

ITINERARIO FORMATIVO UNIDAD DOCENTE: GERIATRIA

Versión 2

Aprobado por la Comisión de Docencia en enero de 2021

Autores: Núria Cañameras Viñas

Macarena Cabrera Pajarón

Marc Moreno Ariño

JEFE UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL: Galdina Valls i Borrueil

TUTOR: Macarena Cabrera Pajarón

1. Objetivos generales y específicos para la formación

El MIR de Geriátria seguirá el Programa Oficial de la Especialidad (POE) y la Unidad Docente (UD) se compromete a guiarle en dicha formación siguiendo los principios de:

- Docencia centrada en quien aprende, siguiendo los criterios para aplicar en la práctica los modelos teóricos de educación médica, como explican David M Kaufman i Karenn V Mann en Teaching and learning in medicacal education: how theory can inform practice. (Swan vick, Tim. Understanding Medical Education: Evidence, Theory and practice. Hoboken, NJ, USA: Willey-Blackwell, 2010.p 16./ <http://site.ebrary.com/lib/bibujaen/Doc?id=10412630&ppg=36>)
- Docencia a través del trabajo y el propio ejercicio profesional tanto a nivel asistencial como docente y de investigación y dotando al residente de la autonomía progresiva que vaya ligada a la objetivación de haber adquirido y demostrado la competencia definida para cada nivel del trayecto formativo
- Definición de objetivos docentes ligados a las competencias que deben adquirirse de forma progresiva
- Sistema de evaluación formativa que permita objetivar los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas en cada fase del trayecto formativo y abierto también a una evaluación sumativa que permita reconocer la excelencia y comparar los resultados de la propia UD con otras UD.
- Garantizando un entorno docente y de trabajo del propio servicio, pero también del conjunto de la Corporación, integrador, motivador y facilitador de la Docencia y Atención Centrada en el Paciente, con rol-modelos de referencia, con espacios

facilitadores de la autorreflexión, y con mecanismos formales de solución y arbitraje de los conflictos que pudieran aparecer.

Definición de la especialidad y campo de acción

La Geriátría es la «rama de la Medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos». Los fines particulares de la especialidad son:

El desarrollo de un sistema asistencial a todos los niveles, que atienda las múltiples alteraciones y los problemas médico-sociales de los ancianos, que de forma aguda y subaguda presentan como rasgos comunes la pérdida de su independencia física o social. La organización de una asistencia prolongada a los ancianos que lo necesiten. La movilización de todos los recursos para integrar a la comunidad el mayor número de ancianos posible. La investigación, la docencia y la formación continuada de sus propios especialistas y del personal relacionado con dicha especialidad. En esencia, el campo de acción de la Geriátría se sintetiza en el concepto de «paciente geriátrico» definido como:

- Generalmente mayor de 65-75 años.
- Con enfermedad que suele causar declive funcional.
- Con pluripatología y comorbilidad.
- Con factores cognitivos, emocionales y/o sociales que condicionan la evolución de su enfermedad.

También se caracteriza la especialidad por su abordaje, además de enfermedades concretas en su forma tradicional, de los denominados Síndromes Geriátricos, que son situaciones patológicas tales como el deterioro cognitivo, cuadro confusional agudo, trastorno de la marcha y caídas, la incontinencia de esfínteres, la malnutrición, la polifarmacia, fragilidad, depresión, dolor crónico, estreñimiento, disfagia. Para hacer frente a la seria problemática planteada por el tipo de pacientes comentados, la especialidad dispone de su propia tecnología, que se sintetiza en los siguientes tres apartados:

1.- La Valoración Geriátrica Integral, entendida como «proceso multidimensional e interdisciplinar dirigido a identificar y cuantificar problemas, evaluar capacidades funcionales y psicosociales, proponer planes globales de tratamiento y optimizar la utilización de los recursos asistenciales». La praxis de la misma exige un muy profundo

conocimiento de los recursos e instrumentos que en cada área deben ser utilizados y, por tanto, una sólida formación al respecto.

El deterioro funcional puede ser tanto una manifestación como una consecuencia de muchas de las enfermedades del anciano; por ello, su valoración sistematizada debe llevarnos al conocimiento etiológico. En este sentido hay que tener en cuenta algunas consideraciones:

- No siempre hay relación directa enfermedad-función; la alteración funcional puede ser signo precoz de enfermedad.
- No existe una buena correlación entre el tipo y severidad de un problema y su impacto sobre la función.
- Una alteración funcional específica no siempre tiene origen en el órgano que controla esa función.
- La patología de un órgano no siempre origina el deterioro de función correspondiente al mismo.

2.- Capacidad de trabajo en equipo, entendiendo la Interdisciplinariedad como modo de acción conjunto y estructurado de los diversos profesionales implicados, que permita un plan de cuidados conjunto en el proceso de atención del anciano.

3.- Conocer la existencia de los diferentes niveles asistenciales para poder garantizar en toda la trayectoria del anciano las diferentes necesidades, sanitarias y sociales.

Generales

La alta prevalencia de enfermedades en el anciano, los diferentes patrones de presentación, su tendencia a la incapacidad, su más dificultosa respuesta al tratamiento y sus frecuentes requerimientos de soporte social requieren una especial preparación médica.

Los objetivos generales deberán ir dirigidos hacia una formación que contemple al paciente geriátrico, en su completo entorno bio-psico-social, a lo largo de una cadena que comienza en los cambios (morfológicos, psicológicos, funcionales y sociales) que origina el proceso de envejecimiento individual, continúa con la prevención y el manejo de las diferentes situaciones en enfermedad e incapacidad y culmina con la actuación interdisciplinar conjunta en los distintos niveles asistenciales, tanto sanitarios como sociales.

Específicos

Se concretan en el conocimiento prioritario de los siguientes aspectos:

- **Envejecimiento:** Demografía, Biología y Fisiopatología, con especial dedicación a los aspectos básicos del proceso de envejecimiento fisiológico y a los cambios funcionales en el curso del mismo.
- **Enfermedades más frecuentes:** Aunque en el anciano son posibles todos los tipos de patologías, muchas de ellas son especialmente habituales (cardiopatías, HTA, diabetes, BNCO, demencia...) y por ello precisan un mejor conocimiento.
- **Presentación atípica de enfermedades:** No es la excepción que una sintomatología inexpresiva dificulte un correcto diagnóstico. En los pacientes ancianos hay que perseguir patologías no conocidas, con mucha frecuencia origen de incapacidad.
- **Enfermedades incapacitantes:** Una de las grandes razones de la especialidad es la prevención, tratamiento y rehabilitación de las situaciones de pérdida de la capacidad de autosuficiencia. También la atención a la cronicidad es un punto clave de esta especialidad.
- **Síndromes geriátricos:** Entendidos como situaciones complejas y reales en la práctica clínica, escasamente comentadas en la literatura médica tradicional. Destacan, ya citados, el deterioro cognitivo, los estados confusionales, la incontinencia, la inmovilidad, las caídas, las úlceras por presión, la malnutrición, fragilidad, dolor crónico, disfagia, etc.
- **Técnicas de valoración geriátrica:** En los aspectos clínico, cognitivo, emocional, funcional y social. Constituyen una verdadera tecnología que debe ser conocida a fondo por los futuros especialistas.
- **Utilización de fármacos:** Aspecto básico en Geriátrica, donde la iatrogenia es habitual causa de cuadros de difícil interpretación y de ingresos hospitalarios. El buen conocimiento de la farmacodinamia y farmacocinética de las drogas en el anciano y el control del abuso y efectos secundarios de los fármacos es esencial en patología geriátrica.
- **Trabajo interdisciplinario:** Supone la necesidad de una específica actitud al respecto. La interrelación con el resto de las especialidades, los equipos de enfermería y rehabilitación, trabajadores sociales, equipos de Atención Primaria y Servicios Sociales comunitarios es fundamental y exige la correspondiente práctica y conocimientos.
- **Planificación anticipada de decisiones:** dentro del proceso de atención al paciente geriátrico, en muchas ocasiones, es fundamental realizar la Planificación

Anticipada de Decisiones. Adquirir conocimientos y herramientas para llevarlo a cabo será imprescindible durante la formación en esta especialidad.

