



COMISIÓN DE DOCENCIA

FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

**GUIA FORMATIVA MIR
DE LA UNIDAD DOCENTE
MULTIPROFESIONAL DE GERIATRÍA**



Comisión de Docencia

Complejo Hospitalario de Navarra

Elaborado por	Revisado por	Aprobado
UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE GERIATRÍA	16/noviembre/2015	Comisión de Docencia 23/noviembre/2015
Responsable Jefe de Servicio de Geriatria Dr. Nicolás Martínez Velilla		
Tutor Dr. Álvaro Casas Herrero		

	Fecha máxima de revisión
	4 años

PRESENTACIÓN Y DATOS HISTÓRICOS DEL SERVICIO DE GERIATRÍA COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA	1
RECURSOS HUMANOS	4
AREA FÍSICA DE LA UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE GERIATRÍA	6
RECURSOS MATERIALES	7
RECURSOS DOCENTES	9
OBJETIVOS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE PARA TODO EL PROGRAMA FORMATIVO	11
OBJETIVOS DE APRENDIZAJE Y HABILIDADES PARA TODO EL PROGRAMA FORMATIVO	11
OBJETIVOS GENERALES DE LA FORMACIÓN	12
MAPA DE COMPETENCIAS PARA CADA AÑO DEL PERIODO FORMATIVO	13
CONTENIDO PRACTICO-TEORICO DE LAS ROTACIONES. MIR	14
OBJETIVOS DOCENTES Y HABILIDADES FORMATIVOS ESPECÍFICOS MIR	15
OBJETIVOS DOCENTES EN LAS ROTACIONES POR UNIDADES ESPECÍFICAS GERIÁTRICAS MIR (RESIDENTE 2º AÑO, 3º Y 4º AÑO)	19
CRONOGRAMA DE ROTACIÓN	29
CRONOGRAMA ROTACIONAL	31
CALENDARIO DE GUARDIAS	34
ACCIONES FORMATIVAS PARA FACULTATIVOS RESIDENTES	35
DEL PROGRAMA TRANSVERSAL COMÚN PARA LOS RESIDENTES DEL CHN	35
DEL SERVICIO / UNIDAD DOCENTE	38
ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA MIR	43
ACTIVIDAD INVESTIGADORA MIR	45
ORGANIZACIÓN DE LA TUTORÍA DE RESIDENTES EN LA UDM DE GERIATRÍA	53
ORGANIZACIÓN DE TUTORIAS	53
ORGANIZACIÓN Y EVALUACION RESIDENTES	53
MODOS DE ASEGURAR SUPERVISIÓN MIR	55
CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL FACULTATIVO RESIDENTE	57
LIBRO BÁSICO DEL RESIDENTE DE LA UDM DE GERIATRÍA	59
1. COMPETENCIAS ASISTENCIALES	62
2. ACTIVIDADES DOCENTES	69



4. COMPETENCIAS RELACIONADAS CON LA INVESTIGACIÓN	75
MODELO INFORME TUTOR.....	99
EVALUACION DE ROTACION	110
ENTREVISTA TUTOR RESIDENTE	113

Presentación y datos históricos del Servicio de Geriatria Complejo Hospitalario de Navarra

El Servicio de Geriatria tiene una larga trayectoria histórica de dentro del antiguo Hospital de Navarra y actualmente conocido como Complejo Hospitalario de Navarra "A". En el transcurso del año 1972 se crea, en el entonces denominado Hospital Provincial de Navarra, el Servicio de Geriatria. El Hospital de Navarra puede considerarse pionero junto con el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid en la creación de Unidades hospitalarias de atención geriátrica en el estado español.

En el año 1979, dos años después de la aprobación oficial en nuestro país de la Especialidad Médica de Geriatria, se presenta el expediente para la Acreditación Docente del Servicio de Geriatria del Hospital Provincial de Navarra al Consejo de Especialidades, siendo aprobado, dotándose al mismo de 2 plazas para la formación MIR en Geriatria, en el año 1980. Durante los años 1981 a 1986, un total de cinco titulados realizan el periodo de formación en la especialidad en el Servicio de Geriatria al que, en el año 1987 se le retira la acreditación docente aduciéndose para ello como motivo fundamental, la no creación de niveles de atención hospitalaria geriátrica diversificada.

En abril de 1990 el servicio de Geriatria sufre un nuevo cambio de ubicación siendo trasladado al Pabellón E-1º, ocupando una parte de la zona de hospitalización previamente correspondiente al Servicio de Neumología. Además de la obvia y sensible reducción en el número de camas y su doble situación que lleva asociada una doble dependencia de unidades de enfermería, este "nuevo" servicio de Geriatria se oriente exclusivamente a la hospitalización de pacientes geriátricos Agudos. Con esta finalidad se aprueban de forma consensuada (Gerencia, Dirección Médica, Servicios de Urgencias, Medicina Interna y Geriatria) unos Criterios de Ingreso de pacientes en Geriatria:

- *Pacientes mayores de 70 años*
- *Pacientes pluripatológicos con enfermedad aguda o agudización de enfermedad crónica*

- *Pacientes agudos con afectación funcional, psicológica y/o problemática social asociada.*

En el año 2006 se mantiene el mismo número de camas y se inicia una actividad de interconsultas diferenciada que es el germen de la Unidad de OrtoGeriatría, tarea que es asumida por el actual Jefe de Servicio. Este año el volumen de ingresos de la unidad es de 1001, marcando un hito asistencial de la unidad

En Enero de 2008, por el inicio de importantes obras en el Hospital, se plantea la necesidad de crear una unidad de agudos de Geriatría, con carácter provisional y dependiente del Servicio de Geriatría, en la Clínica de San Miguel. A finales de Enero de 2008, la Dirección de Salud, El Hospital de Navarra y La Clínica San Miguel, acuerdan un concierto que da pie a la creación de una Unidad de Agudos Geriátrica de 20 camas en la Clínica de San Miguel. Desde el año 2008 al 2014 el servicio dispone de 12 camas para hospitalización de agudos en el Hospital de Navarra, posteriormente Complejo Hospitalario de Navarra A y de 40 camas en la CSM, incorporándose actividad de consulta en este centro. La actividad asistencial concertada con la CSM finaliza en Diciembre de 2014.

El papel de enfermería en los últimos años, en lo que respecta al desarrollo de actividad de enfermería orientada específicamente a la prestación de cuidados desde una perspectiva geriátrica, se comienza la andadura a partir del año 2000. Conforme se detectan necesidades de formación, se van preparando sesiones internas en la unidad. Posteriormente (a partir de 2003) se comienza a incluir en los objetivos anuales de enfermería la participación y presentación de comunicaciones en congresos celebrados en el ámbito estatal, objetivo que se mantiene en la actualidad. A nivel interno, la unidad va adquiriendo notoriedad como referente en la atención del adulto mayor hospitalizado en el Hospital, y con frecuencia, otras unidades solicitan asesoramiento en relación con la prevención de UPP, el tratamiento de dermatitis por incontinencia, la prevención de caídas, el manejo del paciente desorientado/agitado, etc.

Por parte de la Comisión de Docencia se solicita la participación del personal de la unidad en actividades formativas dirigidas a Auxiliares, enfermeras y jefes de unidad en cursos de

actualización (2005, 2006, 2009). También se participa en la elaboración de planes de cuidados (neumonía y EPOC), en la elaboración y revisión de protocolos y procedimientos de enfermería y en el desarrollo de la herramienta informática de cuidados estandarizados de enfermería Irati. Ejemplo: prevención y tratamiento de UPP.

Por otra parte, parte de los objetivos de la unidad pactados con dirección en los últimos años se orientan a la atención de Síndromes Geriátricos por parte de enfermería: UPP, Incontinencia y Caídas.

Actualmente, se ha finalizado de un proceso de fusión iniciado ya hace ya algunos años con el otro Centro Terciario de esta Comunidad – asimismo con acreditación para la Docencia Médica Postgraduada- el Hospital Virgen del Camino. Esta fase de fusión ha afectado a la totalidad de Servicios médicos y quirúrgicos que se encontraban duplicados en ambos hospitales. En lo que se refiere al Servicio de Geriátrica, a fecha de redacción de la memoria, ha completado el retorno a su completa ubicación física en el Complejo Hospitalario de Navarra, disponiendo en la actualidad de 35 camas de hospitalización de agudos sitas en el pabellón E1 y el área de consultas en la planta baja del centro de especialidades Príncipe de Viana.

El momento actual es extraordinario para implementar la especialidad de Geriátrica, con un personal de enfermería muy implicado en Geriátrica, hay seis enfermeras con especialidad, y el apoyo de la dirección del Complejo era el momento óptimo para intentar la acreditación como Unidad Docente, se contaba también con el apoyo del personal médico interesado a su vez en crear dicha Unidad y formar así mismo Médicos especialistas en Geriátrica. El personal de Enfermería de la unidad de hospitalización lleva muchos años trabajando unidos.

Nuestra unidad comparte, como parte integrante, la misión del Complejo Hospitalario de Navarra: proporcionar cuidados de calidad, basados en actividades curativas, preventivas, docentes e investigadoras. Permitiendo:

- Fortalecer el desarrollo de las competencias profesionales.

- Implementar el Modelo de atención basado en los cuidados progresivos y el autocuidado.
- Aplicar técnicas, herramientas y tecnología basada en la evidencia científica.
- Conocer y respetar los derechos de los pacientes.
- Satisfacer las necesidades y expectativas del paciente y su familia.
- Otorgar cuidados integrales.
- Eficiencia en la gestión

La visión de nuestra unidad es asumir el reto de atender de forma integral y con cuidados de calidad a los pacientes ancianos a los que presta atención, asegurando la continuidad asistencial y de cuidados a adaptándose a los cambios que en la sociedad van sucediéndose, e innovando como consecuencia, del conocimiento científico generado. Una atención interdisciplinar que se procurará desde un entorno de garantía de seguridad para el paciente, procurando un alto nivel de satisfacción desde su perspectiva y propiciando el crecimiento profesional y personal de quienes desarrollan la actividad de sus cuidados.

RECURSOS HUMANOS

La **plantilla médica** está compuesta por:

D. Nicolás Martínez Velilla, Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Geriátría, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Jefe de Servicio. Presidente de la Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología

D. José Luis Larrión Zugasti, Licenciado en Medicina y Cirugía, Especialista en Geriátría, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Médico Adjunto

Dña. Itziar Iraizoz Apezteguía, Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Geriátría, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Médico Adjunto.

Dña. Belén González Glaría, Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Geriátría, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Médico Adjunto.



D. Javier Alonso Renedo, Licenciado en Medicina y Cirugía, Especialista en Geriátrica, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Médico Adjunto. Miembro del Comité de Ética Asistencial del CHNA.

D. Álvaro Casas Herrero, Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Geriátrica, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Médico Adjunto, Tutor Docente de Residentes. Secretario de la Sociedad Navarra de Geriátrica y Gerontología

Dña. Maria Gonzalo Lázaro, Licenciada en Medicina y Cirugía, Especialista en Geriátrica, Médico Adjunto. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Médico Adjunto

Dña . Agurne García Baztan, Licenciada en Medicina y Cirugía, Especialista en Geriátrica, Médico Adjunto. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra,

Todos los miembros del Servicio tienen dedicación en *exclusividad*.

PERSONAL SANITARIO.

Planta de Hospitalización

- 24 Enfermeras (en este momento 6 enfermeras especialistas en Enfermería Geriátrica)
- 22 Auxiliares
- 5 Celadores
- 1 Trabajador Social

Consulta Externa

- 1 Enfermera

En la Unidad de OrtoGeriátrica: (con dedicación a tiempo completo en el Servicio de Traumatología)

- Personal médico : 2 traumatólogos, 2 internistas ,1 geriatra, un médico rehabilitador
- 13 Enfermeras
- 12 Auxiliares

- 3 Celadores
- 1 Fisioterapeuta
- 1 Trabajadora Social

Con dedicación a tiempo parcial: 1 Administrativa

AREA FÍSICA DE LA UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE GERIATRÍA

UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS

Cuenta con 35 camas. Ocupan de forma casi completa (a excepción de 5 camas) dos alas del Pabellón E-1º del Complejo hospitalario de Navarra A, con habitaciones dobles e individuales que, a su vez disponen de los dispositivos adecuados para la atención al paciente geriátrico (baños adaptados, pasamanos, grúas, sillones geriátricos, etc). Tiene las dotaciones habituales de personal de enfermería, auxiliar, administrativo y el soporte de trabajo social propio de una sala de hospitalización que acoge la tipología de pacientes que nos ocupa en un centro hospitalario terciario. Es una unidad, por tanto, de *atención al paciente geriátrico agudo* que ofrece asistencia continuada, multidisciplinar en un espacio específico Complejo Hospitalario de Navarra, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender al paciente geriátrico con procesos agudos o crónicos agudizados.

