enfermedad crónica y enfermedad de órgano avanzada.
- Manejo de las complicaciones agudas en las fases avanzadas de la enfermedad. Criterios de selección de pacientes y planificación de cuidados en el paciente geriátrico candidato a una adecuación del esfuerzo terapéutico. Planificación anticipada de los cuidados y detección precoz de necesidades paliativas.
- Optimizar la prescripción farmacológica en pacientes con comorbilidad y fragilidad avanzada. Revisar y ajustar tratamientos empleando criterios validados (STOPP/START, Beers y guías de desprescripción).
- Intervención en los síndromes geriátricos prevalentes elaborando e implementando planes individualizados.
- Colaboración interdisciplinaria. Atención coordinada y consensuada con el equipo interdisciplinar, documentando las decisiones compartidas en el plan de cuidados.
- Valoración de objetivos globales y de recuperación funcional de manera consensuada en el equipo interdisciplinar y con los pacientes y familiares.

- Planificación consensuada, coordinada y anticipada de las altas en el Equipo que asegure la continuidad asistencial.
- Formación en el manejo multidisciplinar y multidimensional de las úlceras complejas.
- Adquirir habilidades específicas en la relación con pacientes y familiares al final de la vida.
- Liderar las reuniones con pacientes y/o familiares para discutir objetivos terapéuticos, planificación anticipada y adecuación terapéutica y diagnóstica.
- Toma de decisiones éticas y legales en pacientes con alta complejidad y planificación anticipada de la asistencia.

Durante esta rotación, se debería asumir un nivel 2 de responsabilidad inicialmente y adquirir en el último mes un nivel 1.

### **Unidad de soporte hospitalario (USH)**

- Valoración geriátrica en pacientes hospitalizados en otros servicios, integrando factores clínicos, funcionales, cognitivos y sociales para emitir recomendaciones individualizadas sobre la atención más optimizada del paciente.
- Realizar informes escritos que se registren en la historia clínica del paciente.
- Participar en la toma de decisiones clínicas de pacientes complejos sobre adecuación de pruebas, tratamientos o intervenciones quirúrgicas en pacientes mayores con fragilidad o comorbilidad significativa, documentando el razonamiento clínico.
- Abordaje de síndromes geriátricos agudos en interconsulta diseñando y aplicando planes de manejo individual en pacientes con delirium, caídas, inmovilidad o deterioro funcional en contexto de hospitalización.
- Planificación del alta y continuidad asistencial en pacientes que requieran rehabilitación, cuidados paliativos y/o recursos sociales. Colaboración y coordinación con los equipos de enlace, los niveles asistenciales de geriatría, trabajo social y Atención Primaria.
- Toma de decisiones clínicas en pacientes complejos. Participar en discusiones clínicas sobre adecuación de pruebas, tratamientos, intervenciones quirúrgicas en pacientes mayores con fragilidad y/o comorbilidad significativa, documentando el razonamiento clínico.
- Apoyo a decisiones quirúrgicas y terapéuticas específicas (Oncología, Traumatología, Cardiología)
- Identificar criterios de derivación, continuidad de cuidados y planificación del alta.

Durante esta rotación, se debería asumir un nivel 2 de responsabilidad inicialmente y adquirir en el último mes un nivel 1.

### **Rotación opcional externa**

Las condiciones y duración de las rotaciones externas se especifican en el apartado 5.2 Periodo formativo específico.

Algunos ejemplos de dichas rotaciones pueden ser:

- Rotación en Organización de Sistemas de Atención al anciano en diferentes Sistemas Sanitarios Estatales, europeos o norteamericanos
  - o Aprendizaje y observación de la metodología de trabajo diario y el abordaje clínico seguido por los departamentos específicos de atención al paciente anciano en las unidades hospitalarias, domiciliarias, residenciales, hospital de día.
  - o Conocimiento de las diferentes estructuras asistenciales de los modelos de atención geriátrica y sus características diferenciales con el modelo vigente nuestro país.
  - o Políticas y estructura para la colaboración con otros servicios implicados, en la atención clínica al anciano; quirúrgicos y no quirúrgicos.
- Rotación en Geriatría Transversal:
  - o Cribaje del anciano frágil, quirúrgico y oncológico, con diseño de planes terapéuticos específicos conjuntamente con los servicios de Oncología Médica, O. Radioterápica, Cardiología, Urología y Cirugía.
  - o Circuitos conjuntos orientados a una mayor eficiencia en la atención al paciente geriátrico complejo hospitalizado y a disminuir la iatrogenia y polifarmacia.
  - o Estrategias personalizadas de prehabilitación, intervención nutricional, farmacológica y rehabilitadora.