- **Principios de recuperación funcional:** siempre que sea posible evitar el declive funcional con rehabilitación precoz y, en caso de no ser posible, favorecer la adaptación a la dependencia.
- **Principios de Psicogeriatría:** adquirir un adecuado manejo del deterioro cognitivo, la demencia, la depresión, la ansiedad, el insomnio y el manejo de psicofármacos. Detección del cuadro confusional agudo descartando posibles causas orgánicas y teniendo en cuenta para su tratamiento tanto las medidas farmacológicas como las no farmacológicas.
- **Principios de Asistencia Médico-Social:** Los aspectos sociales desfavorables condicionan fuertemente tanto la evolución como la propia aparición de la enfermedad. Es por ello obligado una especial atención a esta parcela asistencial. Intentar dar soporte emocional a las familias y empoderarlas para mejorar los cuidados también es una tarea del equipo asistencial que atiende al paciente anciano.
- **Organización de Servicios:** Entendidos como el conjunto de niveles de atención (hospitalarios y comunitarios, sanitarios y sociales) en función de las diferentes situaciones de enfermedad, desde procesos agudos de necesario ingreso hospitalario hasta procesos crónicos e incapacitantes que precisan en su trayectoria cuidados de larga duración y, en fases avanzadas, de cuidados paliativos.

2. Duración de la formación

La duración de la formación en la unidad docente de Geriátria es de 4 años.

	ROTACIÓ	DISPOSITIVO	DURACIÓ	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
R1	Unidad Geriátria Agudos (UGA)	Servicio de Geriátria	3 meses	3
	Urgencias	Servicio de Urgencias	1 mes	3
	Radiología	Servicio de Radiodiagnóstico	1 mes	3
	Cardiología	Servicio de Cardiología	2 meses	3
	Neurología	Servicio de Neurología	2 meses	3
	Neumología	Servicio de Neumología	2 meses	3
R2	Cuidados Intensivos	Servicio de Med. Intensiva	2 meses	3-2
	Reumatología	Servicio de Reumatología	1 mes	3-2
	Nefrología	Servicio de Nefrología	1 mes	3-2
	Hepatología	Servicio de Gastroenterología	1 mes	3-2
	Optativa	Al servicio correspondiente	2 meses	3-2
	Unidad Geriátria Agudos (UGA)	Servicio de Geriátria	2 meses	3-2
	Psicogeriatría	Unidad de Psicogeriatría	1 mes	3-2
	Urgencias	Servicio de Urgencias	1 mes	3-2
R3	Unidad Funcional Interdisciplinaria Sanitaria (UFISS Geriátria)	Centro Sociosanitario Albada/Hospital	1 mes	3-2
	Ortogeriátria	Hospital de agudos	3 meses	2-1
	Urgencias	Servicio de Urgencias	1 mes	2-1
	Convalecencia	Unidad de Convalecencia CSS	3 meses	2-1
	Cuidados Paliativos	Unidad de Cuidados Palitativos	2 meses	3-2
	Programa de Atención Domiciliaria Equipo de Soporte (PADES)	Centro Sociosanitario Albada	1 mes	2-1
R4	Programa de Atención Domiciliaria Equipo de Soporte (PADES)	Centro Sociosanitario Albada	1 mes	1
	Rotación Externa		2 meses	
	Hospital de Día Geriátria	Centro Sociosanitario Albada	2 meses	1
	Unidad Geriátria Agudos (UGA)	Servicio de Geriátria	6 meses	1

Rotaciones Optativas. La unidad docente recomienda hacerlas en Endocrinología, Enfermedades Infecciosas, Oncología, Hematología, Rehabilitación.

Rotaciones Externes. Previas a los últimos 6 meses de residencia. Como alternativa, se puede aumentar el tiempo de rotación en algún dispositivo específico de la propia especialidad.

3. Competencias profesionales a adquirir según año de residencia, detallando actividades asistenciales y calendario de rotaciones

Nivel de responsabilidad:

Nivel de responsabilidad 1: actividades realizadas directamente por el residente sin necesidad de una tutela directa. El residente ejecuta y posteriormente informa.

Nivel de responsabilidad 2: actividades realizadas directamente por el residente bajo la supervisión del tutor/facultativo responsable. El residente tiene un conocimiento extenso, pero no alcanza la suficiente experiencia como para hacer una técnica o un tratamiento completo de forma independiente.

Nivel de responsabilidad 3: actividades realizadas por el personal sanitario del centro, asistidas en su ejecución por el residente.

Especialistas en formación de 1er año: la supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada. Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

La responsabilidad del residente pasará de nivel 3 a nivel 2 durante los primeros meses de las rotaciones y serán los responsables de los ámbitos junto con el tutor quienes decidirán, en función del progreso de la formación, las actividades que el residente puede desarrollar con nivel 1 durante la segunda mitad de las rotaciones.

3.1. R1

1.- Calendario de rotaciones

ROTACIÓ	DISPOSITIVO	DURACIÓ	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Unidad de Geriatría de Agudos (UGA)	Servicio de Geriatría	3 meses	3
Urgencias	Servicio de Urgencias	1 mes	3
Radiología	Servicio de Radiología	1 mes	3
Cardiología	Servicio de Cardiología	2 meses	3
Neurología	Servicio de Neurología	2 meses	3
Neumología	Servicio de Neumología	2 meses	3

2.- Competencias profesionales a adquirir en cada rotación

Unidad de Geriatría de Agudos (UGA)

1. Manejar la documentación propia de la Unidad y la genérica del Hospital.
2. Establecer una relación de equipo con todos los profesionales de la Unidad: médicos, enfermeras, TO, Fisioterapeutas, Trabajo Social, Logopedia, Nutricionistas y dietética y auxiliares
3. Integrar el propio rol al conjunto de la Unidad
4. Incorporar críticamente los datos ya registrados y conocidos del paciente y su entorno para la toma de decisiones, tanto los existentes en el HCIS como en la HC3 de Cataluña y el e-CAP de la Atención Primaria
5. Hacer las notas de ingreso e informes de alta con el formato y metodología que se le indique
6. Describe adecuadamente los cambios fisiológicos del envejecimiento en el individuo y en el de cada órgano, y sus implicaciones clínicas y terapéuticas
7. Registrar los datos clínicos y la Valoración Geriátrica Integral.
8. Proponer las peticiones de exploraciones complementarias y las interconsultas necesarias para la toma de decisiones clínicas
9. Cursarlas una vez validadas por el adjunto, registrando en los formularios la información clínica pertinente.
10. Participar activamente en los Planes Terapéuticos, presentando los casos propios.

11. Presentar los casos clínicos que se le indiquen en las sesiones clínicas, aportando siempre la valoración integral del paciente y su entorno
12. Referirse al paciente siempre por su nombre y no por su ubicación o cuadro clínico
13. Hacer la anamnesis y la exploración física de los pacientes asignados por su adjunto, presentándoselas a continuación
14. Establecer una adecuada relación terapéutica de confianza con los pacientes asignados y su entorno familiar, manteniendo la misma de forma empática y asertiva. Aplicar herramientas ante los retos y resistencias en la comunicación.
15. Informar de la evolución a pacientes y su entorno familiar.
16. Realizar la Valoración Geriátrica Integral.
17. Identificar y registrar los síndromes geriátricos.
18. Hacer diagnóstico diferencial de los síntomas, signos y resultados de las pruebas complementarias solicitadas en síndromes generales. Proponer decisiones para llegar al diagnóstico de la- enfermedad-es del paciente.
19. Conocer y registrar el Equipo de Atención Primaria (EAP) del paciente y si el paciente lo considera su referente.
20. Identificar quien es el profesional referente del paciente y de su entorno familiar
21. Incorporar a la toma de decisiones la opinión del médico y del equipo asistencial referente del paciente.
22. Conocer, registrar y respetar las preferencias y valores del paciente y su entorno para el manejo de sus problemas de salud
23. Dar malas noticias y solicitar consentimientos informados bajo la supervisión del Adjunto
24. Identificar y registrar la competencia del paciente para la toma de decisiones
25. Identificar y registrar al cuidador principal (CP) y su relación con el paciente y con el resto del entorno familiar.
26. Identificar y registrar al CP y su grado de competencia
27. Sospechar la parálisis pronóstica y la obstinación terapéutica y así expresarlo al Equipo Asistencial.
28. Aplicar los modelos REPE y CALGARY de la entrevista clínica.
29. Identificar el riesgo y/o la presencia de delirium o síndrome confusional agudo (SCA), especialmente hipoactivo. Atender y participar activamente en las medidas preventivas- terapéuticas no farmacológicas.
30. Identificar y registrar la polifarmacia.