Asimismo, dispone de 4 despachos médicos y otros tantos para el personal de enfermería / auxiliares de enfermería así como una sala polivalente para reuniones/sesiones. Esta abastecido con los dispositivos informáticos suficientes y necesarios para el adecuado manejo de la Historia Clínica Informatizada y acceso a bases de datos (ordenadores en despachos médicos y controles de enfermería y ordenadores portátiles para el pase de visita).

UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

Desde el año 2013 esta actividad se lleva a cabo en las camas de hospitalización pertenecientes al Servicio de Traumatología, sitas en la planta segunda y tercera del Pabellón General del Complejo Hospitalario de Navarra B. El equipo que compone la Unidad Funcional consta del equipo propio de una Unidad de Traumatología (médico traumatólogo, personal de enfermería y auxiliar específico de la unidad), de la Unidad de Rehabilitación (médico rehabilitador y fisioterapeutas), médico internista o geriatra, y trabajadora social.

CONSULTAS EXTERNAS

Edificio de consultas externas Príncipe de Viana, localizado en los terrenos del Complejo Hospitalario de Navarra. La consulta dispone DUE propia, de soporte informático, camilla de exploración, tallímetro, peso y de los utensilios habituales en este tipo de recursos: pulsioxímetro, otoscopio, material de curas, oftalmoscopio, etc..

HOSPITAL DE DÍA

El Hospital de día ya aprobado por la Dirección Médica está ubicado en un espacio ya existente del pabellón E1, en una sala de 50 m² con material necesario para realizar mediciones de capacidad funcional (dinamómetro de extremidades superiores e inferiores, cronómetro, transductores, acelerómetros), sillas y sillones geriátricos, espacios bien iluminados. Así mismo dispone de 3 máquinas de entrenamiento de fuerza variables de tren superior e inferior (Exercycle, S.L. BH Group), Vitoria, Spain) para realizar y monitorizar planes de ejercicio físico individualizado. Se aplican protocolos estandarizados de valoración de caídas y fragilidad así como planes de ejercicio individualizado.

RECURSOS MATERIALES

ASISTENCIALES

Cada **sala de consulta** está dotada de:

Camilla eléctrica

Sistemas de medida: tensiómetro, pulsioxímetro, báscula.

Batería de test de valoración funcional.

Cámara fotográfica digital

Ordenador con conexión a:

- Historia clínica informatizada (acceso a historias clínicas y resultados de pruebas de todo el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y resultados)
- Internet
- Biblioteca Virtual del Departamento de Salud, con acceso a alto número de revistas científicas a texto completo, diferentes bases de datos como PubMed, UpToDate, www.clinicalevidence.com.

Impresora.

Planta de hospitalización

3 despachos médicos con biblioteca y ordenador cada uno de ellos.

Despacho para la Jefe de Unidad de Enfermería, con ordenador y biblioteca.

Seminario para reuniones, con capacidad para veinticinco personas y dotado de biblioteca y proyector, así como de ordenador y zona de trabajo.

Una despacho médico al final de la unidad con ordenador y donde también se ubicará en el hospital de día de Geriatria

Dos controles de enfermería con zona de trabajo tanto para enfermeras y auxiliares de enfermería como para los médicos de otras especialidades que realicen interconsultas en nuestra unidad.

Dos salas de curas y/o medicación.

Carro de desfibrilador preparado con material y medicación necesarios para una urgencia médica, que se revisa íntegramente todas las semanas

Dos cuartos de aparataje, EKG, sillas de ruedas, andadores, palos de gotero portátiles.

16 Ordenadores, fijos (12 fijos y 4 portátiles), suficientes para la actividad. Todos ellos con acceso a la Historia Clínica Informatizada.

Material necesario para la correcta exploración clínica: Otoscopios, pulsioxímetros, oftalmoscopio, básculas.

Material necesario para el manejo de los pacientes geriátricos: Baños adaptados, grúas, pasamanos, sillones adaptados, sistemas de prevención de caídas

Habitaciones dobles e individuales, con sus correspondientes dotaciones en cuanto a tomas de oxígeno, sistemas de vacío, sistemas de llamada y camas eléctricas.

RECURSOS DOCENTES

Sala de reuniones en el pabellón E del Hospital, dotado de mesa para reuniones, proyector de diapositivas, pantalla de proyección, archivo fotográfico en formato diapositiva y digital, ordenador conectado a Internet y acceso a Historia Clínica Informatizada y biblioteca virtual y principales bases de datos médicas. Escáner de documentos.

Biblioteca del Complejo, acceso on-line a la Biblioteca Virtual del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, con acceso on-line a alto número de revistas científicas a texto completo, diferentes bases de datos como PubMed, UpToDate,, Clinical Evidence , Fisterrae revisiones de la Cochrane en la Cochrane Library Plus y otros. Actualmente se dispone de una biblioteca, con acceso virtual a la mayoría de las revistas de interés entre ellas revistas de Geriátrica de ámbito nacional e internacional. Hasta ahora, se reciben, en papel las siguientes:

- Journal of the American Geriatrics Society

- Journal of Gerontology (Series A y B)
- Age and Ageing.
- Revista Española de Geriatria y Gerontologia
- Cochrane Plus
- CINHAL
- EMBASE: Biomedical Database
- Joanna Brigs Institute
- medes
- Centro Cochrane Iberoamericano
- CUIDEN
- LILACS
- National Institute for Health Research
- NICE: National Institute for Health and Care Excellence
- Open Access Library
- PubMed vía PICO
- Web of Knowdlege
- NURE

A través de las páginas web de la Sociedad Española de Geriatria y del Portal de Mayores, existe acceso a otras revistas de interés geriátrico. Lo mismo sucede con el acceso electrónico con otras revistas on line, que han variado en los últimos años.

Unidad de Reprografía del antiguo Hospital de Navarra encargada de la edición de videos, reproducción de imágenes y realización de comunicaciones en soporte digital y papel (paneles/poster).

Aula Docente y Salón de actos en el Complejo Hospitalario de Navarra A y B dotados de los medios propios de un salón de actos incluido cañón de proyección digital.

Objetivos de enseñanza-aprendizaje para todo el programa formativo

Según lo publicado en el BOE núm. 223, fecha Lunes 15 Septiembre 2008. Ministerio Sanidad y Consumo. 15034 Orden SCO/2603/2008, de 1 septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Geriátría

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE Y HABILIDADES PARA TODO EL PROGRAMA FORMATIVO

DEFINICIÓN DE LA ESPECIALIDAD Y CAMPO DE ACCIÓN.

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 función.

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 la asistencia a anciano sano, asistencia a anciano frágil y con alto riesgo de dependencia, asistencia al anciano con discapacidad y dependencia.

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, la confusión, la inestabilidad y caídas, la

incontinencia de esfínteres, la malnutrición, la iatrogenia, los cuidados paliativos y de apoyo, etc.

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:

a) 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.

b) La Interdisciplinariedad, entendida como modo de acción conjunto y estructurado de los diversos profesionales implicados en un objetivo común.

c) La exigencia y existencia de niveles asistenciales en función de las diferentes necesidades, sanitarias y sociales, que plantean los ancianos en cada determinada área de salud y que garantizan el tipo y calidad de los cuidados preventivos, progresivos, integrales y continuados.

OBJETIVOS GENERALES DE LA FORMACIÓN

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.

Mapa de competencias para cada año del periodo formativo

Según lo publicado en el BOE núm. 223, fecha Lunes 15 Septiembre 2008. Ministerio Sanidad y Consumo. 15034 Orden SCO/2603/2008, de 1 septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Geriátría

ACTIVIDADES A DESARROLLAR POR EL RESIDENTE MIR

ASISTENCIALES

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

- Asistencia al proceso completo (ingreso-alta o fallecimiento) de un número adecuado de pacientes, con responsabilidad progresiva.
- Realización de la historia clínica, seguimiento intrahospitalario e informe de alta. Seguimiento de autopsias de pacientes con exitus.
- Realización de un número suficiente de técnicas diagnóstico-terapéuticas habituales en la Geriátría clínica: toracocentesis, paracentesis, punción lumbar, artrocentesis, punciones arteriales y venosas (subclavia, yugular, etc.).
- Realización del número previsto de guardias hospitalarias.

ÁREA AMBULATORIA (*consulta externa y hospital de día*)

- Realización del número adecuado de historias clínicas, valoraciones geriátricas, seguimientos y altas.
- Realización de protocolos en síndromes geriátricos (caídas, incontinencia).
- Participación en programas de rehabilitación funcional (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Logoterapia).
- Evaluación cuantificada del progreso de recuperación funcional. - Participación en las actividades educativas del paciente y familiares.

ÁREA COMUNITARIA

- Participación en reuniones de trabajo en Centros de Salud y Sociales.
- Valoración y seguimiento de un número suficiente de pacientes, en sus domicilios.

- Realización de protocolos en síndromes geriátricos (inmovilismo, demencia, cuidados paliativos).
- Participación activa en la coordinación con Atención Primaria y Servicios sociales.
- Conocimiento cuantificable de los recursos socio-sanitarios de área, así como de su funcionamiento y utilización adecuada.

CONTENIDO PRACTICO-TEORICO DE LAS ROTACIONES. MIR

El contenido práctico de la formación se adquirirá a través de las rotaciones enumeradas

FORMACIÓN BÁSICA EN GERONTOLOGIA Y GERIATRÍA

Aspectos Gerontológicos y de investigación del envejecimiento: Concepto y ramas de la Gerontología. Biología del envejecimiento. Envejecimiento celular y molecular. Aspectos metabólicos del envejecimiento. Cambios inmunológicos. Teorías del envejecimiento. Medida de la edad biológica. Prevención del envejecimiento patológico: actuaciones preventivas y de promoción de salud.

Demografía del envejecimiento: Índices de medida de envejecimiento. Envejecimiento en los diferentes países, continentes y culturas. Esperanza y expectativa de vida. Perspectivas futuras.

Fisiopatología del envejecimiento: Cambios psicológicos ligados al envejecimiento. Cambios anatómicos y funcionales de órganos, sistemas y aparatos. Datos epidemiológicos: indicadores de salud, prevalencia de enfermedades y síndromes geriátricos, prevalencia de incapacidad, consumo de fármacos y recursos asistenciales. Concepto de paciente geriátrico.

Sociología del envejecimiento: Envejecimiento bio-psico-social. Factores sociales, culturales y económicos y su repercusión sobre la enfermedad. Aislamiento y condiciones de la vivienda. Cultura y ocio. Jubilación. Estudio de necesidades y recursos sociosanitarios.

Teoría y práctica de la valoración geriátrica integral: Valoración clínica, física, mental y social. Peculiaridades de la valoración clínica: Historia, exploración y pruebas

complementarias; síndromes específicos y patologías no informadas. Conocimiento y manejo de las principales escalas de valoración funcional exhaustiva (física, mental y social).

Asistencia Geriátrica: Asistencia Primaria. Asistencia geriátrica en Atención Especializada: Unidades de agudos, unidades de recuperación funcional geriátrica .Hospital de día, consultas externas e interconsultas, unidad de ayuda a domicilio o de relaciones con la comunidad, asistencia geriátrica en servicios sociales, autocuidado y cuidado informal, cuidados en la comunidad, cuidados domiciliarios, cuidados residenciales, coordinación socio-sanitaria.

Aspectos interdisciplinarios: Concepto de interdisciplinaridad. Objetivos y limitaciones del equipo interdisciplinar. Interdisciplinaridad informal y formal. Enfermería en Geriátrica. Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Otras disciplinas implicadas en el cuidado del anciano.

Aspectos de investigación: Estadística y estudios epidemiológicos, técnicas de muestreo y validación de resultados. Uso de programas informatizados aplicados a práctica clínica e investigación. Técnicas de búsqueda bibliográfica.

OBJETIVOS DOCENTES Y HABILIDADES FORMATIVOS ESPECÍFICOS MIR

EN LAS ROTACIONES DURANTE EL PERIODO FORMATIVO BÁSICO :

Corresponden a 16 meses (11 meses de Residente 1+ 5 meses correspondientes a las rotaciones de Neurología (3 meses R3), Paliativos (1 mes R4), Centro de Salud (1 mes R4)

El fin de este periodo formativo el mejor conocimiento teórico y práctico del manejo de patologías y medios diagnósticos de mayor impacto en el anciano. Las actividades a través de las cuales recibirá su formación el residente son las asistenciales propias del servicio de destino, la práctica clínica cotidiana, bajo tutorización, y la formación continuada.