Durante esta rotación, el nivel de responsabilidad dependerá de la rotación elegida. Probablemente habrá de iniciar en un nivel 3 y desarrollar un nivel 2 en el segundo mes.

## 7 PLAN DE FORMACIÓN TRANSVERSAL Y ESPECÍFICO DE LA UNIDAD DOCENTE

### 7.1 PROGRAMA DE FORMACIÓN TRANSVERSAL

La formación transversal forma parte del programa formativo oficial de las especialidades en Ciencias de la Salud, tal como queda estipulado en el capítulo II del Real Decreto 589/2022, de 19 de julio. Estas competencias deben adquirirse durante el período de formación sanitaria especializada. El Programa de Formación Transversal aprobado por la comisión de docencia del Hospital de Figueres consta de las siguientes competencias con un total de 178 horas;

- Entornos sanitarios (4 horas)
- Seguridad del paciente y salud laboral (25 horas)
- Habilidades de comunicación y trabajo colaborativo (19 horas)
- Bioética (6 horas)
- Investigación (44 horas)
- Medicina basada en la evidencia (26 horas)
- Competencias clínicas transversales (52 horas)
- Gestión (2 h)

El documento aprobado por la comisión de docencia donde se describe con detalle el contenido y calendario propuesto para cada una de las competencias esta disponible en la Intranet de la Fundació > Inici > Departaments > Formació Sanitària Especialitzada > Documents <https://intranetfse.salutemporda.cat/departaments/formacio-sanitaria-especialitzada/documents/>

Propuesta del calendario PFT para la UD de Geriatria:

Resident de geriatria o ginecologia					
Geriatría-Ginecología	R1	R2	R3	R4	h.
<b>MBE</b>					
<b>Recerca</b>					
<b>Comp. clíniques</b>					
<b>Comunicació</b>					
<b>Seguretat pacient</b>					
<b>Entorns sanitaris</b>					
<b>Bioètica</b>					
<b>Gestió</b>					

Los cursos son comunes para medicina y enfermería y su realización es obligatoria durante la residencia.

### *Formación de acogida*

Al inicio de la residencia el residente realizara parte de este programa de formación transversal en el programa de acogida de todos los residentes hasta completar el primer mes de residencia.

Durante estos días del curso de acogida, se realiza una formación teórica de 08:00 h a 13:00 y una formación práctica en urgencias hasta les 15:00. Durante los primeros 7-10 días se presenta el modelo sanitario catalán y la organización propia de la Fundació, así como las particularidades de la Unidad Docente. También se abordan temas como la prescripción farmacéutica con Gavina, ciberseguridad, medicina legal, derechos de los pacientes, comunicación profesional, seguridad del paciente y laboral, prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) y la investigación clínica.

Se hará entrega del material básico y herramientas docentes que se utilizarán durante el periodo formativo, tales como: el libro del residente, las entrevistas tutor-residente, la guía itinerario tipo, el plan individual del residente...etc.

También se explicará el sistema de evaluación durante la residencia y los respectivos instrumentos de evaluación.

*Se entregará la guía formativa.*

**Curso de Urgencias médico-quirúrgicas:** durante los siguientes días, el curso está dedicado a la formación en urgencias hospitalarias. Esta sección cubre contenidos clínicos fundamentales como la valoración inicial (xABCDE), el uso de antibióticos, el manejo de patologías infecciones urinarias, asma, EPOC, síndromes coronarios agudos, emergencias hipertensivas y digestivas, neurológicos y renales. Además, se incluye formación práctica mediante talleres de ecografía a pie de cama y de suturas, reforzando las competencias técnicas de los residentes desde el inicio de su etapa formativa.

La guía docente de la formación de acogida está disponible en la Intranet de la Fundació > Inici > Departaments > Formació Sanitària Especialitzada > Documents <https://intranetfse.salutemporda.cat/departaments/formacio-sanitaria-especialitzada/documents/>

## 7.2 PLAN DE FORMACIÓN ESPECÍFICO

Se refiere a la realización de cursos y asistencia a jornadas sobre temas específicos de la especialidad de Geriátrica que se consideren relevantes en la formación. Los cursos pueden variar de año a año y se proponen y realizan de acuerdo con el tutor y la Unidad Docente.

## 8 ACTIVIDAD INVESTIGADORA EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA

La investigación en Geriátrica constituye un eje principal de la Especialidad, juntamente con la práctica asistencial y la formación reglada y constante.