31. Identificar y corregir la prescripción y administración de fármacos inadecuados, según los Criterios de Beers y los Criterios Stop/Start.
32. Identificar los efectos secundarios de los fármacos, registrándolos y corrigiéndolos.
33. Identificar y reconocer los errores médicos, proponiendo medidas para evitarlos.
34. Detectar e identificar dilemas éticos.
35. Detectar y corregir la iatrogenia
36. Identificar y avisar del riesgo de abuso de los ancianos por parte del sistema sanitario o de su entorno.
37. Detectar y corregir la constipación.
38. Participar en el abordaje preventivo y terapéutico de las úlceras por presión.
39. Valorar el estado nutricional.
40. Conocer y seguir las Guías Clínicas propias del Hospital y registrar los motivos por los que no se siguen cuando esto sea así
41. Reconocer y describir el papel de cada profesional en el Equipo Asistencial.
42. Adaptar el trabajo personal a la necesaria organización global de la planta, respetando los tiempos necesarios para cada profesional.
43. Interpretar los resultados de las exploraciones complementarias más habituales de la Unidad y comentarlos con el adjunto.
44. Complimentar el registro de mortalidad del CIM en los éxitos propios y comentarlo con el responsable del Servicio en dicho Comité.
45. Complimentar las órdenes médicas incluyendo las farmacológicas, previa validación por el Adjunto.
46. Reconocer y utilizar la terminología del TermCAT.
47. Identificar los pacientes crónicos complejos (PCC).
48. Aplicar el instrumento NECPAL a los PCC a fin de detectar los pacientes con enfermedad crónica avanzada y progresiva (MACA).
49. Colaborar en la elaboración del Programa Individual Compartido (PIC) de los pacientes MACA.
50. Reflejar en el libro del residente los resultados de comorbilidad y de mejora de la autonomía funcional de los pacientes atendidos por la Unidad.
51. Reflejar en el libro del residente el consumo en pruebas de diagnóstico por la imagen, de laboratorio y en fármacos en los pacientes atendido en la Unidad, comparándolos con el histórico y con otras Unidades del Servicio y del Hospital.
52. Asistir a los cursos del Programa Común Complementario dirigido a los R1 de la Corporación.

53. Prevenir el deterioro funcional ligado a la hospitalización de los pacientes frágiles y geriátricos.
54. Utilizar las bases de datos para actualizar los conocimientos clínicos de la patología y síndromes geriátricos diagnosticados a los pacientes asignados al Residente: PubMed, UpToDate, Clinical Key...
55. Utilizar el Tratado de Geriatria para Residentes de la SEGG.
56. Evitar la transgresión evitable de barreras fisiológicas.
57. Colaborar en la prevención y control de las infecciones nosocomiales de la Unidad.
58. Justificar las bases fisiopatológicas de las enfermedades más habituales en los pacientes ingresados en la Unidad y de todos los pacientes que tenga asignado el Residente.
59. Justifica las bases farmacológicas del uso de los fármacos más utilizados en la Unidad y su mecanismo de acción, interacciones y efectos secundarios.
60. Detectar y registrar el sufrimiento de sus pacientes.
61. Detectar y reflexionar sobre las propias emociones que le genera la relación interprofesional.
62. Detectar y reflexionar sobre las propias emociones que le genera la relación con el paciente y su entorno.
63. Describir e identificar adecuadamente la etiopatogenia, las manifestaciones clínicas, el abordaje diagnóstico y terapéutico de las enfermedades más prevalentes en los pacientes ingresados en la Unidad: insuficiencia cardiaca congestiva, cardiopatía coronaria y valvular, trastornos del ritmo, síncope, HTA, EPOC, insuficiencia respiratoria, SAOS, enfermedades restrictivas pulmonares, TEP, patología pleural, AVC, epilepsia, demencia, parkinsonismo, depresión y ansiedad, artropatía degenerativa, anemia, síndromes mielodisplásicos, mieloma múltiple, neoplasias más comunes, neumonía, infecciones urinarias y cutáneas, sepsis, infección nosocomial, hemorragia digestiva, enfermedad péptica, patología biliar, íleo paralítico, cirrosis, insuficiencia renal aguda y crónica, diselectrolitemias, patología de la próstata, DM, enfermedades del tiroides, trastornos de la nutrición...
64. Hacer y presentar la evaluación de la rotación, la propia y la de la Unidad.

Urgencias

Un mes cada año durante los tres primeros años de residencia, con distintos niveles de responsabilidad.

1. Adaptarse a la organización y forma de trabajar del Servicio de Urgencias y sus diferentes niveles.
2. Participar en los trasposos de guardia y en todas las sesiones del Servicio.
3. Utilizar el apoyo específico de Urgencias dentro de la Intranet del Hospital y los protocolos propios del Servicio.
4. Relacionarse de forma adecuada y personalizada con el Equipo de Enfermería.
5. Identificar los puntos fuertes y los puntos mejorables del trabajo en equipo a un servicio de urgencias. Entregar por escrito y formalmente al tutor.
6. Identificar la dificultad en la toma de decisiones a los pacientes PCC y MACA cuando llegan a UCIA sin PIC ni PAD. Entregar por escrito y formalmente al tutor.
7. Identificar los riesgos de encarnizamiento terapéutico y nihilismo a un servicio de urgencias y compararlos con los de la UGA. Entregar por escrito y formalmente al tutor.
8. Asistir de forma supervisada a los pacientes que le sean asignados.
9. Identificar los factores de gravedad y riesgo vital de las enfermedades que afectan a los adultos.
10. Identificar y manejar adecuadamente las descompensaciones y agudizaciones de las principales enfermedades crónicas.
11. Manejar, orientar y diagnosticar adecuadamente la mayoría de enfermedades agudas no graves.
12. Participar en la atención de las enfermedades graves y con riesgo vital.
13. Relacionarse adecuadamente con el conjunto de especialidades del hospital.
14. Proponer correctamente el alta hospitalaria desde el Servicio con el seguimiento adecuado, así como el ingreso a hospital y sus objetivos.
15. Presenciar el manejo y ajuste de la ventilación mecánica, tanto invasiva como no invasiva.
16. Asistir a la información de malas noticias dadas por el residente grande o adjunto.
17. Identificar la SCA y colaborar en su prevención y manejo.
18. Conocer riesgos y beneficios del uso de medidas de sujetos directos o indirectos: sondaje vesical, sueroterapia, contención física funcional.
19. Realizar una anamnesis cuidadosa del motivo de consulta, así como su cronología y factores que hayan podido intervenir, incluyendo información de los familiares y del EAP mediante la HC3 entre otros.
20. Adquirir los conocimientos básicos del manejo de las patologías más prevalentes en urgencias.

21. Adquirir los conocimientos básicos del manejo del paciente grave y su resucitación.
22. Familiarizarse con los códigos prevalentes existentes (sepsis, ictus, IAM).
23. Contribuir al buen clima y entendimiento de la guardia.
24. Comunicarse de forma empática y asertiva con los pacientes y familiares, previniendo los conflictos, retos y resistencias y contribuyendo a solucionarlos cuando se presenten.
25. Reconocer las propias limitaciones y pedir apoyo y ayuda al resto de la guardia o los especialistas que necesite, tanto a nivel técnico como emocional.
26. Aportar siempre los informes de alta, ingreso, derivación o traslado los datos oportunos, el razonamiento clínico y la valoración geriátrica.
27. Explicitar los documentos una coordinación y seguimiento adecuados.

Radiología

1. Correlacionar la clínica con las pruebas de imagen: Rx Torax, Abdomen, ECOs y Ecodoppler, TAC, RM, y radiología intervencionista.
2. Consultar y comentar con los radiólogos todas las pruebas de imagen
3. Presenciar las exploraciones de diagnóstico por la imagen más complejas, y en especial las de Radiología intervencionista.
4. Identificar los pacientes frágiles y geriátricos.
5. Proponer medidas para evitar el declive funcional de los pacientes que maneje.
6. Colaborar en el soporte y atención sanitaria de los pacientes frágiles y geriátricos
7. Garantizar las condiciones sanitarias con el resto del sistema sanitario de los pacientes frágiles y geriátricos dados de alta
8. Identificar el declive funcional reciente y/o recuperable s y proponer medidas para corregirlo.
9. Proponer e implementar medidas para prevenir la aparición del síndrome confusional agudo, identificarlo precozmente y manejarlo adecuadamente.
10. Participar en la atención a los pacientes ingresados con código ICTUS.
11. Detectar la polifarmacia, sus posibles efectos secundarios, la cascada de medicación, también como causa principal de visita a Urgencias, en los pacientes frágiles y geriátricos.
12. Solicitar el soporte la Unidad Funcional Sociosanitaria
13. Describir e identificar adecuadamente la etiopatogenia, las manifestaciones clínicas, el abordaje diagnóstico y terapéutico de las enfermedades más prevalentes en los pacientes ingresados en la Unidad: insuficiencia cardiaca congestiva, trastornos del

ritmo, EPOC, epilepsia, anemia, neumonía, infecciones urinarias y cutáneas, sepsis, patología biliar, íleo paralítico, Iª renal aguda, diselectrolitemias, DM...