A continuación se detallan de forma específica los objetivos docentes de cada una de las rotaciones del periodo formativo básico :

Cardiología

Iniciar el conocimiento en los siguientes aspectos:

- Cambios anatomo-funcionales con el envejecimiento.
- Especial énfasis en las patologías más prevalentes en el anciano (Insuficiencia cardiaca, enfermedad coronaria, hipertensión arterial, síncope. Trastornos del ritmo. Valvulopatías, Endocarditis infecciosa) que posteriormente será completado en la UGA.
- Especial énfasis en el proceso diagnóstico, manejo de coronariopatías y arritmias, conocimiento de técnicas diagnósticas específicas y utilización de fármacos.

Neurología

Iniciar el conocimiento en los siguientes aspectos :

- Anatomofisiología del sistema nervioso central y periférico.
- Cambios relacionados con el envejecimiento.
- Infecciones del Sistema Nervioso Central.
- Tumores cerebrales.
- Epilepsia.
- Demencia: protocolo diagnóstico; diagnóstico diferencial; causas reversibles y tratables; manejo del paciente con demencia en las distintas fases de evolución.
- Enfermedad de Parkinson y parkinsonismos.
- Alteraciones de la marcha y equilibrio.
- Sistema nervioso y enfermedades sistémicas.
- Enfermedad cerebrovascular aguda.
- Actividades de aprendizaje por permanencia en el servicio, con especial dedicación a ciertas habilidades como realización de punción lumbar, adecuada exploración neurológica y técnicas de neuroimagen.

Nota aclaratoria: Por motivos de mayor aprovechamiento docente por parte del residente, esta rotación se realizará durante el tercer año de residencia

Reumatología

Iniciar el conocimiento en los siguiente aspectos:

- Cambios con el proceso de envejecimiento.
- Sarcopenia.
- Fisiopatología en la inflamación.
- Enfermedades degenerativas, inflamatorias y autoinmunes.
- Enfermedades metabólicas óseas.
- Procedimientos diagnósticos e indicaciones.
- Uso de fármacos y técnicas no farmacológicas en las artropatías.
- Enfoque rehabilitador y ortopédico.
- Indicaciones de la cirugía.
- Especial énfasis en la interpretación de técnicas de imagen, praxis de punciones articulares y conocimiento de la enfermedad degenerativa osteoarticular, osteoporosis e inflamaciones más habituales.
- Uso de fármacos antirreumáticos en el anciano.

Neumología

Iniciar el conocimiento en los siguientes aspectos:

- Insuficiencia respiratoria aguda y crónica.
- Síndromes de obesidad-hipoventilación.
- Infección respiratoria.
- Tuberculosis pulmonar.
- Obstrucción crónica del flujo aéreo.
- Enfermedades restrictivas pulmonares.
- Enfermedades intersticiales.
- Neoplasia pulmonar.
- Patología pleural.
- Tromboembolismo pulmonar
- Conocimiento de técnicas específicas (drenaje pleural, espirometría, broncoscopia).
Manejo de oxigenoterapia.
- Pautas terapéuticas en la insuficiencia respiratoria aguda y crónica.

Endocrinología

Iniciar el conocimiento en los siguientes aspectos:

- Diabetes mellitus en el anciano.
- Trastornos tiroideos y de las paratiroides.
- Patología de la hipófisis, enfermedades de la glándula suprarrenal.
- Dislipemias.
- Obesidad y otros trastornos de la nutrición en el anciano.
- Deberá hacerse énfasis en los siguientes aspectos: trastornos del tiroides y síndrome metabólico. Historia y exploración física, pruebas complementarias. Peculiaridades del manejo y control de la diabetes en el anciano. Prevención y control de complicaciones. Educación sanitaria al paciente diabético y la familia. Criterios de derivación a especialidades

Radiología

- Interpretación de radiología del tórax y abdomen.
- Patrones radiológicos.
- TAC craneal: indicaciones y utilidad en el diagnóstico de la patología geriátrica.
- Resonancia nuclear magnética.
- Relación coste-beneficio en las diversas técnicas.

Cuidados intensivos

- Actuaciones en situaciones críticas.
- Resucitación cardio-pulmonar e intubación orotraqueal.
- Ventilación asistida.
- Colocación de vías vasculares.
- Manejo de patologías más habituales (shock, postoperatorios...).
- Uso de fármacos en dichas situaciones.
- Criterios de ingreso.

Atención Primaria de Salud (APS)

- Funcionamiento de los equipos de APS.
- Programas específicos en el anciano.
- Continuidad de los cuidados.
- Relación atención especializada atención primaria.

Nota aclaratoria: Por motivos de mayor aprovechamiento docente por parte del residente, esta rotación se realizará durante el cuarto año de residencia

Cuidados paliativos

- Conocimiento del enfermo terminal, oncológico y no oncológico.
- Tratamiento sintomático, y paliativo, manejo del dolor.
- Manejo y prevención de las complicaciones.
- Bioética y toma de decisiones.
- Criterios de ingreso.
- Evaluación domiciliaria.
- Planificación de cuidado, uso y adecuación de servicios socio-comunitario.
- Relación con el paciente y la familia.
- Soporte psicológico y consejo

Nota aclaratoria: Por motivos de mayor aprovechamiento docente por parte del residente, esta rotación se realizará durante el cuarto año de residencia

OBJETIVOS DOCENTES EN LAS ROTACIONES POR UNIDADES ESPECÍFICAS GERIÁTRICAS MIR (RESIDENTE 2º año, 3º y 4º año)

El nivel de responsabilidad será progresivo de acuerdo al año de formación. Las actividades serán las asistenciales propias de cada nivel: encuesta diagnóstica y valoración del caso, manejo terapéutico, participación activa en sesiones interdisciplinarias y específicas de cada Unidad, discusión sobre problemas éticos e intervención en la preparación del alta e informe clínico.

Unidad Geriátrica de Agudos

Cognoscitivo:

- Criterios de ingreso.
- Referencias funcionales previas.
- Cualificación y cuantificación por problemas.
- Manejo de las diferentes patologías médicas.
- Utilización de técnicas diagnósticas y medios terapéuticos.
- Actuación interdisciplinar.
- Solicitud de informes a especialidades.
- Enfoque rehabilitador.
- Cuidados e informes de enfermería.
- Preparación del alta y de la continuidad de los cuidados.

Habilidades:

- Historia clínica.
- Praxis de la valoración geriátrica.
- Racionalización de pruebas diagnósticas y terapéuticas.
- Codificación de diagnósticos.
- Aspectos éticos.
- Informes de alta.

Actitud:

- Rendimiento pruebas diagnósticas.
- Calidad historia e informe clínico.
- Capacidad de relación interdisciplinar.
- Capacidad de relación con pacientes y familia

Nota Aclaratoria: El residente de primer año realizará una rotación inicial por la unidad, recomendada en el programa oficial de la especialidad, con el objetivo docente principal de toma de contacto y familiarización con la especialidad

Interconsulta.

Cognoscitivo:

- Conocimiento y manejo de la interconsulta ambulatoria y hospitalaria.
- Conocimiento, valoración y manejo de los síndromes específicos.
- Valoraciones preoperatorias.
- Seguimiento postoperatorio.
- Adecuación de criterios de ingreso y de ingresos inapropiados
- . Propuesta de seguimiento en las altas de Urgencias.

Habilidades:

- Praxis de la valoración geriátrica.
- Cumplimiento de partes interconsultas.
- Valoración y optimización de pruebas diagnósticas y modos terapéuticos.
- Criterios de derivación

. Actitud:

- Calidad del parte interconsulta.
- Capacidad de relación y grado de satisfacción del servicio solicitante.
- Capacidad de relación con paciente y familia.
- Adecuación de la derivación propuesta.

Unidad de Recuperación funcional Geriátrica

Cognoscitivo:

- Criterios de ingreso.
- Conocimiento de técnicas rehabilitadoras indicadas en Geriátrica; cuidados posturales, movilizaciones, fisioterapia, respiratoria, fractura de cadera, amputados, ictus, inmovilismo, etc.
- Conocimientos de terapia ocupacional y logoterapia.

- Ayudas técnicas.
- Electromedicina.
- Conocimiento y manejo en la fase subaguda y crónica de la enfermedad incapacitante causa de ingreso (manejo clínico, fisioterapéutico y de terapia ocupacional en los pacientes ingresados).
- Medidas de la discapacidad funcional física y mental.
- Técnicas de abordaje interdisciplinario.
- Problemas de la marcha y caídas.
- Manejo de la incontinencia urinaria.
- Úlceras cutáneas y síndrome de inmovilización.
- Problemática sociofamiliar.

Nota aclaratoria: Cuando en el Programa de la especialidad se utiliza el término rehabilitación geriátrica, no se refiere a la praxis por el residente de las distintas técnicas rehabilitadoras, sino al contexto y concepto asistencial. El desarrollo teórico de la formación y las técnicas específicas de las diferentes terapias físicas deben ser efectuados por los especialistas en Rehabilitación.

Habilidades:

- Exploración enfocada a la valoración de la discapacidad.
- Pronóstico.
- Manejo operativo sesiones interdisciplinarias.
- Preparación alta y continuidad de cuidados.

Actitud:

- Historia enfocada a la readaptación.
- Calidad informe clínico.
- Relación interdisciplinar.
- Información a paciente y familia.

Consulta externa

Cognoscitivo:

- Criterios de ingreso.
- Manejo en la fase subaguda y crónica de enfermedades incapacitantes y/o inestables. Medidas de la evaluación física y psíquica.
- Manejo funcional del síndrome de inmovilización, caídas, ACVA, fracturas óseas, Parkinson y artropatías.
- Fisioterapia y terapia ocupacional. Evaluaciones de un día
- Manejo de la depresión y de la demencia con técnicas de hospital de día.
- Abordaje y manejo sociofamiliar.
- Educación diabetológica.

Habilidades:

- Historia y exploración enfocada a la valoración de la discapacidad, autonomía y su pronóstico.
- Manejo operativo de las sesiones interdisciplinarias.
- Manejo de grupos específicos de trabajo.
- Manejo de técnicas a corto plazo en la evaluación diagnóstico-terapéutica.
- Informes de alta.

Actitud:

- Adecuada orientación de la historia clínica.
- Seguimiento de las patologías crónicas discapacitante.
- Grado de información a paciente y familia.
- Coordinación con unidades de hospitalización y estructuras sociosanitarias del Área.

OrtoGeriatría.

-Hospitalizados:

- Criterios de atención.

- Manejo de cuidados preoperatorios y postoperatorios de fractura de cadera.
- Manejo interdisciplinario.
- Protocolo de prevención de síndromes específicos geriátricos durante la hospitalización. Adecuación de los niveles de recuperación funcional y protocolo de derivación a los mismos.

-Seguimiento de pacientes ambulatoriamente.

Habilidades:

- Historia y exploración enfocada a la valoración de la discapacidad, autonomía y su pronóstico.
- Manejo operativo de las sesiones interdisciplinarias.
- Manejo de técnicas a corto plazo en la evaluación diagnóstico-terapéutica.
- Informes de interconsulta

Actitud:

- Adecuada orientación de la historia clínica.
- Seguimiento de las complicaciones de la hospitalización.
- Grado de información a paciente y familia.
- Coordinación con unidades de recuperación funcional y estructuras sociosanitarias del Área.

Consulta-Hospital de día de Fragilidad- Caídas. Laboratorio de evaluación e intervención multifactorial del anciano (LEIMA)

- **Objetivo:** evaluar las caídas en el paciente anciano de acuerdo a las directrices (“guidelines”) establecidas por las principales Sociedades Científicas (American Geriatrics Society, British Geriatrics Society and American Academy of Orthopaedics Surgeons Panel on Falls Prevention). Realizar una valoración de la capacidad funcional en los pacientes con criterios de Fragilidad.

Con respecto a los pacientes con caídas dichas directrices recomiendan realizar una valoración integral del anciano con riesgo de caídas que incluya la evaluación de la marcha y

el equilibrio, de la situación cardiovascular, así como una historia médica detallada que incluya la farmacológica y un examen físico completo (incluyendo examen neurológico y visual) .Realizar un plan de intervención individualizado en base a los factores de riesgo detectados.

La medición de la capacidad funcional a los pacientes frágiles constituyen la principal herramienta diagnóstica para la detección del síndrome de la fragilidad y sus consecuencias adversas (deterioro funcional, discapacidad, caídas). Dichas evaluaciones se llevarán a cabo de la siguiente manera

La **valoración** se realizará mediante las siguientes mediciones de capacidad funcional:

- Evaluación de la fuerza miembros inferiores y superiores mediante dinamometría
- Potencia muscular mediante el uso de un transductor
- Pruebas de marcha y equilibrio validadas en el anciano frágil (SPPB, Velocidad de la marcha, Time up and Go, Pruebas duales).
- Valoración cognitiva: MEC, Pruebas de función ejecutiva (Trail Making Test, Stroop, Test Reloj)

Intervención: Programas de ejercicio físico. El ejercicio físico es la principal herramienta terapéutica de la que disponemos para el paciente frágil con caídas De manera más concreta, el tipo de ejercicio físico que más beneficioso en el anciano frágil, es el denominado multicomponente. Este tipo de programas combina entrenamiento de fuerza, resistencia, equilibrio y marcha y es el que más ha demostrado mejorías en la capacidad funcional, que es un elemento fundamental para el mantenimiento de la independencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de los ancianos. Los objetivos a la hora de pautar ejercicio físico en el anciano frágil deben centrarse, por lo tanto, en mejorar dicha capacidad funcional a través de mejorías en el equilibrio y la marcha y la disminución del riesgo y número de caídas. Para la obtención de estos objetivos, es necesario que diseño de un programa de ejercicio físico en el anciano frágil deba acompañarse necesariamente de recomendaciones sobre variables tales como la intensidad, potencia, volumen y frecuencia de entrenamiento ideales en esta población.