La prioridad investigadora del Servicio de Geriátrica de la Fundació Salut Empordà va dirigida a la mejora del conocimiento y proceso asistencial de los pacientes atendidos en los diferentes Niveles Asistenciales. Por este motivo, prevalece la investigación clínica como herramienta para crear conocimiento y promover el autoaprendizaje.

En el momento actual, se llevan a cabo varias líneas investigadoras:

- En torno a la detección e intervención en fragilidad en pacientes que viven en la comunidad.
- Detección, valoración y cuantificación del grado de fragilidad de pacientes mayores previo a la realización de procedimientos terapéuticos invasivos en otros Servicios de la Fundación como Traumatología y Cardiología, a fin de participar en la toma de decisiones, optimizar al paciente previo a la intervención y evaluar el impacto posterior de las intervenciones realizadas.
- Respecto a la adecuación del empleo de antibióticos en los pacientes mayores ingresados tanto en el HAI como en el Hospital de Figueres.

De acuerdo con el Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, que regula la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, la metodología de la investigación se establece como uno de los ámbitos de competencias comunes que todas las personas especialistas en formación deben adquirir durante su período de formación sanitaria especializada en centros acreditados.

Durante la formación, el residente debe adquirir los conocimientos necesarios para realizar un estudio de investigación, ya sea de tipo observacional o experimental. También debe saber evaluar críticamente la literatura científica relativa a las ciencias de la salud siendo capaz de diseñar un estudio, realizar la labor de campo, la recogida de sus datos, el análisis estadístico, así como su discusión y elaboración de conclusiones que debe saber presentar como comunicación o publicación.

Durante el periodo de formación esta actividad investigadora debe reflejarse en:

- La participación activa en **Congresos de la Especialidad**.
- Deberá desarrollar durante la residencia un **trabajo de investigación**.

## 8.1 Trabajo de investigación

Como se ha comentado previamente, los médicos residentes de esta Unidad Docente, deberán desarrollar un trabajo de investigación durante su formación.

Se considera que el proyecto debería iniciarse como tarde al iniciar la formación específica (R2) y estar finalizado antes del cuarto año de residencia para poder proceder a la comunicación de resultados durante el último año.

Los médicos residentes deberán proponer una idea de proyecto de investigación siguiendo las recomendaciones de su tutor/a. Se recomienda que esta propuesta se alinee con alguna de las líneas de investigación ya establecidas en la Unidad Docente o por el mismo tutor.

Esta idea inicial deberá desarrollarse progresivamente hasta convertirse en un proyecto de investigación completo, que será presentado a la Comisión de Investigación de la Fundación.

A continuación, se procederá a la recogida de datos, su análisis estadístico y la elaboración de un informe científico final para depositarlo en el libro del residente.

La investigación realizada deberá presentarse preferiblemente en comunicación oral o en póster defendido en al menos un congreso científico y en Jornada de Investigación de la Fundación. Se sugiere también la presentación en la Jornada de Investigación de Residentes de Girona y la Jornada de Clausura de l'Academia de Girona.

Se insta al residente a convertir el informe científico final en un manuscrito y enviarlo a una revista científica indexada para su publicación como artículo científico.

Para el desarrollo del proyecto, los residentes dedicarán exclusivamente a tareas de investigación un mínimo de 7.5 horas al mes que podrán ser distribuidas en las tardes al mes que han de realizar para completar la jornada laboral o bien con la distribución que se considere más adecuado por el tutor consensuado con el residente.

Para la adquisición de estas competencias, los residentes recibirán capacitación progresiva en investigación en ciencias de la salud siguiendo el programa de formación transversal. Dispondrán de materiales docentes, una plantilla y guía para la elaboración del proyecto y el apoyo técnico y metodológico del Institut de Recerca Glòria Compte, ubicado en el propio Hospital de Figueres.

La unidad docente realizará un seguimiento individualizado del proyecto de investigación de cada residente con una periodicidad bimensual y mantendrá informado al tutor correspondiente.

## 8.2 Asistencia a Congresos de la Especialidad

Durante la residencia, se podrá acudir a unos-dos congresos por año relacionados con la Especialidad.

La asistencia a los congresos se hará de acuerdo con el tutor y en principio, será necesaria la presentación de al menos una comunicación como primer firmante. Esto permitirá que los residentes presenten al menos 2-3 comunicaciones como primer firmante a lo largo de la residencia.

La periodicidad de los Congresos de Geriátrica es la siguiente:

- o Congreso de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología: anual.
- o Congreso de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica: bianual.
- o Congreso de la Sociedad Catalano-balear de Geriátrica y Gerontología: anual.
- o Congreso de la Sociedad Europea de Medicina Geriátrica (European Union Geriatrics Medicine Society (EUGMS): anual.