Cardiología

1. Identificar y diagnosticar los trastornos del ritmo en el ECG.
2. Presencia la valoración de cateterismo coronario y decisiones quirúrgicas.
3. Presenciar la realización e interpretación de las pruebas diagnósticas en Cardiología y saber explicar su utilidad clínica: ecocardiograma, Holter, medicina nuclear, RMN.
4. Ver la realización de estudio electrofisiológicos y las indicaciones de marcapasos y de ablación.
5. Hace el seguimiento en hospitalización de los pacientes ingresados con participación activa en pacientes ancianos y/o frágiles.
6. Participar en la valoración del riesgo cardiovascular de los pacientes.
7. Justificación farmacológica de los tratamientos farmacológicos más habituales.
8. Participación en la Educación Sanitaria a los pacientes tras IAM o con riesgo cardiovascular.
9. Justificar las bases farmacológicas y fisiopatológicas de los tratamientos anticoagulantes, antitrombóticos, sobre el sistema adrenérgico y el de la renina/angiotensina.
10. Comparar puntos fuertes y puntos mejorables de una planta de hospitalización médica de agudos y de la planta de la UGA. Entregar por escrito y formalmente al tutor.
11. Valora que aporta la VGI en una planta de hospitalización médica especializada del hospital de agudos.
12. Sospechar la presencia de enfermedad coronaria y/o insuficiencia cardiaca en fase avanzada y curso progresivo, comunicar y discutir con el Adjunto de la Unidad su manejo incorporando los conceptos PCC, MACA y PPI.
13. Conoce la atención que se ofrece en el Hospital de Día de Insuficiencia Cardíaca.
14. Describe las formas de comunicación y de transferencia de responsabilidades entre la Unidad y la AP, Gestión de Casos, PADES Frágil, UGA, hospital de día y hospitalización de agudos del propio servicio.
15. Realizar la evaluación de la/s Unidad/es.

Neurología

1. Diagnosticar la demencia, sus dimensiones, sus etiologías y fases evolutivas.
2. Diagnosticar los trastornos de conducta en la demencia y los maneja adecuadamente, con medidas no farmacológicas y farmacológicas
3. Indicar y prescribe los fármacos IACES y neurolépticos.
4. Exploración física neurológica.
5. Valoración de un fondo de ojo.
6. Realización de punción lumbar e interpretación del LCR.
7. Expresar y justificar farmacológicamente los fármacos habitualmente prescritos en la Unidad, sus dosis, ajustes, controles y riesgos
8. Expresar y comunicar los riesgos de las intervenciones farmacológicas e intervenir en su prevención, detección y solución.
9. Participar activamente en los planes terapéuticos.
10. Se comunica adecuadamente con pacientes, familias y equipo asistencial, sabiendo dar respuestas a los retos frecuentes que determina la demencia.
11. Detectar la sobrecarga y necesidades del CP y entorno familiar, contribuyendo a su solución y dando respuesta.
12. Detecta y registra los dilemas éticos para dar respuesta interprofesional y consensuada con el equipo asistencial y el entorno social del paciente.
13. Identificar la competencia del paciente y del CP, registrando ambas.
14. Proponer ingresos involuntarios y colaborar en su gestión judicial y social.
15. Participar activamente en las reuniones familiares y en la toma de decisiones consensuada.
16. Razona y explica de forma entendedora los beneficios y riesgos de la nutrición enteral.
17. Prevenir, diagnosticar y tratar adecuadamente el SCA, analizando y manejando los factores precipitantes además del tratamiento sintomático. Identificar el SCA como forma de presentación atípica de enfermedades intercurrentes o incidentales
18. Sospechar, detecta, diagnostica y trata los síndromes neurolépticos, colinérgico y serotoninérgico.
19. Clarifica a la familia del paciente la fisiopatología (o “razones”) de los síntomas que aparecen, les orienta en el pronóstico, calidad de vida futura y opciones de cuidados incluyendo la paliativa.

20. Colaborar en la educación sanitaria del CP y familia, indicándoles las actuaciones que deben realizar ante la aparición de síntomas, especialmente en relación a la ingesta, el descanso nocturno y los trastornos de conducta.
21. Aplicar los criterios de ingreso en la Unidad conforme a las prioridades establecidas y maneja los diferentes dispositivos y entornos multiprofesionales para atender a los pacientes con demencia.
22. Diagnosticar y tratar las enfermedades incidentales, se presenten o no de forma atípica.
23. Participar en la valoración y tratamiento de los trastornos de conducta controlados en la EAIA de Demencias y asesorar a las familias sobre su manejo.
24. Diagnostica los diferentes trastornos cognitivos, hace el diagnóstico diferencial de las demencias y participa en los procesos de la EAIA.
25. Correlaciona las pruebas de imagen con los test y evaluación neuropsicológica.
26. Presenciar y participar de la valoración neuropsicológica.
27. Colaborar en el diagnóstico y seguimiento en CCEE de los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP).
28. Colaborar en el manejo y tratamiento farmacológico de la EP.
29. Hacer el diagnóstico diferencial del síndrome de Parkinson y de los trastornos motores, solicita e interpreta las pruebas complementarias pertinentes.
30. Justificar las bases farmacológicas para el tratamiento de la EP y advertir de los riesgos.
31. Hacer una exploración neurológica completa e interpretar correctamente las pruebas de neuroimagen.
32. Hacer y saber interpretar los datos de una exploración neurológica completa.
33. Usar adecuadamente fármacos antidepresivos, facilitadores del sueño, ansiolíticos y neurolépticos.
34. Participar en la implementación de la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) y en su registro en la historia clínica, tanto en la Unidad de Psicogeriatría como en el resto de Unidades del SS.
35. Saber explicar los principios generales de bioética médica y aplicarlos en la práctica clínica habitual.
36. Relacionarse con los diferentes equipos de Atención Primaria (AP) y del Servicio de Urgencias, y responder de forma adecuada a las demandas de colaboración.
37. Profundizar en el Programa de PAD de la Albada y colaborar a su difusión cuando sea necesario

38. Participar de forma consensuada con tutor y equipo en la línea de investigación atención al final de la vida

Neumología

1. Describe las bases fisiopatológicas de la insuficiencia respiratoria crónica y la integra en la justificación de los diferentes tratamientos y en el resultado de las pruebas complementarias.
2. Participar en la indicación de las diferentes formas de oxigenoterapia domiciliaria, en su prescripción y en el seguimiento clínico de los pacientes que entran en dicho programa.
3. Conocer las indicaciones y manejo básico de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI), que permita una primera instauración autónoma. Conocer sus diferentes técnicas y presenciar su calibrado, adaptación al paciente y ajustes técnicos.
4. Conocimiento del manejo de un dispositivo de drenaje pleural.
5. Realización de toracocentesis e interpretación del LP.
6. Colaborar en la educación sanitaria de los pacientes y sus familiares en el uso de los diferentes tratamientos: nebulizaciones, aerosoles, VMNI...
7. Colaborar en el manejo de las agudizaciones atendíendolas en el HD, valorar la clínica aportando la VGI y proponer a los responsables los planes de tratamiento e intervención adecuada.
8. Visualizar la obtención de las muestras bacteriológicas
9. Visualizar la realización de pruebas funcionales respiratorias y su interpretación.
10. Visualizar la técnica de pulsioximetría nocturna y estudios polisomnográficos y la obtención de resultados.
11. Participar en la descripción e interpretación de dichos resultados y en la prescripción de tratamientos que conlleva.
12. Participar en los ajustes de la CPAP.
13. Presenciar broncoscopias en ancianos y saber explicar las causas que contraindican la misma, los riesgos que conlleva y como minimizarlos.
14. Incorpora las bases farmacológicas de los fármacos más utilizados habitualmente, especialmente los diferentes broncodilatadores y antibióticos, incluyendo las formas inhaladas para Pseudomona y Aspergillus.
15. Describe las formas de comunicación y de transferencia de responsabilidades entre la Unidad y la AP, Gestión de Casos, PADES Frágil, UGA y hospitalización de agudos del propio servicio.

16. Sospechar la presencia de enfermedad pulmonar crónica en fase avanzada y curso progresivo, comunicar y discutir con el Adjunto de la Unidad su manejo incorporando los conceptos PCC, MACA y PPI.