El Médico Residente que finalice su rotación por el L.E.IM.A. deberá haber adquirido **conocimientos** sobre:

- La fisiopatología de las caídas y del síndrome de fragilidad, y por tanto la fisiopatología de todos los sistemas orgánicos implicados: neuromuscular, esquelético y cardiovascular., cognitivo.
- Historia clínica del paciente con caídas de repetición.
- Los criterios de fragilidad y las distintas escalas
- Valoración de la capacidad funcional en el anciano frágil.
- Conocimientos sobre cómo se realiza una valoración del riesgo de caída.
- Conocimiento de los distintos tipo de programas de entrenamiento en el anciano frágil
- Equipamiento disponible para realizar un programa de ejercicio físico.
- Valoración médica previa a realizar y posibles efectos secundarios de un programa de entrenamiento en el anciano frágil con caídas.
- Las técnicas diagnósticas de elección en cada caso. Los tratamientos actualmente avalados por la literatura científica que son eficaces en la prevención y en el tratamiento de la fragilidad., las caídas, de las fracturas y de la osteoporosis.
- Los tratamientos actualmente avalados por la literatura científica como eficaces en la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiovascular y del deterioro funcional.
- Así mismo, deberá conocer toda la bibliografía relevante sobre esta patología (se le adjuntará un dossier al inicio de la rotación).

De igual manera, al finalizar la rotación en el L.E.I.M.A. el residente deberá haber adquirido **habilidades** suficientes en:

- Realización de pruebas de fuerza, potencia, equilibrio y marcha
- Que intervenciones se deben realizar en el anciano frágil y/o con caídas de repetición.

- Que programa de ejercicio físico debe seleccionarse, saber prescribir un programa de entrenamiento físico individualizado en cuanto a componentes intensidad, volumen, duración y monitorizarlo.
- Saber realizar una búsqueda bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes en Medicina.
- Saber comunicar la información médica al paciente anciano y a su familia.
- Ser capaz de liderar un equipo de trabajo multidisciplinar.

Unidad de cuidados comunitarios

Cognoscitivo:

- Criterios de ingreso en el programa.
- Conocimiento de los recursos sociosanitarios del área.
- Comunicación y coordinación.
- Patologías más habituales: alta inestabilidad clínica, reingresos de repetición, demencias, inmovilismos, pacientes terminales.
- Condicionantes sociales.
- Estructura asistencial en Atención Primaria.
- Coordinación de, los cuidados.
- Estructura asistencial social: Servicios comunitarios, domiciliarios y residenciales. Coordinación de los cuidados especializados geriátricos en los niveles sociales.
- Comisión socio-sanitaria de Área.

Habilidades:

- Evaluación domiciliaria.
- Identificación de la problemática funcional física o mental.
- Realización de protocolos de manejo clínico con equipos de Atención Primaria y Servicios Sociales.
- Derivación adecuada de enfermos y evaluación preingreso en niveles asistenciales.

Actitud:

- Calidad de la evaluación.
- Tasas de ingreso hospitalario.
- Grado comunicación con los equipos de Atención Primaria, médicos de residencia y Servicios Sociales.
- Conocimiento de técnicas de enferme Información y relación con paciente y familia

PsicoGeriatría

Cognoscitivo:

- Conocimiento de las principales patología psiquiátricas del anciano, con especial énfasis en la demencia con trastornos cognitivos y conductuales, y en la depresión.
- Conocimiento de los recursos sanitarios, sociales y sociosanitarios y de ingreso y en la comunidad.

Habilidades:

- Entrevista psiquiátrica,
- Proceso diagnóstico,
- Manejo de paciente con trastornos conductuales,
- tTatamiento farmacológico y uso de psicofármacos en el anciano.
- Información, consejo y relación con el paciente y la familia.
- Coordinación con unidades de hospitalización y estructuras sociosanitarias del Área.

Rotaciones opcionales

Duración máxima total 3 meses, extraídos de los periodos sobrantes de las rotaciones fijas o de las rotaciones optativas básicas.

Tipos: Equipos de valoración y cuidados geriátricos. Unidades monográficas (memoria, caídas, ictus, etc). Unidades de investigación en Geriatría o gerontología. Rotacioenes en el extranjero en unidades de reconocido prestigio

Cronograma de rotación

ROTACIONES DURANTE EL PERIODO FORMATIVO MIR

Se contemplan dos grandes períodos formativos.

PERIODO FORMATIVO BÁSICO, tiempo estimado: 15 meses (14 meses +1 mes vacaciones)

correspondiente a 10 meses de R1 + 3 meses de R3 +2 meses de R4

- Radiología 2 meses R1
- Cardiología 3 meses R1
- Neurología 3 meses R3 (1 mes vacaciones)
- Reumatología 1 mes R1
- Endocrinología 1 mes R1
- Neumología 2 meses R1
- Medicina intensiva 1 mes R1
- Centro de Salud Primaria 1 mes R4
- Cuidados paliativos: 1 mes R4

Se opta por realizar rotaciones del periodo formativo básico tales como Neurología, Paliativos y rotación por Centro de Salud durante los años de residencia R3 y R4 para un mejor aprovechamiento de las mismas de cara a poder adquirir todos los objetivos docentes y las competencias

PERIODO FORMATIVO ESPECÍFICO *El tiempo total estimado 33 meses (30 meses +3 meses vacaciones) correspondiente casi en su totalidad a los años de R2-R3 y R4 (salvo los periodos previamente descritos de las rotaciones básicas)*

- Unidad Geriátrica de agudos (UGA) 16 meses: R1 2 meses+R2 12 meses+R4 2 meses (2 meses vacaciones:R1+R2)
- Consultas externas-HD / 3 meses : R3 2 meses+R4 1 mes
- OrtoGeriatría/Interconsulta : 3 meses R3
- Unidad de Cuidados Comunitarios: 2 meses R4
- Unidad de Recuperación funcional geriátrica: 2 meses R4
- Optativa: 3 meses. R4 (1 mes vacaciones)
- PsicoGeriatría :3 meses R3
- Residencia o dispositivo sociosanitario 1 mes R3

Cronograma rotacional



UGA- Unidad Geriátrica de Agudos Complejo Hospitalario de Navarra

CE- Consulta Externa Geriátrica . Complejo Hospitalario de Navarra

HD- Hospital de día Geriátrica Complejo Hospitalario de Navarra

IC – Interconsulta Geriátrica. Complejo Hospitalario de Navarra

Ortoger- OrtoGeriatría. Complejo Hospitalario de Navarra

Resid-Residencia o dispositivo socio-sanitario. Casa Misericordia . Pamplona

Psicoger- Unidad de PsicoGeriatría . Hospital Josefina Arregui. Alsasua

UCC- Unidad de Cuidados Comunitarios. Hospital de Getafe, Madrid

UGRF: Unidad Geriátrica de Recuperación Funcional. Hospital San Juan de Dios. Pamplona

Rotaciones básicas: Cardiología, Radiología, Neumología, Medicina Intensiva, Endocrinología , Reumatología, Neurología, C. Salud.: Centro de Salud Atención Primaria . San Juan /San Jorge, Pamplona, Paliativos: Unidad de Paliativos. Hospital San Juan de Dios. Pamplona

Rotación optativa: A determinar individualmente con cada residente , en unidades de reconocido prestigio locales/ autonómicas/nacionales / internacionales

CRONOGRAMA ROTACIONAL (2 RESIDENTES)

	3º Trimestre	4º Trimestre	1º Trimestre	2º Trimestre
R-1	Endocrinología 1 mes UGA 2 meses (Vacaciones 1 mes*)	Cardiología 3 meses	Neumología 2 meses Med. Intensiva 1 mes	Radiología 2 meses/ Reumatología 1 mes
R-1	Endocrinología 1 mes UGA 2 meses (Vacaciones 1 mes*)	Radiología 2 meses Reumatología 1 mes	Cardiología 3 meses	Neumología 2 meses Med. Intensiva 1 mes
R-2	UGA 2 meses Vacaciones 1 mes*	UGA	UGA	UGA
R-2	UGA 2 meses Vacaciones 1 mes*	UGA	UGA	UGA
R-3	CE /HD 2 meses	Ortooger /IC	Neurología 2 meses Vacaciones 1 mes*	Psicoger
	Resid 1 mes			
R-3	Ortooger/IC	CE/HD 2 meses	Psicoger	Neurología 2 meses Vacaciones 1 mes*
		Resid 1 mes		
R-4	UCC 2 meses	Optativa 2 meses Vacaciones 1 mes*	UGRF 2 meses	C.E /HD 1 mes
	C.Salud 1 mes		Paliativos 1 mes	UGA 2 meses
R-4	UGRF 2 meses-	UCC 2 meses	CE/HD 1 mes	Optativa 2 meses Vacaciones 1 mes*
	Paliativos 1 mes ¹	C. Salud 1 mes	UGA 2 meses	

* Periodo vacacional: Representa de forma orientativa, aunque no definitiva, el momento sugerido para la toma de vacaciones por parte del residente



UGA: Unidad de hospitalización de agudos. Complejo Hospitalario de Navarra

HD: Hospital de día. Complejo Hospitalario de Navarra

CE- Consulta externa. Complejo Hospitalario de Navarra

IC: Interconsulta. Complejo Hospitalario de Navarra

Ortooger: Ortogeriatría. Complejo Hospitalario de Navarra

UGRF: Unidad de recuperación funcional. Hospital San Juan de Dios.

Unidad de Paliativos: Hospital San Juan de Dios.

UCC: Unidad de cuidados comunitarios. Hospital de Getafe.

Psicoger. Psicogeriatría Clínica Josefina Arregui.

Centro de Salud: San Juan/San Jorge. Pamplona

Resid Residencia o dispositivo socio sanitario: Casa Misericordia de Pamplona.

Calendario de guardias

GUARDIAS MIR GERIATRÍA CHN

Las guardias tienen carácter formativo por lo que su realización durante el periodo de residencia es obligatoria.

Durante todo el periodo formativo se realizarán guardias en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra y en el área de Hospitalización médica asignado al servicio de guardia del área de Medicina Interna. En el primer año de residencia se aconseja realizar todas las guardias en el servicio de Urgencias, recomendándose que según se avanza en el programa formativo, el número de guardias de urgencias disminuya a la vez que se incrementa el de hospitalización.

Durante las rotaciones con servicios específicos de guardia (unidad coronaria, UCI, etc.) también podrán realizarse guardias en los mismos.

Se aconseja realizar entre 4 y 6 guardias mensuales.