- o Congreso de la International Association of Gerontology (IAG): triannual.

La asistencia a otros congresos como los de la Sociedades Americana y Británica de Geriátría, así como de sociedades que comparten patología prevalente (Cardiología, Neurología, Cuidados Paliativos, Psicogeriatría, etc) pueden ser de interés.

## 9 AUTOFORMACIÓN TEÓRICA

La residencia en Geriátría supone una necesaria autoformación tutorizada, tanto práctica como teórica. La especialidad de Geriátría dispone de diferentes tratados específicos que recopilan los conocimientos específicos relacionados con las necesidades asistenciales del paciente mayor.

Para proporcionar una guía razonable en el acercamiento a estos tratados, sería aconsejable profundizar en los mismos a través de los diferentes años de residencia con el siguiente cronograma básico:

### - **Durante el primer año de Residencia:**

- o Lectura del *Manual y del Tratado de Geriátría para residentes*, publicado por la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Disponible en su pág. web. Actualmente en proceso de actualización.
- o *Síndromes y cuidados en el Paciente Anciano* (2º ed.), Guillen et al. Editorial Elsevier. 2008.
- o *Geriatrics at your Fingertips: Manual de bolsillo de referencia a la clínica geriátrica* editado por la Sociedad Americana de Geriátría (AGS) y revisado anualmente.
- o *Medicina geriátrica* (2ª ed.): Una aproximación basada en problemas. Pedro Abizanda Soler y Carlos Cano Gutierrez. *Editorial Elsevier*.

### - **De segundo año a cuarto año de residencia:**

- o *Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la Atención Sanitaria a los Mayores*. 2ª Edición. Abizanda P, Rodríguez-Mañas L (eds). Editorial Elsevier.

### - **Lecturas recomendadas complementarias a lo largo de la residencia:**

- o *Tratado "Hazzard. Geriatric Medicine and Gerontology Textbook"*
- o *Tratado "Brocklehurst's. Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology"*.

Respecto a la lectura de **revistas específicas de la Especialidad**, se recomiendan:

- *Journal of American Geriatrics Society Journal of Gerontology (JAGS)*.
- *Medical Sciences*.
- *Age and Ageing*
- *Drugs and Ageing*
- *JAMDA Journal of American Medical Directors Association*
- *Revista Española de Geriátría y Gerontología*

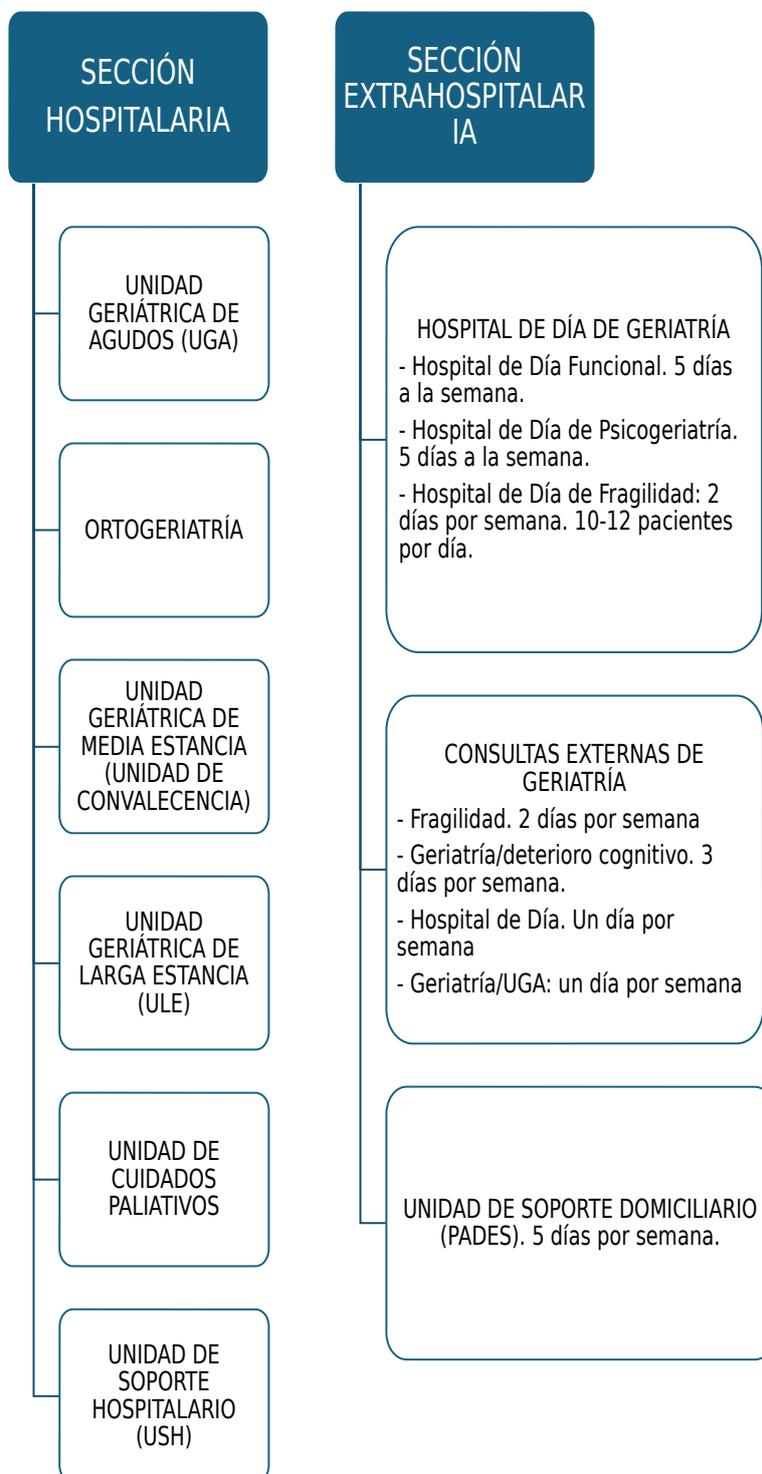
Respecto a **revistas de Medicina General**, se recomiendan:

- Up to Date
- New England Journal of Medicine
- Lancet
- Journal of American Medical Association (JAMA)
- Annals Internal Medicine
- British Medical Journal
- JAMA Internal Medicine (antes Archives of Internal Medicine)
- Medicina Clínica

Otras revistas de especialidades que pueden ser de interés, en función de la formación específica que esté realizando el residente en cada momento, pueden ser: Revista Española de Cardiología, Stroke, Circulation, Palliative Medicine, etc,

# 10 ANEXOS

## ANEXO 1. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN GERIÁTRICA EN LA FUNDACIÓN SALUT EMPORDÀ



## ANEXO 2 ESQUEMA DE LAS ROTACIONES PROPUESTAS EN EL ITINERARIO POR AÑO DE RESIDENCIA

AÑO DE RESIDENCIA	ROTACIONES
R1	UGA 2 meses UGA/Ortogeriatria 1 mes Urgencias 1 mes Cardiología 2 meses Neurología 2 meses Radiología 1 mes Neumología 1 mes Nefrología 1 mes
R2	Rehabilitación 1 mes PADES 1 mes UGA 3 meses Cuidados Paliativos 2 meses HDG y CE 2 mes Atención Primaria 1 mes UME 1 meses
R3	Psicogeriatría 2 meses UMON 1mes ULE Psicogeriatría 1 mes UGA (Ortogeriatria) 2 meses UGA 3 meses UME 2 meses
R4	UGA 2-3 meses HDG y CExt 2 mes Rotación libre (máximo 4 meses) ULE 1-2 meses USH 2 meses
UGA (Unidad Geriátrica de Agudos). HDG (Hospital de Día de Geriatría), CEst. (Consultas Externas de Geriatría). ULE (Unidad de Larga Estancia Geriátrica), UME (Unidad de Media Estancia Geriátrica. Unidad de Convalecencia). USH (Unidad de Soporte Hospitalario). PADES (Unidad de Soporte Domiciliario). UMON (Unidad de cuidados intermedios). R1(Residente de primer año). R2 (Residente de segundo año). R3 (Residente de tercer año). R4(Residente de cuarto año).	

## ANEXO 3 UBICACIÓN DE LAS UNIDADES DE ROTACIÓN PROPUESTAS EN EL ITINERARIO FORMATIVO

HAI  
BERNAT  
JAUME

Unidad de Media Estancia Geriátrica (Unidad de Convalecencia)  
Unidad de Cuidados Paliativos  
Hospital de Día de Geriatria  
Consultas Externas de Geriatria  
Unidad de Larga Estancia Geriátrica  
Rehabilitación

HOSPITAL  
DE  
FIGUERES

Unidad Geriátrica de Agudos  
Ortogeriatría  
Unidad de Soporte Hospitalario  
Cardiología  
Radiología  
Neurología  
Urgencias

CAP  
Moisés  
Broggi  
(ABS  
L'Escala)

Atención Primaria

\*La rotación de Psicogeriatría se determina durante la residencia, según la opción propuesta por el tutor y elegida por el residente.

# ANEXO 4 NIVELES DE RESPONSABILIDAD POR ROTACIÓN