3.2. R2

1.- Calendario de rotaciones

ROTACIÓN	DISPOSITIVO	DURACIÓN	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Cuidados Intensivos	Servicio de Med. Intensiva	2 meses	3-2
Reumatología	Servicio de Reumatología	1 mes	3-2
Nefrología	Servicio de Nefrología	1 mes	3-2
Hepatología	Servicio de Gastroenterología	1 mes	3-2
Optativa	Al servicio correspondiente	2 meses	3-2
Unidad Geriatria Agudos (UGA)	Servicio de Geriatria	2 meses	3-2
Psicogeriatría	Unidad de Psicogeriatría	1 mes	3-2
Urgencias	Servicio de Urgencias	1 mes	3-2

2.- Competencias profesionales a adquirir en cada rotación

Cuidados Intensivos

1. Conocer los criterios de ingreso en la Unidad.
2. Indicaciones de ventilación mecánica invasiva y no invasiva.
3. Conocer los diferentes tipos de shock y familiarizarse con el diferente manejo farmacológico en cada caso.
4. Manejo de los distintos fármacos vasoactivos más utilizados en UCI.
5. Reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.
6. Morbimortalidad asociada al ingreso en UCI y factores pronóstico relacionados con resultados post-UCI.
7. Indicaciones y manejo de traqueotomías, vías venosas centrales y catéter arterial.
8. Habilidades: colocación de VVC, catéter arterial, intubación orotraqueal, manejo del desfibrilador.

Reumatología

1. Mejorar la técnica exploratoria e Identificar radiológicamente las fracturas más frecuentes en ancianos: Colles, cadera, costales, pelvis y vertebral...
2. Detectar la fragilidad y concebir las caídas como exponentes de la misma.
3. Explorar las circunstancias y consecuencias de las caídas más allá de la afectación ósea.
4. Prevenir las complicaciones secundarias al dolor y la inmovilidad: UPP, delirium, constipación, polifarmacia e interacciones medicamentosas...
5. Valorar los recursos sociales y de entorno y las necesidades sanitarias de cara a proponer la mejor ubicación del paciente, teniendo en cuenta sus preferencias y las del entorno: alta a domicilio, traslado a socio sanitario, residencia.
6. Mejorar la técnica de exploración reumatológica e identificar dificultades en el paciente geriátrico.
7. Realización de técnicas específicas como artrocentesis diagnóstica o terapéutica e interpretación del LA.
8. Asistir a los condicionantes de la elección del tratamiento más adecuado en determinadas patologías: tratamientos ortopédicos, tratamientos invasivos (infiltración, vertebroplastia) y quirúrgicos.
9. Identificar el papel del enfoque rehabilitador.

Nefrología

- 1- Iniciar el nivel cognoscitivo reflejado en el apartado 5.3.9. Especial énfasis en el conocimiento de la insuficiencia renal aguda y crónica, alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico.
- 2- Ajuste farmacológico según función renal y iatrogenia.
- 3- Interpretación de pruebas de función renal.
- 4- Criterios de diálisis.
- 5- Indicaciones de cateterización y consulta especializada.

Hepatología

- 1- Historia clínica dirigida
- 2- Exploración física.
- 3- Realización de paracentesis e interpretación del LA.
- 4- Indicaciones de pruebas endoscópicas.

- 5- Manejo de la hemorragia digestiva aguda.
- 6- Estudio y tratamiento del estreñimiento.

Optativas

Endocrinología:

- 1- Conocer los trastornos del tiroides y síndrome metabólico.
- 2- Historia y exploración física, pruebas complementarias.
- 3- Peculiaridades del manejo y control de la diabetes en el anciano. Prevención y control de complicaciones.
- 4- Educación sanitaria al paciente diabético y la familia.
- 5- Criterios de derivación a especialidades.

Enfermedades infecciosas:

- 1- Proceso diagnóstico de las enfermedades más prevalentes en el anciano (neumonía, infecciones urinarias, tuberculosis, sepsis) y la fiebre de origen desconocido.
- 2- Técnicas de recogida de muestras.
- 3- Manejo racional de la antibioterapia.
- 4- Medidas de prevención y profilaxis.

Hematología:

- 1- Conocimiento, manejo y tratamiento de las enfermedades hematológicas más frecuentes en el anciano (anemias, síndromes mielodisplásicos, enfermedades linfáticas...).
- 2- Exploraciones diagnósticas.
- 3- Adecuación de los tratamientos.

Oncología:

- 1- Conocimiento de las enfermedades oncológicas de mayor frecuencia diagnóstica en el anciano.
- 2- Indicación de pruebas para su diagnóstico y tratamiento ajustadas a la situación de fragilidad del anciano.
- 3- Conocimiento y manejo de la enfermedad oncológica avanzada; intervención paliativa precoz.

Rehabilitación:

- 1- Conocimiento de técnicas rehabilitadoras indicadas en geriatría; rehabilitación del ictus, fractura de cadera, amputación de MMII, extremidad superior, etc.
- 2- Conocimientos de fisioterapia, terapia ocupacional y logoterapia.
- 3- Ortesis y ayudas técnicas.
- 4- Electromedicina.

Unidad Geriatría de Agudos (UGA)

Se Integra plenamente en la Unidad y en la EEIA con solo supervisión a distancia de los responsables de la misma y consultando a los responsables del Servicio cuando lo considere pertinente.

Psicogeriatría

1. Diagnosticar los trastornos de conducta y los maneja adecuadamente, con medidas no farmacológicas y farmacológicas
2. Indicar y prescribe los fármacos IACES y neurolépticos.
3. Expresar y justificar farmacológicamente los fármacos habitualmente prescritos en la Unidad, sus dosis, ajustes, controles y riesgos.
4. Expresar y comunicar los riesgos de las intervenciones farmacológicas e intervenir en su prevención, detección y solución.
5. Participar activamente en los planes terapéuticos.
6. Se comunica adecuadamente con pacientes, familias y equipo asistencial, sabiendo dar respuestas a los retos frecuentes que determina la demencia.
7. Detectar la sobrecarga y necesidades del CP y entorno familiar, contribuyendo a su solución y dando respuesta.
8. Detecta y registra los dilemas éticos para dar respuesta interprofesional y consensuada con el equipo asistencial y el entorno social del paciente.
9. Identificar la competencia del paciente y del CP, registrando ambas.
10. Proponer ingresos involuntarios y colaborar en su gestión judicial y social.
11. Participar activamente en las reuniones familiares y en la toma de decisiones consensuada.
12. Prevenir, diagnosticar y tratar adecuadamente el SCA, analizando y manejando los factores precipitantes además del tratamiento sintomático. Identificar el SCA como forma de presentación atípica de enfermedades intercurrentes o incidentales

13. Sospechar, detecta, diagnostica y trata los síndromes neurolépticos, colinérgico y serotoninérgico.
14. Clarifica a la familia del paciente la fisiopatología (o “razones”) de los síntomas que aparecen, les orienta en el pronóstico, calidad de vida futura y opciones de cuidados incluyendo la paliativa.
15. Colaborar en la educación sanitaria del CP y familia, indicándoles las actuaciones que deben realizar ante la aparición de síntomas, especialmente en relación a la ingesta, el descanso nocturno y los trastornos de conducta.
16. Aplicar los criterios de ingreso en la Unidad conforme a las prioridades establecidas y maneja los diferentes dispositivos y entornos multiprofesionales para atender a los pacientes con demencia.
17. Diagnosticar y tratar las enfermedades incidentales, se presenten o no de forma atípica.
18. Participar en la valoración y tratamiento de los trastornos de conducta controlados en la EAIA TC y asesorar a las familias sobre su manejo.
19. Diagnostica los diferentes trastornos cognitivos, hace el diagnóstico diferencial de las demencias y participa en los procesos de la EAIA.
20. Correlaciona las pruebas de imagen con los test y evaluación neuropsicológica.
21. Presenciar y participar de la valoración neuropsicológica.
22. Colaborar en el manejo y tratamiento farmacológico de la EP.
23. Justificar las bases farmacológicas para el tratamiento de la EP y advertir de los riesgos.
24. Hacer una exploración neurológica completa e interpretar correctamente las pruebas de neuroimagen.
25. Hacer y saber interpretar los datos de una exploración completa.
26. Usar adecuadamente fármacos antidepresivos, facilitadores del sueño, ansiolíticos y neurolépticos.
27. Participar en la implementación de la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) y en su registro en la historia clínica, tanto en la Unidad de Psicogeriatría como en el resto de Unidades del SS.
28. Saber explicar los principios generales de bioética médica y aplicarlos en la práctica clínica habitual.
29. Relacionarse con los diferentes equipos de Atención Primaria (AP) y del Servicio de Urgencias, y responder de forma adecuada a las demandas de colaboración.
30. Profundizar en el Programa de PAD y colaborar a su difusión cuando sea necesario
31. Participar de forma consensuada con tutor y equipo en la línea de investigación atención al final de la vida

Urgencias

Un mes cada año durante los tres primeros años de residencia, con distintos niveles de responsabilidad.