Acciones formativas para facultativos Residentes

Del Programa Transversal Común para los Residentes del CHN

PLAN FORMACIÓN COMÚN COMPLEMENTARIO 2014				
R-1				
ÁREA	ACTIVIDAD	REQUERIMIENTO	MODALIDAD	HORAS LECTIVAS
Práctica clínica	Historia Clínica Informatizada	OBLIGATORIO	PRESENCIAL	2
	Urgencias	OBLIGATORIO	PRESENCIAL	60
	Soporte vital avanzado	OBLIGATORIO	PRESENCIAL	61
		OBLIGATORIO	PRESENCIAL	61
		OBLIGATORIO	PRESENCIAL	61
Protección radiológica	Curso básico de protección radiológica	OBLIGATORIO (Resolución 21-4-2006)	PRESENCIAL	9
Metodología de investigación	Biblioteca virtual en Ciencias de la Salud	OBLIGATORIO	ON- LINE	20

PLAN FORMACIÓN COMÚN COMPLEMENTARIO 2014				
R-2				
ÁREA	ACTIVIDAD	REQUERIMIENTO	MODALIDAD	HORAS LECTIVAS
Gestión clínica	Uso racional del medicamento	OBLIGATORIO	PRESENCIAL	11
		OBLIGATORIO	PRESENCIAL	11
		OBLIGATORIO	PRESENCIAL	11
		OBLIGATORIO	PRESENCIAL	11
Comunicación	Comunicación y entrevista clínica	OBLIGATORIO	PRESENCIAL	8
		OBLIGATORIO	PRESENCIAL	8
		OBLIGATORIO	PRESENCIAL	8
		OBLIGATORIO	PRESENCIAL	8

PLAN FORMACIÓN COMÚN COMPLEMENTARIO 2014				
R-3				
ÁREA	ACTIVIDAD	REQUERIMIENTO	MODALIDAD	HORAS LECTIVAS
Ética	Taller de manejo de conflictos éticos	OBLIGATORIO	PRESENCIAL	8
		OBLIGATORIO	PRESENCIAL	8
		OBLIGATORIO	PRESENCIAL	8
		OBLIGATORIO	PRESENCIAL	8
Metodología de investigación	Taller de publicación de trabajos de investigación	OBLIGATORIO	ON-LINE	20
	Elaboración de proyectos de investigación en Ciencias de la Salud	OBLIGATORIO	ON-LINE	20
	Buenas prácticas clínicas en investigación	OPTATIVO	ON-LINE	15
	Estadística aplicada a la investigación en Ciencias de la Salud	OBLIGATORIO	PRESENCIAL	21

PLAN FORMACIÓN COMÚN COMPLEMENTARIO 2014				
R-4				
ÁREA	ACTIVIDAD	REQUERIMIENTO	MODALIDAD	HORAS LECTIVAS
Radiológica	Radiología básica para el diagnóstico clínico	OPTATIVO	ON-LINE	23

Del Servicio / Unidad Docente

De la Unidad Docente, deberán cumplirse, al menos, las actividades siguientes:

Sesiones clínicas:

- Sesiones clínicas propias de la Unidad: Los residentes deberán asistir, de forma semanal a las sesiones clínicas del servicio programadas para los Viernes a las 8.15 h. De forma bimestral el residente deberá presentar un caso clínico en sesión al resto de los profesionales de la unidad
- Sesiones interdisciplinarias: Los residentes deberán acudir, de forma semanal, a la sesión interdisciplinaria de la unidad programadas para los lunes a las 13.30h. Estas son llevadas a cabo por los facultativos de la Unidad Docente y enfermería, y están abiertas a todos los estamentos que participan en la atención de nuestros pacientes (enfermería, auxiliares de planta, trabajadores sociales, especialidades médicas colaboradoras). Durante el primer año de la residencia asistirán y conocerán las dinámicas y funcionamiento de las sesiones y posteriormente, y de forma progresiva, con participación más activa
- Sesiones bibliográficas. Los residentes deberán asistir, de forma semanal, a las sesiones bibliográficas de la unidad programadas para los Martes a las 8.15 horas. De forma bimestral se harán cargo de una sesión bibliográfica

- Sesiones interdepartamentales/hospitalarias: 4-6 año. El residente debe participar en las sesiones interdepartamentales de la unidad y en las sesiones clínica general docente donde participa actualmente la unidad. Debe asistir a un mínimo de 3 sesiones interdepartamentales al año y como mínimo a 1 sesión general docentes hospitalaria cada 2 meses. Estas sesiones son organizadas por la Comisión de Docencia del CHN de forma mensual, los terceros Jueves de cada mes en el Salón de Actos B del CHN. Además deberá participar, junto con el Residente EIR en la presentación de un caso/tema a revisar en al menos en 2 sesiones Clínicas General Docente a lo largo de los 4 años de la residencia

Sesiones teóricas/protocolos/seminarios de formación específica: 50 horas lectivas/año

- Aspectos gerontológicos y del proceso del envejecimiento: Concepto y ramas de la Gerontología. Biología del envejecimiento. Envejecimiento celular y molecular. Aspectos metabólicos del envejecimiento. Cambios inmunológicos. Teorías del envejecimiento. Medida de la edad biológica. Envejecimiento saludable. Fisiopatología del envejecimiento: Cambios anatómicos y funcionales de órganos, sistemas y aparatos.
- Demografía y epidemiología del envejecimiento: Índices de medida del envejecimiento. Envejecimiento en los diferentes países, continentes y culturas. Esperanza y expectativa de vida. Perspectivas futuras. Datos epidemiológicos: indicadores de salud, prevalencia de enfermedades y síndromes geriátricos, prevalencia de incapacidad, consumo de fármacos y recursos asistenciales.
- Concepto de anciano frágil y paciente geriátrico. Fragilidad y Dependencia. Vía de la discapacidad. Limitación funcional.
- Psicología y sociología del envejecimiento: Envejecimiento biopsico-social. Factores sociales, culturales y económicos y su repercusión sobre la enfermedad. Hábitat y vivienda. Relaciones sociales y ocio. Jubilación. Participación social. Estudio de necesidades y recursos socio sanitarios.

- Medicina preventiva: Actividades preventivas y de promoción de la salud. Exámenes de salud y técnicas de cribado. Estrategias de actuación.
- Geriátrica. Asistencia Geriátrica: Historia. Conceptos. Atención al anciano en Atención Primaria. Asistencia geriátrica en Atención Especializada; niveles asistenciales: unidades de agudos, de recuperación funcional o convalecencia (media estancia), hospital de día, consultas externas e interconsultas, asistencia a domicilio o cuidados comunitarios. Asistencia geriátrica en servicios sociales: cuidados comunitarios, domiciliarios y residenciales. Coordinación socio-sanitaria.
- Teoría y práctica de la valoración geriátrica integral: Conceptos generales. Beneficios de la intervención. Grupos de riesgo. Valoración clínica, funcional, mental y social. Peculiaridades de la valoración clínica: Historia, exploración y pruebas complementarias; síndromes geriátricos y patologías no informadas. Conocimiento y manejo de las principales escalas de valoración funcional, mental y social.
- Aspectos interdisciplinares: Concepto de interdisciplinariedad. Objetivos y limitaciones del equipo interdisciplinar. Interdisciplinariedad informal y formal. Enfermería en Geriátrica. Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Otras disciplinas implicadas en el cuidado del anciano.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8-15-9.15h		Sesión bibliográfica		Sesión clínica docente general *	Sesión clínica/Teórica de formación específica
13.30-14.30h	Sesión interdisciplinar				

*Periodicidad mensual

** Se alternaran sesiones clínicas / sesiones de formación específica

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS E INVESTIGADORAS EN LAS QUE PARTICIPAN/ PUEDEN PARTICIPAR LOS RESIDENTES MIR

Asistencia a Congresos o cursos en relación con la especialidad: uno por año al menos, presentando como mínimo una comunicación. Se recomiendan Congresos Nacionales de la Especialidad (SEGG/SEMEG) y asistir al menos en una ocasión durante la residencia a algún congreso Europeo (EUGMS) o internacional (IAGG/AGS).

Publicaciones a lo largo del período de formación deberán efectuarse 1 como primer firmante y 2 como posterior firmante. En la Unidad Docente de Geriátrica del CHNA durante el periodo de Enero 2009- Octubre 2014 ha publicado un total de 44 artículos en las siguientes revistas nacionales e internacionales: J Am Med Dir Assoc, BMC Geriatr, J Nutr Health Aging, JAGS, AGE (Dordr), Rejuvenation Res, Dementia Geriatr Cogn Disord, Rheumatol Int, Int Psychogeriatr, Arch Bronconeumol, J Neuroeng Rehabil, Clin Neuropathol, Rev Esp Geriatr Gerontol, Med Clin (Barc), Gac Sanit, Farm Hosp, An Sist Sanit Navar.

Proyectos de investigación, se recomienda la participación en 1-2 proyectos a lo largo del período formativo que estén relacionados con las líneas de investigación previamente mencionadas

Tesis; aconsejable realización cursos doctorado e iniciación tesis doctoral. Al no disponer de docencia previa no tenemos residentes formados en la Unidad con Tesis Doctorales realizadas. En el Servicio existen 4 facultativos con el título de Doctor en Medicina y Cirugía.

- Dra. Iraizoz Apezteguia: Título: Núcleo Basal de Meynert: Estudio Morfológico e Inmunohistoquímico comparativo entre la senescencia y la Enfermedad de Alzheimer. Fecha de lectura: Universidad de Navarra. Pamplona, 6 de abril de 1991. Calificación: Apto "cum laude" Director de Tesis: Dr. D. Luis María Gonzalo Sanz.
- Dra. Belén González Glaria: Doctor por la Universidad Complutense de Madrid. Evaluación de un Programa Domiciliario de Atención a Personas con Demencia. Directores: J.M. Rivera Casado y P. Gil Gregorio. Fecha de lectura: 1 abril 2008
- Dr. Martínez Velilla: Doctor por la Universidad Pública de Navarra con la calificación de Sobresaliente "cum laude". Febrero de 2008. Índices de comorbilidad y factores pronósticos de situación funcional y mortalidad anual en ancianos hospitalizados. D: Ciencias de la Salud. F: Ciencias de la salud. U: UPNA. A: 2008. Z: Miguel Andériz López.
- Dr. Casas Herrero : Doctor por la Universidad Pública de Navarra con la calificación de Sobresaliente "cum laude" y "Doctor Internacional". Diciembre del 2013. Departamento Ciencias de la Salud. "Multicomponent exercise program and functional capacity in institutionalized frail and cognitive impairment nonagerians". Directores de Tesis: Mikel Izquierdo Redin y Leocadio Rodríguez Mañas

Actividades de formación continuada MIR

Todos los miembros de la Unidad Docente de Geriátría participan y asisten a cursos, jornadas y congresos de actualización y formación continuadas dentro del programa de acreditación y certificación que propugnan y promueven las diversas entidades científicas de ámbito autonómico o estatal.

Se detallan los realizados en 2013 y 2014, diversos miembros del Servicio de Geriátría han participado de forma activa en los últimos años en la organización, como ponentes o en comisiones científicas dentro de jornadas científicas, congresos de ámbito autonómico y nacional, *6º Congreso Nacional de la Sociedad Española Medicina Geriátrica, Pamplona 24,25,26 Abril 2014, VI y VII Congreso de la SNGG en Vitoria. Y Bilbao 9,10, y 11 de mayo de 2013 y 2014, V Encuentros Gerontológicos de Primavera: La Crisis Actual y las Personas Mayores Pamplona, 29 de mayo de 2013.*

FORMACIÓN, CURSOS Y TALLERES 2014

- II Jornada de Actualización en Demencias del Grupo de Demencias de la SNGG: Aspectos diferenciales de las demencias en estadios iniciales. 3 junio 2014. Colegio de Médicos
- Manejo de la Osteoporosis en el anciano frágil, 11 de Junio 2014, Clínica San Miguel
- 11/12 noviembre 2014. (pendiente de realizar) III Curso/ Taller del grupo de demencias de la Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología. “Decisiones difíciles en demencia”
- 17 de diciembre 2014 (pendiente de realizar): III Jornada de Actualización en Demencias de la Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología: Nutrición y demencia.

FORMACIÓN, CURSOS Y TALLERES 2013

- Actualización de la definición del diagnóstico de Alzheimer (Dr. Pablo Lage). Pamplona 20 de febrero de 2013.
- Paciente anciano diabético. Pamplona, 6 de marzo de 2013

- Redes sociales aplicadas a la Geriátría y gerontología. Pamplona 8 de marzo de 2013.
- Aspectos jurídicos en el ámbito sociosanitario. Pamplona 15 de marzo de 2013.
- Depresión en el anciano. Pamplona, 19 de marzo de 2013.
- Seminario de Nutrición: Vitamina D. Pamplona 20 de marzo de 2013. CHNa
- II Curso sobre Demencia Avanzada en Estadio Terminal. Pamplona: 15,17,22 y 24 de abril de 2013.
- Vacunas y Síndromes Geriátricos (La Incontinencia). Pamplona 18 de abril de 2013.
- Nutrición y fármacos. Nutrición del anciano en residencias. Pamplona 29 de mayo de 2013.
- Curso de Bioética (2013-2104) en colaboración con La Universidad Pública de Navarra,
- Jornada sobre el paciente Crónico Complejo. Pamplona 11 de octubre de 2013 en CHNa.
- Curso sobre Aspectos Jurídicos en Demencia (Organizado por el Grupo de Demencias). Pamplona 15 y 16 de octubre. En CHNa.
- I Jornada de actualización, del grupo de Demencias: Trastornos del Lenguaje. Pamplona 12 de noviembre de 2013, en el Colegio de Médicos.
- Presentación del tema “Deterioro cognitivo. Aspectos médicos” 19 de septiembre. Incluido en el Curso de “Atención integral al adulto mayor hospitalizado” (código 11-13) desarrollado por la Sección de Desarrollo Profesional los días 17,19,24 y 26 de septiembre.