1. Adaptarse a la organización y forma de trabajar del Servicio de Urgencias y sus diferentes niveles.
2. Participar en los trasposos de guardia y en todas las sesiones del Servicio.
3. Utilizar el apoyo específico de Urgencias dentro de la Intranet del Hospital y los protocolos propios del Servicio.
4. Relacionarse de forma adecuada y personalizada con el Equipo de Enfermería.
5. Identificar los puntos fuertes y los puntos mejorables del trabajo en equipo a un servicio de urgencias. Entregar por escrito y formalmente al tutor.
6. Identificar la dificultad en la toma de decisiones a los pacientes PCC y MACA cuando llegan a UCIA sin PIC ni PAD. Entregar por escrito y formalmente al tutor.
7. Identificar los riesgos de encarnizamiento terapéutico y nihilismo a un servicio de urgencias y compararlos con los de la UGA. Entregar por escrito y formalmente al tutor.
8. Asistir de forma supervisada a los pacientes que le sean asignados.
9. Identificar los factores de gravedad y riesgo vital de las enfermedades que afectan a los adultos.
10. Identificar y manejar adecuadamente las descompensaciones y agudizaciones de las principales enfermedades crónicas.
11. Manejar, orientar y diagnosticar adecuadamente la mayoría de enfermedades agudas no graves.
12. Participar en la atención de las enfermedades graves y con riesgo vital.
13. Relacionarse adecuadamente con el conjunto de especialidades del hospital.
14. Proponer correctamente el alta hospitalaria desde el Servicio con el seguimiento adecuado, así como el ingreso a hospital y sus objetivos.
15. Presenciar el manejo y ajuste de la ventilación mecánica, tanto invasiva como no invasiva.
16. Asistir a la información de malas noticias dadas por el residente grande o adjunto.
17. Identificar la SCA y colaborar en su prevención y manejo.
18. Conocer riesgos y beneficios del uso de medidas de sujetos directos o indirectos: sondaje vesical, sueroterapia, contención física funcional.

19. Realizar una anamnesis cuidadosa del motivo de consulta, así como su cronología y factores que hayan podido intervenir, incluyendo información de los familiares y del EAP mediante la HC3 entre otros.
20. Manejo de las patologías más prevalentes en urgencias.
21. Manejo, con soporte, del paciente grave y su resucitación.
22. Manejo, con apoyo, los códigos prevalentes existentes (sepsis, ictus, IAM).
23. Exponer asertivamente el razonamiento clínico y la visión geriátrica a los cambios de guardia, sin pretender imponerla.
24. Comunicarse de forma empática y asertiva con los pacientes y familiares, previniendo los conflictos, retos y resistencias y contribuyendo a solucionarlos cuando se presenten.
25. Apoyar experto en temas de geriatría cuando se le pida y aportarlo proactivamente los residentes menores de las otras especialidades cuando lo vea útil o necesario.
26. Atender preferente y proactivamente a los pacientes frágiles y geriátricos de la manera más eficiente y rápida posible.
27. Contribuir al buen clima y entendimiento de la guardia.
28. Dar apoyo emocional a los residentes más jóvenes.
29. Reconocer las propias limitaciones y pedir apoyo y ayuda al resto de la guardia o los especialistas que necesite, tanto a nivel técnico como emocional.
30. Aportar siempre a los informes de alta, ingreso, derivación o traslado los datos oportunos, el razonamiento clínico y la valoración geriátrica.
31. Explicitar los documentos una coordinación y seguimiento adecuados.

3.3. R3

1.- Calendario de rotaciones

ROTACIÓ	DISPOSITIVO	DURACIÓ	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Unidad Funcional Interdisciplinar Sanitaria (UFISS Geriatría)	Centro Sociosanitario Albada/ Hospital	1 mes	3-2
Ortogeriatría	Hospital de agudos	3 meses	2-1
Urgencias	Servicio de Urgencias	1 mes	2-1
Convalecencia	Unidad de Convalecencia CSS	3 meses	2-1
Cuidados Paliativos	Unidad de Cuidados Palitativos	2 meses	3-2
Programa de Atención Domiciliaria Equipo de Soporte (PADES)	Centro Sociosanitario Albada	1 mes	2-1

2.- Competencias profesionales a adquirir en cada rotación

Unidad Funcional Interdisciplinar Sanitaria (UFISS Geriatría)

1. Utiliza la documentación y formularios específicos de la Unidad.
2. Aplica la VGI en los pacientes consultados.
3. Detecta a los pacientes frágiles y geriátricos, y a los PCC (paciente crónico complejo) y pacientes MACA (enfermedad crónica avanzada).
4. Participa en la Sesión diaria de la UFISS con Convalecencia.
5. Detecta el riesgo de declive funcional por hospitalización y propone medidas para corregirlo.
6. Se integra adecuadamente en un equipo interdisciplinario.
7. Muestra sensibilidad y practica la toma consensuada de decisiones con el paciente y su entorno familiar.
8. Participa en las reuniones familiares e interdisciplinarias para la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD).
9. Discute y planifica los objetivos de atención con el equipo, el paciente y su entorno familiar, incorporando las preferencias.
10. Detecta y corrige la influencia de los fármacos en la aparición de nuevos síndromes geriátricos.

11. Conoce los beneficios e indicaciones del tratamiento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Logopedia y en qué dispositivo según cada circunstancia
12. Integra la evidencia científica, las preferencias del paciente y su entorno familiar, la esperanza de vida y la trayectoria funcional del paciente en la toma de decisiones, especialmente en el accidente vascular cerebral (AVC), la fractura de fémur y la en la patología traumatológica no quirúrgica en el anciano (fracturas costales, fractura de pelvis, aplastamiento vertebral...).
13. Valora siempre las necesidades del paciente, del CP y del entorno familiar en los objetivos terapéuticos.
14. Conoce e incorpora los recursos de trabajo social de la propia Corporación y de la Atención Primaria.
15. Atiende y registra ordinariamente los cambios fisiológicos del envejecimiento, el estado de fragilidad, la efectividad y respuesta al tratamiento, el manejo de los fármacos en tales situaciones y el sufrimiento de los pacientes y su entorno.
16. Detecta la posibilidad de orientación paliativa en las patologías que no son cáncer
17. Garantiza el control sintomático en las fases muy avanzadas de enfermedad/des y detecta y atiende al sufrimiento, tanto del paciente como de la familia.
18. Detecta y evita la iatrogenia.
19. Participa en las transiciones de cuidados identificando de forma interprofesional el mejor entorno de cuidados dentro del sistema sanitario.

Ortogeriatría

1. Se integra plenamente como miembro del equipo asistencial interdisciplinar y se responsabiliza autónomamente del rol médico de un grupo de pacientes con la supervisión directa o a distancia, según la complejidad de los casos, de un adjunto.
2. Identifica y trata las patologías activas del paciente.
3. Conoce las complicaciones de las caídas, sus causas y mecanismos.
4. Detecta, previene y trata las complicaciones pre y post operatorias de los pacientes ancianos con fractura de fémur. Identifica los posibles síndromes geriátricos que se pueden presentar e introduce las medidas preventivas oportunas.
5. Conoce el tipo de intervención según la fractura y la situación previa del paciente.
6. Adquiere los conocimientos relativos a los cambios a nivel del sistema músculo esquelético en el paciente geriátrico.
7. Aprende los aspectos básicos de la rehabilitación post fractura de fémur.

8. Mantiene coordinación con el equipo de traumatología y los equipos sociosanitarios.
9. Identifica las nuevas situaciones de dependencia e impacto emocional generados por la fractura y orienta al recurso adecuado al alta.
10. Identifica los problemas socio familiares derivados de la patología y orienta y deriva a los recursos oportunos.

Urgencias

Un mes cada año durante los tres primeros años de residencia, con distintos niveles de responsabilidad.

1. Adaptarse a la organización y forma de trabajar del Servicio de Urgencias y sus diferentes niveles.
2. Participar en los traspasos de guardia y en todas las sesiones del Servicio.
3. Utilizar el apoyo específico de Urgencias dentro de la Intranet del Hospital y los protocolos propios del Servicio.
4. Relacionarse de forma adecuada y personalizada con el Equipo de Enfermería.
5. Identificar los puntos fuertes y los puntos mejorables del trabajo en equipo a un servicio de urgencias. Entregar por escrito y formalmente al tutor.
6. Identificar la dificultad en la toma de decisiones a los pacientes PCC y MACA cuando llegan a UCIAS sin PIC ni PAD. Entregar por escrito y formalmente al tutor.
7. Identificar los riesgos de encarnizamiento terapéutico y nihilismo a un servicio de urgencias y compararlos con los de la UGA. Entregar por escrito y formalmente al tutor.
8. Asistir de forma supervisada a los pacientes que le sean asignados.
9. Identificar los factores de gravedad y riesgo vital de las enfermedades que afectan a los adultos.
10. Identificar y manejar adecuadamente las descompensaciones y agudizaciones de las principales enfermedades crónicas.
11. Manejar, orientar y diagnosticar adecuadamente la mayoría de enfermedades agudas no graves.
12. Participar en la atención de las enfermedades graves y con riesgo vital.
13. Relacionarse adecuadamente con el conjunto de especialidades del hospital.
14. Proponer correctamente el alta hospitalaria desde el Servicio con el seguimiento adecuado, así como el ingreso a hospital y sus objetivos.