- Presentación del tema “Clasificación de las demencias”. Seminario Monográfico de Actualización Colegio de Médicos Pamplona, 28 noviembre
- Presentación del tema “Fractura de cadera en demencia” en el curso de “Actualización en cuidados al paciente de traumatología ingresado de urgencia” celebrado en el CHN con dos ediciones (abril y mayo 2014) y acreditado con 2,67 créditos

ACTIVIDAD INVESTIGADORA MIR

PUBLICACIONES DEL SERVICIO EN EL PERIODO 2012-2014:

- Red blood cell distribution width, multimorbidity and the risk of death in hospitalized older patients. Martínez Velilla N, Ibáñez B, Cambra Koldo, Alonso Renedo Javier. *Age(Dordr)*. 2012. 34(3): 717-23
- Delirium y delirium subsindrómico: prevalencia de un espectro de enfermedad. Martínez Velilla N, Alonso Bouzón C, Cambra Contin K, Ibáñez Beroiz B, Alonso Renedo J, Casas Herrero A. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012. 47(4): 158-61
- El anciano con enfermedad avanzada de órgano. Consideraciones desde la Geriátría, la medicina paliativa y la bioética. Alonso Renedo FJ, González Ercilla L, Iraizoz Apezteguía I. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014; 49(5): 228-34
- Outcomes in complex patients with delirium and subsyndromal delirium one year after hospital discharge. Martínez-Velilla N, Alonso-Bouzón C, Cambra-Contin K, Ibáñez-Beroiz B, Alonso-Renedo J. *Int Psychogeriatr*. 2013; 25(12):2087-8.
- Is comprehensive geriatric assessment a better 1-year mortality predictor than comorbidity and prognostic indices in hospitalized older adults? Martínez Velilla N, Ibáñez-Beroiz B, Cambra-Contin K, Alonso-Renedo J. *J Am Geriatr Soc*. 2013; 61(10): 1821-3

- Alonso Renedo FJ, Casas Herrero A, Martínez Velilla N. Empiema por *Actinomyces paucisintomático* *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2014; 49(4): 196-7
- Martínez-Velilla N, Formiga F. [Inclusion of the elderly in clinical trials: a need and an obligation]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014 May-Jun;49(3):99-100.doi: 10.1016/j.regg.2014.02.002. Epub 2014 Mar 13. Spanish. PubMed PMID:24629730.
- Martínez Velilla N, Vilches Moraga A. [Consensus conference: Treatment of type 2 diabetes in the elderly]. *Med Clin (Barc)*. 2014 Jan 21;142(2):89-90. doi:10.1016/j.medcli.2013.05.045. Epub 2013 Oct 8. Spanish. PubMed PMID: 24120101
- Martínez-Velilla N, Ibáñez-Beroiz B, Cambra-Contin K, Alonso-Renedo J. Iscomprehensive geriatric assessment a better 1-year mortality predictor than comorbidity and prognostic indices in hospitalized older adults? *J Am Geriatr Soc*. 2013 Oct;61(10):1821-3. doi: 10.1111/jgs.12488. PubMed PMID: 24117298.
- Martínez-Velilla N, Alonso-Bouzon C, Cambra-Contin K, Ibáñez-Beroiz B, Alonso-Renedo J. Outcomes in complex patients with delirium and subsyndromal delirium one year after hospital discharge. *Int Psychogeriatr*. 2013 Dec;25(12):2087-8. doi: 10.1017/S1041610213000975. Epub 2013 Jun 27. PubMed PMID: 23803289
- Martínez Velilla N. GesEPOC guidelines and elderly patients. *Arch Bronconeumol*. 2013 Aug;49(8):367-8. doi: 10.1016/j.arbres.2012.12.004. Epub 2013 May 22. English, Spanish. PubMed PMID: 23706346.
- Martínez Velilla N. [Haematology markers and frailty]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013 Jul-Aug;48(4):151-2. doi: 10.1016/j.regg.2013.02.004. Epub 2013 May 21. Spanish. PubMed PMID: 23702431.
- Uriz Otano F, Martínez Velilla N. [The utility of QuantiFERON(®)-TB in the detection of tuberculosis in the elderly. A case report]. *Rev Esp Geriatr*

Gerontol. 2013 Sep-Oct;48(5):246-7. doi: 10.1016/j.regg.2012.11.006. Epub 2013Mar 14. Spanish. PubMed PMID: 23498649.

- Martínez Velilla N, Franco JG. [Subsyndromal delirium in elderly patients: asystematic review]. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013 May-Jun;48(3):122-9. doi:10.1016/j.regg.2012.11.007. Epub 2013 Mar 6. Review. Spanish. PubMed PMID:23473583.
- Martínez-Velilla N, Urbistondo-Lasa G, Veintemilla-Erice E, Cambra-Contín K. [Determining the hours hospitalised patients are bedridden due to their medicalcondition and functional impairment and secondary mortality]. Rev Esp GeriatrGerontol. 2013 Mar-Apr;48(2):96. doi: 10.1016/j.regg.2012.05.003. Epub 2013 Jan20. Spanish. PubMed PMID: 23337411.
- Martínez-Velilla N, Gómez-Herrero H, Casas-Herrero A, García-Baztán A.[Delirium secondary to a central bronchial mucus plug resembling a pulmonarythromboembolism]. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013 Mar-Apr;48(2):97-8. doi:10.1016/j.regg.2012.05.001. Epub 2012 Dec 20. Spanish. PubMed PMID: 23260341
- Velilla NM, Bouzon CA, Contin KC, Beroiz BI, Herrero AC, Renedo JA. Differentfunctional outcomes in patients with delirium and subsyndromal delirium one month after hospital discharge. Dement Geriatr Cogn Disord. 2012;34(5-6):332-6. doi:10.1159/000345609. Epub 2012 Dec 3. PubMed PMID: 23208559.
- Martínez Velilla N, Formiga Pérez F. [Care of older patients: towardscollaboration between internal medicine and geriatrics]. Med Clin (Barc). 2012Dec 15;139(15):694. doi: 10.1016/j.medcli.2012.03.028. Epub 2012 Jun 4. Spanish. PubMed PMID: 22672962.
- Martínez Velilla N, Ayestarán Ayestarán A, Emparan García de Salazar C, GómezHerrero H, Aldaz Herce P. [Recurrent syncope secondary to intestinalinvagination]. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012 Sep-Oct;47(5):239-40.

doi:10.1016/j.regg.2012.01.004. Epub 2012 May 20. Spanish. PubMed PMID: 22613631.

- Martínez Velilla N, Alonso Bouzon C, Cambra Contin K, Ibáñez Beroiz B, AlonsoRenedo J, Casas Herrero A. [Delirium and subsyndromal delirium: prevalence of adisease spectrum]. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012 Jul-Aug;47(4):158-61. doi:10.1016/j.regg.2011.11.007. Epub 2012 May 9. Spanish. PubMed PMID: 22578386.
- Martínez-Velilla N, Alonso Bouzón C, Ripa Zazpe C, Sánchez-Ostiz R. [Acute postoperative confusional syndrome in the elderly patient]. Cir Esp. 2012 Feb;90(2):75-84. doi: 10.1016/j.ciresp.2011.09.002. Epub 2011 Dec 15. Review. Spanish. PubMed PMID: 22176651.
- Casas-Herrero A, Izquierdo M Physical exercise as an efficient intervention in frail elderly persons. An Sist Sanit Navar. 2012 Jan-Apr;35(1):69-85
- Duaso E, Casas A, Formiga F, Lázaro Del Nogal M, Salvà A, Marcellán T, Navarro C; Falls and osteoporotic fractures prevention units: proposed Osteoporosis, Falls and Fractures Group of the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology. Grupo de Osteoporosis, Caídas y Fracturas de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011 Sep-Oct;46(5):268-74.
- Casas Herrero A, Alonso Bouzon C, Herrero Barrera D. Consecuencias de la Osteoporosis en el anciano: Caídas y Fracturas. Carlos Verdejo Bravo. Abordaje de la Osteoporosis en el Paciente Geriátrico. Sociedad Española de Geriatria. Madrid, 2012: 113-152.
- Functional capacity, muscle fat infiltration, power output, and cognitive impairment in institutionalized frail oldest old. Casas-Herrero A, Cadore EL, Zamboni-Ferraresi F, Idoate F, Millor N, Martínez-Ramirez A, Gómez M, Rodríguez-Mañas L, Marcellán T, de Gordo AR, Marques MC, Izquierdo M. Rejuvenation Res. 2013 Oct;16(5):396-403.

- Multicomponent exercises including muscle power training enhance muscle mass, power output, and functional outcomes in institutionalized frail nonagenarians. Cadore EL, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, Idoate F, Millor N, Gómez M, Rodríguez-Mañas L, Izquierdo M. Age (Dordr). 2013 Sep 13
- Positive effects of resistance training in frail elderly patients with dementia after long-term physical restraint. Cadore EL, Moneo AB, Mensat MM, Muñoz AR, Casas-Herrero A, Rodríguez-Mañas L, Izquierdo M. Age (Dordr). 2013 Nov 16
- Izquierdo M, Cadore EL, Casas-Herrero A. Envejecimiento, fragilidad y Ejercicio físico. En Izquierdo M (Coord.). Ejercicio Físico es Salud. Prevención y tratamiento de enfermedades mediante la prescripción de ejercicio. Ed. BH, 2014
- Casas Herrero A, Cadore E, Martinez Velilla N, Izquierdo Redin M. El ejercicio físico en el anciano frágil: una actualización . Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014 (artículo in press)
- García-Baztán A, Roqueta C, Martínez-Fernández MI, Colprim D, Puertas P, Miralles R [Benzodiazepine prescription in the elderly in different health care levels: characteristics and related factors]. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014 Jan-Feb;49(1):24-8. doi: 10.1016/j.regg.2013.04.001. Epub 2013 Oct 7. Spanish.
- García-García FJ, Carcaillon L, Fernandez-Tresguerres J, Alfaro A, Larrion JL, Castillo C, Rodríguez-Mañas L. A new operational definition of frailty: the frailty trait scale. J Am Med Dir Assoc. 2014 May;15(5):371.e7-371.e13. doi: 10.1016/j.jamda.2014.01.004. Epub 2014 Mar 2
- Capítulo 3 “ Enfermedad de Alzheimer Moderada. Seguimiento”. Belen Gonzalez Glaria Cuidados continuados en Atención Primaria a personas con enfermedad de Alzheimer. Fundación Reina Sofía.



LINEAS DE INVESTIGACION DEL SERVICIO DE GERIATRIA MIR. PROYECTOS ACTIVOS EN 2014

MULTIMORBILIDAD

- “Integral Approach to the Transition between Frailty and Dependence in Older Adults: patterns of occurrence, identification tools and models of care” (Expediente: REF BIO13/BIOD/002) financiado en el marco de la “Red transfronteriza de investigación biomédica de los Pirineos- Establecimiento de una red de colaboración estable entre centros de investigación biomédica en espacio pirineo” (Programa Europeo POCTEFA-INTERREG IV A) (IP regional : Dr Martinez Velilla

EJERCICIO FISICO/FRAGILIDAD/ CAIDAS

Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la efectividad de un programa de intervención multimodal en pacientes diabéticos tipo 2 prefrágiles y frágiles sobre la fragilidad y calidad de vida: Estudio MID FRAIL Y los subestudios GENEFRAIL : Análisis de polimorfismos de genes asociados a la fragilidad; Y MIDPOW: Estudio para la evaluación de la potencia muscular en la mejora de la capacidad funcional)”(Código Fundación : 2014-25-EC-A) (IP regional: Dr.Alvaro Casas Herrero, IP Colaborador: Dr Martinez Velilla)

Ensayo Clínico Aleatorizado en colaboración con la Universidad Pública de Navarra

(concedida Beca Premio Ortiz de Landazuri) Prevención del deterioro funcional y cognitivo mediante actividad física precoz en ancianos hospitalizados por patología médica (IP Dr. Martínez Velilla, IP colaboradores: Dr Mikel Izquierdo Redin , Dr. Casas Herrero, Dr. Alonso Renedo)

Investigadores colaboradores de la RETICEF (Red Española de Envejecimiento y Fragilidad).

Colaboración activa por parte de miembros del Servicio con el Departamento de ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra (UPNA). Se han realizado recientemente proyectos de investigación en colaboración con la UPNA, en el area de fragilidad, caídas, deterioro cognitivo y programas de ejercicio físico que han sido financiados en parte por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra y el Ministerio de Economía y



Competividad del Gobierno de España (RD12/043/0002, 87/2010, y DEP2011-24105) respectivamente así como por parte de la Comisión Europea (FP7-Health, Project referencia 278803) y que han motivado la presentación de una Tesis doctoral por parte de un miembro del Servicio con mención europea y calificación sobresaliente “cum laude”.