15. Presenciar el manejo y ajuste de la ventilación mecánica, tanto invasiva como no invasiva.
16. Asistir a la información de malas noticias dadas por el residente grande o adjunto.
17. Identificar la SCA y colaborar en su prevención y manejo.
18. Conocer riesgos y beneficios del uso de medidas de sujetos directos o indirectos: sondaje vesical, sueroterapia, contención física funcional.
19. Realizar una anamnesis cuidadosa del motivo de consulta, así como su cronología y factores que hayan podido intervenir, incluyendo información de los familiares y del EAP mediante la HC3 entre otros.
20. Manejo de las patologías más prevalentes en urgencias.
21. Manejo, con soporte, del paciente grave y su resucitación.
22. Manejo, con apoyo, los códigos prevalentes existentes (sepsis, ictus, IAM).
23. Exponer asertivamente el razonamiento clínico y la visión geriátrica a los cambios de guardia, sin pretender imponerla.
24. Comunicarse de forma empática y asertiva con los pacientes y familiares, previniendo los conflictos, retos y resistencias y contribuyendo a solucionarlos cuando se presenten.
25. Apoyar experto en temas de geriatría cuando se le pida y aportarlo proactivamente los residentes menores de las otras especialidades cuando lo vea útil o necesario.
26. Atender preferente y proactivamente a los pacientes frágiles y geriátricos de la manera más eficiente y rápida posible.
27. Contribuir al buen clima y entendimiento de la guardia.
28. Dar apoyo emocional a los residentes más jóvenes.
29. Reconocer las propias limitaciones y pedir apoyo y ayuda al resto de la guardia o los especialistas que necesite, tanto a nivel técnico como emocional.
30. Aportar siempre a los informes de alta, ingreso, derivación o traslado los datos oportunos, el razonamiento clínico y la valoración geriátrica.
31. Explicitar los documentos una coordinación y seguimiento adecuados.

Convalecencia

1. Integrarse plenamente en la Unidad y responsabilizarse de su rol de médico en los pacientes que le asigne el responsable médico de la Unidad, con la supervisión a distancia de los responsables médico y de Enfermería de la Unidad y a demanda (del residente) de cualquiera de los médicos de la misma.

2. Integrar en las decisiones, planes terapéuticos e información a pacientes y familiares los conceptos y técnicas de Fisioterapia, TO y Logopedia
3. Explicitar en el razonamiento clínico y en los informes clínicos la fisiopatología, tipos y evaluación de la disfagia y sus implicaciones dietéticas y nutricionales.
4. Explicitar en el razonamiento clínico y en los informes clínicos la fisiopatología, tipos y evaluación del trastorno del lenguaje y remite adecuadamente a Logopedia.
5. Incorporar a los Planes Terapéuticos desde el inicio las indicaciones de TO para la prevención/recuperación funcional y/o para la adaptación a la pérdida de autonomía de paciente, tanto las dirigidas a éste como para las destinadas al propio equipo asistencial, al CP y al entorno familiar.
6. Considerar la dimensión autonomía/función centro de la actividad asistencial de la Unidad, incluyendo las preferencias y necesidades del paciente, CP y entorno familiar en el plan de cuidados individualizado.
7. Presenciar y colaborar en la valoración, intervención y seguimiento de pacientes afectos de disfagia y trastornos del lenguaje por parte de Logopedia
8. Seguir en el Hospital de Día los pacientes derivados desde la unidad.
9. Manejo adecuado del trastorno de la marcha, caídas, síndrome postcaída, delirium, constipación, polifarmacia, dolor agudo y crónico, incontinencia urinaria de aparición reciente, UPP, depresión, ansiedad y trastornos del sueño.
10. Detectar la necesidad de valoración por Servicio de Nutrición tras hacer el primer abordaje en la Unidad.
11. Manejar adecuadamente el abordaje terapéutico, farmacológico y no farmacológico, de las enfermedades agudas y/o crónicas más prevalentes en la Unidad, por ser causa de ingreso o enfermedad previa: especialmente fractura de cadera, AVC y patología traumatológica y reumatológica no quirúrgica, y también: insuficiencia cardiaca congestiva, cardiopatía isquémica, HTA, DM, DL, EPOC, asma, AVC, artropatía degenerativa, artritis aguda, anemia, síndromes mielodisplásicos, cirrosis, I^a renal aguda y crónica, diselectrolitemias, enfermedades del tiroides, enfermedades infecciosas.
12. Refleja en el Libro del residente y comenta con el tutor la influencia del SS en los ingresos directos desde urgencias y en las EM de la FF y el AVC en los Servicios de COT y Neurología.
13. Refleja en el Libro del residente y comenta con el tutor la comorbilidad y la mejora funcional de los pacientes dados de alta en la Unidad y los compara con una serie histórica.

14. Participar de forma consensuada con tutor y equipo investigador en la línea de investigación: osteoporosis, vitamina D y fragilidad.

Cuidados Paliativos

1. Identificar y registrar periódicamente el dolor físico de cada paciente, su tipología, intensidad, factores desencadenantes y la presencia y características del dolor incidental.
2. Adecuar el tratamiento a dicho registro de forma inmediata y registrar su mejoría.
3. En el razonamiento clínico, los informes, las sesiones clínicas y en el curso clínico explicitar el mecanismo fisiopatológico del dolor y el mecanismo de acción de los fármacos escogidos.
4. Prevenir y detectar los efectos secundarios de los diferentes fármacos analgésicos, opiáceos o no, y fármacos coadyuvantes, en especial la neurotoxicidad.
5. Manejar autónomamente la titulación, dosificación, equivalencias y vía de administración de los fármacos para el dolor.
6. Explicita saber - en su razonamiento clínico y en los cursos clínicos la isoequivalencia de los diferentes opiáceos.
7. Prescribe e indica de forma autónoma la rotación de opioides conforme a los protocolos de la Unidad.
8. Integrarse en un equipo interdisciplinar de las Unidades.
9. Utiliza los diferentes formularios y registros específicos de las mismas.
10. Dejar planificada la intervención terapéutica ante el empeoramiento clínico o aparición de nuevos signos o síntomas.
11. Explica, transmite y reconoce los diferentes escenarios clínicos, éticos y jurídicos ante las intervenciones al final de la vida: Rechazo al Tratamiento, Reorientación del Esfuerzo Terapéutico, sedación terminal, Eutanasia
12. Vela por conocer y tener en cuenta las necesidades espirituales de paciente y familiares.
13. Maneja adecuadamente la mayoría de los pactos y conspiraciones de silencio.
14. En sus razonamientos clínicos e informes explicita entender que la UCP es un dispositivo más de un sistema integral de atención.
15. Asume la atención médica directa de los pacientes que le asignan los responsables de la unidad.
16. Justifica y muestra conocer las bases fisiopatológicas de los diferentes síntomas y síndromes, así como su manejo clínico.

17. Justifica y muestra conocer las bases farmacológicas de los fármacos y tratamientos más habituales de la Unidad, incluyendo la radioterapia y quimio paliativa.
18. Diagnóstico y manejo de las urgencias oncológicas principales: hipercalcemia neoplásica, Sd de vena cava superior, compresión medular, tumores de cabeza y cuello sangrantes, íleo paralítico...
19. Participar de forma consensuada con tutor y equipo en la línea de investigación: detección, prevención y abordaje del sufrimiento.

Programa de Atención Domiciliaria de Soporte (PADES)

Se integra plenamente como miembro del equipo asistencial interdisciplinar y se responsabiliza autónomamente del rol médico de una de las zonas geográficas con la supervisión a distancia - o directa a demanda del residente - de todo el equipo

1. Practica habitualmente la escucha activa y detecta y aprovecha la mayoría de los momentos oportunos (“cues emocionales”) para iniciar o profundizar en los valores, preferencias y preocupaciones o dilemas del paciente y su entorno e incorporarlos formalmente a la toma de decisiones (PAD, PII)
2. Detecta el impacto emocional y el sufrimiento de pacientes y familiares, dándoles soporte y haciéndoles sentirse comprendidos a través del lenguaje no verbal y el tono para verbal. Les ofrece y orienta a un soporte especializado cuando conviene.
3. Como miembro del equipo interdisciplinar habitualmente da y sabe recibir feedback de forma adecuada y positiva
4. Utiliza habitualmente al equipo para dar y recibir soporte emocional
5. Sigue autónomamente los criterios de priorización de la Unidad
6. Se relaciona con todas las unidades / servicios / equipos de AP y habitualmente negocia y reconduce las discrepancias o conflictos y consigue que se valore la intervención del equipo y ésta sea tenida en cuenta.
7. Habitualmente detecta e incorpora a los planes de acción las necesidades de información, ayudas técnicas, ayudas sociales, educación sanitaria, reorganización familiar y soporte emocional de pacientes, cuidadores principales y entornos familiares.
8. Lidera las reuniones familiares con el equipo asistencial, promueve la presencia y participación de los especialistas necesarios y/o referentes, y las conduce alcanzando consensos para los planes de acción y decisiones discutidas.
9. Proponer trabajo de investigación en área específica de interés.