2 miembros del Servicio forman parte del Grupo de Investigación en Osteoporosis, Caídas y Fracturas de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología

DETERIORO COGNITIVO

Un miembro de la Unidad forma parte del grupo de colaboración e investigación de Demencias de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología

OTRAS LINEAS

Estudio observacional, longitudinal y prospectivo sobre discapacidad incidente en actividades básicas de la vida diaria y predictores de deterioro funcional hospitalario, a medio y largo plazo e impacto sobre variables funcionales y resultado en ancianos ingresados en una Unidad de Agudos de Geriátría(pendiente aprobación por CEA) (IP: Dr. Alonso Renedo)

Organización de la tutoría de Residentes en la UDM DE GERIATRÍA

ORGANIZACIÓN DE TUTORIAS

Según el RD 183/2008 de 8 de febrero es deber del tutor planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación, proponiendo -cuando proceda- medidas de mejora y favoreciendo el autoaprendizaje la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente.

La realización de memorias de cada rotación y las entrevistas periódicas con los residentes serán, junto con la cumplimentación y revisión de fichas de evaluación formativa, los pilares de la supervisión del residente. La dedicación docente del tutor y la de los demás miembros de la Unidad Docente Multiprofesional de Geriatria del CHN velarán por su cumplimiento.

ORGANIZACIÓN Y EVALUACION RESIDENTES

1.-Memorias de las rotaciones y Libro Básico del Residente del CHN

Como es habitual en otros centros hospitalarios con acreditación docente, el tutor de residentes exigirá la entrega de una **memoria específica por cada rotación realizada, sea ésta en Geriatria o en otra unidad, y como mínimo cada 3 meses**, que será revisada y firmada por el tutor y se incorporará al expediente del médico residente.

El Libro Básico del Residente del CHN tendrá el formato estandarizado y aprobado por la Comisión de Docencia y deberá entregarse en soporte informático (Word, pdf).

2.-Entrevistas estructuradas tutor – residente/hojas de feedback del CHN/ Evaluación formativa

La comunicación y el trato entre el tutor y los residentes serán fluidos y dinámicos. El tutor dará un espacio físico y temporal con carácter semanal para la puesta en común de impresiones, la valoración de los progresos y dificultades que vaya observando el residente,

la resolución de dudas puntuales, la toma de decisiones relativas a su formación y la mejora del entendimiento mutuo.

Esto no impedirá que otros profesionales implicados en la formación del residente (especialmente el jefe de servicio o el responsable actual con el que se encuentre rotando) establezcan momentos o espacios similares de contacto con el residente, más aún si éste se implica en trabajos o proyectos de investigación comunes.

Las entrevistas estructuradas tutor-residente se programarán con carácter trimestral: en ellas se dará cuenta de los conocimientos adquiridos, de las habilidades desarrolladas, de las actividades en las que ha participado y de los problemas o dificultades que haya encontrado el residente en este tiempo. Se entregará la memoria del trimestre –obligatoria- y se repasarán aquellos puntos que ésta recoja.

Las hojas de entrevistas estructuradas formativa Tutor/Residente del CHN tendrá el formato estandarizado y aprobado por la Comisión de Docencia y deberá entregarse en soporte informático (Word, pdf).

Toda esta documentación relativa a las entrevistas estructuradas o de feed-back se incorporará a los correspondientes expedientes y quedarán custodiadas en la secretaria de la Comisión de Docencia.

3.-Fichas de evaluación sumativa del MSSSI

La evaluación y control del progreso formativo son inherentes a la función docente y se consideran fundamentales para asegurar la calidad de la formación. Las evaluaciones serán múltiples, justas, con un nivel progresivo de exigencia y sistemáticas, de modo que el seguimiento sea lo más armónico posible. **Se realizarán con cada rotación o cambio de médico adjunto responsable y como mínimo con un carácter semestral.**

Las fichas de evaluación sumativa registrarán por un lado los conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes que ha de haber desarrollado y alcanzado el residente, determinando en qué grado los posee, según los mínimos exigidos por el programa formativo.

Las hojas de evaluación sumativa tendrá el formato estandarizado del MSSSI y además , ha sido adaptado por la Comisión de Docencia para su correcta cumplimentación y deberá entregarse en soporte informático (Word, pdf).

Por otro lado registrarán de qué forma y en qué grado el residente:

Ha participado en el trabajo conjunto del equipo (participación y cooperación en el equipo, su apoyo en las decisiones del Servicio, colaboración en la resolución de problemas, su contribución al desarrollo del Servicio).

Ha mostrado espíritu de trabajo y ganas de hacer: realización de tareas encomendadas, ilusión en el trabajo, trabajar más allá de los mínimos exigidos, proposición de sugerencias, idoneidad del desempeño de sus funciones, búsqueda de la excelencia.

Ha demostrado autonomía profesional y responsabilidad: en la toma de decisiones, la gestión de recursos asignados, en uso correcto de los recursos, búsqueda de la eficiencia.

Y ha antepuesto en su quehacer diario el bien del enfermo a otras circunstancias, y adhiriéndose siempre a las exigencias éticas de la medicina.

MODOS DE ASEGURAR SUPERVISIÓN MIR

El cumplimiento del RD 183/2008 antes citado, se garantizará siempre la seguridad de los pacientes al tiempo que se permitirá el aprendizaje y la progresión de los especialistas en formación. La supervisión será activa y se encontrará incluida en los procedimientos de trabajo ordinarios de la Unidad.

Todo el equipo de la Unidad Docente se implicará en el seguimiento continuado del residente. Se controlará de forma rutinaria la presencia física del residente en su puesto de trabajo, así como la asistencia y participación en todas las sesiones clínicas del servicio e interdepartamentales, salvo causa justificada. Se garantizará el visado de todos los documentos de carácter asistencial (informes, órdenes de tratamiento) en los que intervenga el residente. Siempre existirá una figura de referencia, tutor o colaborador docente, en cada rotación o periodo formativo. Los encuentros semanales residente tutor,



así como los encuentros con el colaborador docente responsable facilitaran la coordinación entre todos en la formación.

Criterios de Evaluación del facultativo Residente

Evaluación Formativa:

Evaluación del Residente que de manera continuada hace el Tutor Docente a través de las entrevistas estructuradas, preferentemente realizadas a mitad de una rotación o bloque de rotaciones relacionadas, con el objetivo de detectar oportunidades de mejora y posibles soluciones antes de que se emita la ficha calificación de esa rotación.

El modelo de entrevista estructurada propuesto por la Comisión de Docencia se adjunta tanto en el Libro Básico del Residente así como en el informe anual del Tutor Docente.

Evaluación Anual:

Según la normativa enviada por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

Esta evaluación se fundamenta en el informe anual del Tutor Docente sobre cada uno de sus Residentes,

La evaluación se dividirá en tres aspectos:

La evaluación sumativa del Ministerio con las hojas de evaluación de todos y cada uno de los períodos de rotación, valorando al mismo tiempo el cumplimiento de objetivos marcados con sus niveles de responsabilidad-autonomía presentes en los Itinerarios Formativos Individualizados, que fueron elaborados a principio de año para cada Residente.

Calificación del Libro Básico del Residente visado por el Tutor Docente.

Informe Anual de su Tutor Docente.

Evaluación último año de Residencia, final:

Según la normativa enviada por el Ministerio de Sanidad y Política Social. Esta evaluación se fundamenta en los informes anuales del Tutor Docente sobre cada uno de sus Residentes, durante todo su periodo de residencia. Estos informes son presentados ante el Comité de Evaluación, que se constituye conforme a la normativa anteriormente mencionada, y en los



plazos y forma indicados (generalmente durante el mes de mayo, a continuación de las evaluaciones anuales y sus respectivos plazos de publicación y reclamación).



Enero 2014

LIBRO BÁSICO DEL RESIDENTE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

RESIDENTE:

ESPECIALIDAD: UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE GERIATRÍA MIR

PERIODO DE RESIDENCIA:



Elaborado por: Comisión de Docencia CHN
Fecha de edición: Enero 2014
Aprobado por la Comisión de Docencia, febrero 2014

ESTRUCTURA DEL LIBRO DEL RESIDENTE

1. Competencias Asistenciales

Ficha de evaluación del Residente del Ministerio de Sanidad

1.1 Actividades de evaluación formativa

Ficha de entrevista Tutor-Residente o de Feedback

2. Actividades docentes

3. Competencias relacionadas con la investigación

4. Encuestas

5. Documentación anexa

1. COMPETENCIAS ASISTENCIALES:

Plan individualizado de rotaciones (añadir las filas necesarias)

Año de residencia	Servicio/Sección	Periodo	Responsable docente (Tutor del Servicio receptor)

Periodos vacacionales, permisos y otras ausencias justificadas

VACACIONES Y PERMISOS	VACACIONES ANUALES	DÍAS DE LIBRE DISPOSICIÓN	ASISTENCIA CURSOS/ CONGRESOS	OTROS
R1 (Especificar fechas)				
R2 (Especificar fechas)				
R3 (Especificar fechas)				
R4 (Especificar fechas)				
R5 (Especificar fechas)				

Listado de competencias adquiridas en cada rotación

(rellenar una ficha por cada rotación) Independientemente de la cumplimentación de estos apartados para cada una de las rotaciones será necesaria la cumplimentación de la [ficha de](#)



[evaluación del residente del Ministerio de Sanidad](#) por parte del responsable de cada rotación. Esta ficha deberá enviarse a la Comisión de Docencia como hasta ahora.

ROTACIÓN	
Fechas de la rotación	
Competencias adquiridas	
Nombre responsable docente	

Autorreflexión sobre la rotación

Aspectos satisfactorios	
Aspectos mejorables y propuestas específicas de mejora	
ROTACIÓN	
Fechas de la rotación	



Competencias adquiridas	
Nombre responsable docente	

Autorreflexión sobre la rotación

Aspectos satisfactorios	
Aspectos mejorables y propuestas específicas de mejora	



*Actividad asistencial: **Añadir las filas necesarias en cada apartado***

Procedimientos

Procedimiento	Nº de procedimientos realizados	Fecha de realización

Intervenciones

Tipo Cirugía	Procedimientos realizados (nº)	Fecha intervención

Técnicas especiales

Tipo técnica	Procedimientos realizados (nº)	Periodo de realización

Consultas

Servicio/ Sección	Periodo	Media de pacientes vistos en consulta

Interconsultas

Servicio/ Sección	Periodo	Número de interconsultas



Visitas de planta

Servicio/ Sección	Periodo	Media de pacientes vistos en planta

Otras actividades:

ACTIVIDAD	Periodo de realización	Observaciones



Actividades de evaluación formativa

[Registro de entrevistas estructuradas con el tutor o de feed-back](#)

(Rellenar por cada entrevista realizada con el tutor, recomendado un mínimo de 4 al año).

Año de residencia	Fecha	Nº de entrevista	Tutor



2. ACTIVIDADES DOCENTES

Programa Transversal y Complementario del Residente CHN obligatorio (aprobado por la Comisión de Docencia del 7 de marzo 2013) (PTCR)

CURSO	REALIZACIÓN (anualidad formativa en la que se realiza)	FECHA
Historia Clínica Informatizada		
Iniciación a la Medicina de Urgencias		
Soporte Vital Avanzado		
Curso básico de protección radiológica		
Biblioteca Virtual		
Comunicación y entrevista clínica		
Elaboración de proyectos de investigación en ciencias de la salud		
Uso racional del medicamento		
Radiología básica para el diagnóstico clínico		
Taller de manejo de conflictos éticos (Unificado con el curso de Ética en la relación clínica)		
Buenas prácticas clínicas en Investigación		
Estadística aplicada a la investigación en Ciencias de la Salud		
Taller de publicación de trabajos en investigación		
Taller de adiestramiento práctico en cirugía laparoscópica * Cir. General, Urología, Ginecología		

Observaciones personales sobre la satisfacción de los cursos (contenido, fecha, año de residencia, profesorado...) y sugerencias de otros cursos.



--

Otros cursos realizados por los Residentes del CHN

CURSO	LUGAR DE REALIZACIÓN	FECHA
Programa de acciones de acogida para residentes de primer año CHN		
Curso de Oncología para Residentes CHN		
Taller de Rayos CHN		
Curso de		
Curso de		



Acciones formativas recibidas (como discente):

- Sesiones clínicas a las que ha asistido:

Fecha	Título	Docente	Servicio

- Sesiones bibliográficas o de lectura crítica a las que ha asistido

Fecha	Título	Docente	Servicio

- Sesiones de casos clínicos a las que ha asistido

Fecha	Título	Docente	Servicio

- Sesiones clínicas generales docentes a las que ha asistido (obligatoria 50% aprobado por la Comisión de Docencia el 8 de noviembre de 2012)

Fecha	Título	Docente	Servicio

- English Clinical Sessions: cross training voluntary.