3.4. R4

1.- Calendario de rotaciones

ROTACIÓ	DISPOSITIVO	DURACIÓ	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Programa de Atención Domiciliaria Equipo de Soporte (PADES)	Centro Sociosanitario Albada	1 mes	1
Rotación Externa		2 meses	
Hospital de Día Geriatria	Centro Sociosanitario Albada	2 meses	1
Unidad Geriatria Agudos (UGA)	Servicio de Geriatria	6 meses	1

2.- Competencias profesionales a adquirir en cada rotación

Hospital de Día del Paciente Frágil y Crónico Complejo

- 1- Familiarizarse con concepto PCC/MACA y su identificación.
- 2- Conocer los criterios de inclusión en el programa.
- 3- Coordinación de recursos.
- 4- Aprender en el manejo compartido de pacientes con Atención Primaria.
- 5- Profundizar en el manejo de los distintos síndromes geriátricos.
- 6- Conocer aspectos básicos de Trabajo Social y su aplicabilidad en el paciente geriátrico.
- 7- Elaborar un plan por problemas multidimensional.
- 8- Capacitación para poder realizar primera visitas y seguimientos en EAIA de Geriatria.

Unidad Geriatria Agudos (UGA)

Se Integra plenamente en la Unidad y en la EEIA con solo supervisión a distancia de los responsables de la misma y consultando a los responsables del Servicio cuando lo considere pertinente.

4. Guardias de la especialidad en el laboratorio de urgencias

	Área médica niveles I y II (17h)	Objetivos	Dispositivo
R1	4-5/mes	Se detallan a continuación	Servicio de Urgencias 3-2
R2	4-5/mes		
R3	4-5/mes	Se detallan en la rotación en urgencias en R3	Servicio de Urgencias 3-2 Planta hospitalización 1-2
R4	4-5 mes		

R1 y R2

Número al mes: 4 guardias

Dispositivo: Servicio de Urgencias

Nivel de responsabilidad: 3-2

R3 y R4

Número al mes: 4 guardias

Dispositivo: Planta de hospitalización

Nivel de responsabilidad: 2-1

Objetivos docentes:

- 1- Realizar una anamnesis cuidadosa del motivo de consulta, así como su cronología y factores que hayan podido intervenir, incluyendo información de los familiares y del EAP mediante la HC3 entre otros.
- 2- Manejo de las patologías más prevalentes en urgencias.
- 3- Manejo, con soporte, del paciente grave y su resucitación.
- 4- Manejo, con apoyo, los códigos prevalentes existentes (sepsis, ictus, IAM).
- 5- Exponer asertivamente el razonamiento clínico y la visión geriátrica a los cambios de guardia, sin pretender imponerla.
- 6- Comunicarse de forma empática y asertiva con los pacientes y familiares, previniendo los conflictos, retos y resistencias y contribuyendo a solucionarlos cuando se presenten.
- 7- Apoyar experto en temas de geriatría cuando se le pida y aportarlo proactivamente los residentes menores de las otras especialidades cuando lo vea útil o necesario.
- 8- Atender preferente y proactivamente a los pacientes frágiles y geriátricos de la manera más eficiente y rápida posible.

- 9- Contribuir al buen clima y entendimiento de la guardia.
- 10- Dar apoyo emocional a los residentes más jóvenes.
- 11- Reconocer las propias limitaciones y pedir apoyo y ayuda al resto de la guardia o los especialistas que necesite, tanto a nivel técnico como emocional.
- 12- Aportar siempre a los informes de alta, ingreso, derivación o traslado los datos oportunos, el razonamiento clínico y la valoración geriátrica.
- 13- Explicitar los documentos una coordinación y seguimiento adecuados
- 14- Participar en los traspasos de guardia y en todas las sesiones del Servicio.
- 15- Utilizar el apoyo específico de Urgencias dentro de la Intranet del Hospital y los protocolos propios del Servicio.
- 16- Relacionarse de forma adecuada y personalizada con el Equipo de Enfermería.
- 17- Asistir de forma supervisada a los pacientes que le sean asignados.
- 18- Manejar, orientar y diagnosticar adecuadamente la mayoría de enfermedades agudas no graves.
- 19- Participar en la atención de las enfermedades graves y con riesgo vital.
- 20- Relacionarse adecuadamente con el conjunto de especialidades del hospital.
- 21- Proponer correctamente el alta hospitalaria desde el Servicio con el seguimiento adecuado, así como el ingreso a hospital y sus objetivos.
- 22- Presenciar el manejo y ajuste de la ventilación mecánica, tanto invasiva como no invasiva.
- 23- Asistir a la información de malas noticias dadas por el residente grande o adjunto.
- 24- Identificar la SCA y colaborar en su prevención y manejo.
- 25- Conocer riesgos y beneficios del uso de medidas de sujetos directos o indirectos: sondaje vesical, sueroterapia, contención física funcional.

5. Cursos y congresos

5.1. Actividades formativas del programa de formación común

El Plan de Formación Común (PFC) ha sido diseñado por la Comisión de Docencia para mejorar y complementar las competencias profesionales transversales definidas en los programas de Formación Sanitaria Especializada.

Ver documento “Plan de Formación Común” en el siguiente enlace <http://www.tauli.cat/tauli/docencia/docencia-de-postgrau/ser-resident-al-parc-tauli>.

5.2. Cursos por año de residencia

Dos cursos por año como mínimo. Son de asistencia obligatoria los incluidos en las actividades formativas del PLAN DE Formación Común del CSPT.

5.3. Curso de protección radiológica

Para dar repuesta a la resolución conjunta de las direcciones generales de Salud Pública y de Recursos Humanos y servicios económicos-presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo de 21 de abril de 2006, mediante la que se acuerda incorporar en determinados programas formativos de especialidades en ciencias de la salud, la formación en protección radiológica, la Comunidad Autónoma tiene establecido un curso no presencial para R1.

5.4. Asistencia a congresos

Un congreso de la especialidad por año, presentando como mínimo 4 comunicaciones durante la residencia.

6. Sesiones clínicas y bibliográficas específicas

Sesiones. Asistencia

Los residentes deberán asistir a las sesiones clínicas propias de cada Servicio en el que estén rotando., tanto las internas como las compartidas con otros Servicios.

También deberá asistir y participar en las reuniones interdisciplinarias de equipo y colaborar en los planes terapéuticos de las Unidades donde esté rotando.

Sesiones. Ponencia

Dentro de las sesiones de todas las Unidades propias de la especialidad (UGA, Convalecencia, UFISS, Psicogeriatría, PADES, Unidad de CCPP, Hospital de Día, Ortogeriatría): sesiones bibliográficas, sesiones de casos; el residente debe presentar dos ponencias durante la residencia.

7. Oferta de actividades de investigación para su participación por los residentes.

Líneas de investigación generales y propias de la unidad:

- Detección de las necesidades de salud en la situación de cronicidad, complejidad, fragilidad y reorientación del sistema sanitario para su abordaje: En los pacientes crónicos complejos y con enfermedad crónica avanzada y en los ancianos frágiles, precisamos: 1- demostrar mayor evidencia clínica en la dimensión biomédica, y 2- fomentar una visión global, integral, multidimensional de los mismos que posibilite una asistencia sanitaria individualizada, interdisciplinaria, integrada y transversal orientada a las necesidades de salud de estos pacientes y su entorno. Esta línea de investigación engloba estas premisas.
 - Convalecencia en los pacientes Post Covid
 - Impacto de la implementación de una Unidad de Ortogeriatría a un Hospital de Agudos

Durante la residencia se presentaran para publicación, como mínimo, dos trabajos de investigación.

Becas CIR/CSPT:

De carácter anual y convocatoria abierta a todos los profesionales de la Corporació

Servicios de la Oficina de Investigación:

- Asesoramiento metodológico
- Diseño de proyectos
- Estadística
- Información convocatorias
- Información y soporte para la gestión de los principios de legalidad en todo lo referente a tareas de investigación
- Habilitar y gestionar los circuitos y requerimientos necesarios para hacer investigación de calidad.
- Otros servicios específicos relacionados con la investigación
- Asistencia, como oyente, a las sesiones del CEIC.