Fecha	Título	Docente	Servicio



Actividad como docente

- Sesiones clínicas que ha impartido:

Fecha	Título	Docente	Servicio

- Sesiones bibliográficas o de lectura crítica que ha impartido

Fecha	Título	Docente	Servicio

- Sesiones de casos clínicos que ha impartido

Fecha	Título	Docente	Servicio

- Sesiones clínicas generales docentes que ha impartido

Fecha	Título	Docente	Servicio

- Cursos y seminarios en los que ha participado como docente

Ejemplo: Fecha. **Ponencia o tema impartido** en el **Nombre del curso/congreso (modalidad: presencial, online o mixto: presencial/online)** organizado por, celebrado en..... los días con una duración de..... horas lectivas. Esta actividad está acreditada por con créditos.

- Cursos, congresos y seminarios

Ejemplo:

Nombre del curso/congreso (modalidad: presencial, online o mixto: presencial/online) organizado por....., celebrado en..... los días con una duración de..... horas lectivas. Esta actividad está acreditada por con créditos.

Actividad como docente

- Sesiones clínicas que ha impartido:

Fecha	Título	Docente	Servicio
--------------	---------------	----------------	-----------------

- Sesiones bibliográficas o de lectura crítica que ha impartido

Fecha	Título	Docente	Servicio
--------------	---------------	----------------	-----------------

- Sesiones de casos clínicos que ha impartido

Fecha	Título	Docente	Servicio
--------------	---------------	----------------	-----------------

- Sesiones clínicas generales docentes que ha impartido

Fecha	Título	Docente	Servicio
--------------	---------------	----------------	-----------------



- Cursos y seminarios en los que ha participado como docente

Ejemplo: Fecha. **Ponencia o tema impartido** en el **Nombre del curso/congreso (modalidad: presencial, online o mixto: presencial/online)** organizado por, celebrado en..... los días con una duración de..... horas lectivas. Esta actividad está acreditada por con créditos.



4. COMPETENCIAS RELACIONADAS CON LA INVESTIGACIÓN: (según [normas de Vancouver](#))

Comunicaciones a congresos nacionales (oral y póster) *Ejemplo de comunicación a congreso: indicar todos los autores. Título. Nombre del congreso o reunión. Ciudad (Estado y/o país), fechas de celebración.*

Comunicaciones a congresos internacionales (oral y póster) indicar todos los autores. Título. Nombre del congreso o reunión. Ciudad (Estado y/o país), fechas de celebración.

Artículos publicados en revistas indexadas (indicando factor de impacto)

Ejemplo de artículo de revista: indicar todos los autores. Título de artículo. Título abreviado del Título de la revista. Año; vol. (no.) :pág. inicial – pág. final

Artículos publicados en revistas no indexadas

Libros completos o capítulos de libros con ISBN

Ejemplo de capítulo de libro: Título del capítulo. En: Autores o editores del libro. Título del libro. Lugar de edición: editorial; año. pág. inicial – pág. final.

Libros completos o capítulos de libros sin ISBN

Escuela de doctorado

Cursos de doctorado
Nº de créditos



Duración desde:

hasta:

Premios obtenidos

Título del proyecto:

Entidad financiadora del premio:

Nombre del premio:

Fecha:

Grado de participación y responsabilidades en el proyecto:

Participación en sociedades científicas

Participación en Comisiones Clínicas

Enumera los ítems

<i>Comunicaciones a congresos nacionales</i>	<i>Comunicaciones a congresos internacionales</i>	<i>Artículos publicados en revistas indexadas</i>	<i>Estudios de Máster</i>	<i>Tesis Doctoral</i>	<i>Participación en proyectos de investigación</i>	<i>Premios obtenidos</i>	<i>Becas</i>



Fdo. Residente

Fecha:

**EVALUACIÓN ANUAL. UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE GERIATRIA MIR***Objetivos específicos operativos/actividades por año de residencia*

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA.				
	Criterio objetivo (si lo hubiera)	Cumplimiento subjetivo (1-10)	Cumplimiento subjetivo (1-10)	Propuestas de mejora
1 Conocimientos:				
a) Conoce la estructura física del hospital, la ubicación de distintos servicios. Sus peculiaridades.	.			
b) Ha adquirido los conocimientos suficientes y establecido las bases que le permiten desarrollar una asistencia de las urgencias generales del hospital.				
c) Solicita los exámenes complementarios para el estudio del enfermo, ajustándolos a su caso concreto y con conocimiento real de los periodos de entrega y de la relación interés de la información recibida/coste del examen				
d) Conoce la bioquímica , fisiología y fisiopatología del envejecimiento.				
e) Ha aprendido las técnicas básicas de exploración general necesarias para el diagnóstico.				



f) Conoce a nivel básico la metodología de la investigación.				
g) Tiene conocimientos básicos de informática aplicada a la medicina.				
h) Ha realizado el curso de soporte vital avanzado				
i) Ha realizado el curso de historia clínica informatizada				
j) Ha mantenido un contacto inicial con las técnicas/ tests de valoración funcional				
2 Habilidades:				
a) Está familiarizado con la organización asistencial del hospital, sus diversos servicios, biblioteca, etc., y conoce con suficiente amplitud los métodos diagnósticos y terapéuticos de que dispone. Nivel 1.				
b) Confecciona historias clínicas con la metodología propia de la unidad donde se encuentre y efectúa una exploración clínica completa. Nivel 2.				
c) Se encuentra familiarizado con la exploración general y funcional, con los síndromes geriátricos más frecuentes y con las peculiaridades de la presentación de las enfermedades en el anciano. Nivel 2.				



d) Ha aprendido los procedimientos básicos de laboratorio necesarios para el diagnóstico de las enfermedades. Nivel 2				
e) Ha aprendido el manejo de las distintas fuentes bibliográficas, incluyendo aquellas de soporte informático. Nivel 1.				
3 Actitudes con los pacientes:				
a) Ha aprendido a recoger la información que el enfermo y/o allegados le brinda, sabiendo deslindar lo fundamental de lo accesorio.				
b) Sabe informar a los pacientes y/o a sus familiares en relación con el proceso que el enfermo padece.				
4 Actividades:				
<i>Asistenciales:</i>				
a) Elabora historias clínicas. Nivel 1.				
b) Aprende la semiología y técnica exploratoria propia de cada una de las especialidades por las que rota. Nivel 2.				
c) Participa en las guardias de urgencias del hospital adscrito a Medicina Interna, Cirugía, y, en su caso, Dermatología. Nivel 2.				



d) Realiza las técnicas diagnósticas básicas de cada especialidad. Nivel 2.				
e) Aporta unas nociones básicas geriátricas en el abordaje de pacientes de otras especialidades Nivel 3.				
f) Observa, describe y aporta el punto de vista geriátrico en los pacientes del Servicio de Urgencias. Nivel 1.				
<i>Científicas:</i>				
a) Asiste a los seminarios y sesiones clínicas del hospital, singularmente aquellas que se programen para médicos residentes. Nivel 2.				
b) Asiste y participa en los seminarios y sesiones que se programen en la unidad donde se encuentre. Nivel 2				
c) Ayuda en la preparación de comunicaciones al personal de la Unidad. Nivel 2				
d) Asume la responsabilidad del estudio de conocimientos teóricos, según las indicaciones del tutor. Nivel 1				

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA.				
	Criterio objetivo (si lo hubiera)	Cumplimiento subjetivo (1-10)	Cumplimiento subjetivo (1-10)	Propuestas de mejora
1 Conocimientos:				
a) Reconoce las patologías mas frecuentes del anciano. con sus variantes clínicas, curso natural, características diferenciales y pronóstico.				
b) Conoce la terapéutica básica. Razones por las que se emplea un tipo de medicación distinta en las diversas fases evolutivas del mismo proceso				
c) Tiene conocimientos teóricos básicos del manejo farmacológico y no farmacológico asi como de los fundamentos de sus indicaciones y contraindicaciones.				
d) Conoce las particularidades biológicas de los distintos síndromes geriátricos.				
e) Conoce las técnicas microbiológicas				



y serológicas más comunes utilizadas para el diagnóstico de las enfermedades sistémicas mas frecuentes.				
f) Conoce los recursos asistenciales, su interacción y su coordinación.				
g) Está capacitado para interactuar con las familias y/o cuidadores principales.				
2 Habilidades:				
a) Confecciona historias clínicas, realizando exploraciones y planteando diagnóstico diferencial de los enfermos. Nivel 1.				
b) Confecciona historias especializadas desde el punto de vista geriátrico (físico, funcional, social) con las escalas al uso mas habituales). Nivel 1.				
c) Conoce la metodología, realización e interpretación de las pruebas de imagen y de laboratorio de uso cotidiano.				
d) Realización de técnicas diagnóstico-terapéuticas (gasometría, vías centrales, artrocentesis,				



toracocentesis, punción lumbar, paracentesis). Nivel 1.				
e) Conoce, en sus inicios la ética médica en relación con los problemas de los ancianos. Nivel 1.				
3 Actitudes con los pacientes:				
a) Sabe explicar al enfermo y familia el significado de la enfermedad y el tratamiento a realizar, para conseguir una colaboración terapéutica satisfactoria.				
b) Sabe instruir a los enfermos y familiares de las terapéuticas más comunes y el modo de realizarlas.				
4 Actividades.				
<i>1 Asistenciales:</i>				
a) Asiste a la policlínica con singular interés en la clínica de contacto, practica historias especializadas, aplica e interpreta las pruebas diagnósticas, etc. Nivel 2.				
b) Participa en las guardias del hospital. Nivel 2.				



<i>Científicas:</i>				
a) Asume la responsabilidad del estudio de conocimientos teóricos, según las indicaciones del tutor				
b) Prepara y presenta casos clínicos en sesiones del Servicio, en las Generales del Complejo Hospitalario y en reuniones regionales y/o nacionales.				
c) Colabora en las publicaciones de la unidad.				



Evaluación no objetiva

TERCER AÑO DE RESIDENCIA				
	Criterio objetivo (si lo hubiera)	Cumplimiento subjetivo (1-10)	Cumplimiento subjetivo (1-10)	Propuestas de mejora
1 Conocimientos:				
a) Ha aprendido a elaborar juicios diagnósticos y plantear diagnósticos diferenciales, establecer el diagnóstico final y proceder a un adecuado tratamiento de las patologías más comunes.				
b) Conoce la dinámica de Unidades asistenciales diferentes a la UGA, la tipología de pacientes subsidiarios y sus procedimientos diagnósticos y terapéuticos.				
c) Conoce la epidemiología del envejecimiento, y la fisiopatología de la fragilidad y discapacidad, con sus posibilidades de prevención y de intervención				
d) Sabe orientar el diagnóstico de los procesos más comunes.				



e) Ideas básicas sobre procedimientos diagnósticos y de investigación especiales.				
f) Ha realizado un curso teórico-práctico de metodología de la comunicación.				
2 Habilidades:				
a) Resuelve casos clínicos simples en la policlínica. Nivel 1.				
b) Sabe utilizar los procedimientos diagnósticos y de tratamiento en los procesos más habituales. Nivel 1.				
c) Conoce las técnicas del manejo multidisciplinar. Nivel 1.				
d) Conoce las técnicas de comunicación con el paciente, familiares y personal de instituciones sociosanitarias. Nivel 1.				
e) Investiga en algún área relacionada con el envejecimiento. Nivel 1.				
3 Actitudes con los pacientes:				
a) Actitud con el enfermo en fase Terminal.				
b) Informa a los enfermos y familiares.				



4 Actividades.				
<i>Asistenciales:</i>				
a) Continúa adscrito a la policlínica, aunque con especial énfasis en otros niveles asistenciales. Nivel 2.				
b) Colabora en la labor asistencial de la unidad. Nivel 2.				
c) Ayuda a los geriatras de la unidad docente en las consultas interdepartamentales. Nivel 2.				
d) Participa en las guardias del hospital. Nivel 2.				
<i>2 Científicas:</i>				
a) Elabora comunicaciones para su presentación en reuniones y congresos.				
b) Colabora en la elaboración de trabajos, revisiones de casuística, etc.				
c) Elabora publicaciones de casos clínicos.				
d) Revisa los casos interesantes surgidos en la Unidad de Agudos y comenta posteriormente los casos con miembros de plantilla de la unidad				



e) Asume la responsabilidad del estudio de conocimientos teóricos, según las indicaciones del tutor.				
--	--	--	--	--



Evaluación no objetiva

CUARTO AÑO DE RESIDENCIA				
	Criterio objetivo (si lo hubiera)	Cumplimiento subjetivo (1- 10)	Cumplimiento subjetivo (1- 10)	Propuestas de mejora
1 Conocimientos:				
a) Posee los conocimientos doctrinales en grado suficiente para desempeñar adecuadamente la especialidad.				
b) Posee los conocimientos suficientes para diagnosticar las enfermedades más comunes en el ámbito de la Geriatría.				
c) Ha adquirido conocimientos básicos y aplicaciones clínicas de indicación, manejo y liderazgo de otros niveles asistenciales.				
d) Tiene conocimientos fisiopatológicos y clínicos de discapacidad y fragilidad.				
e) Conocimientos de interacción con otros profesionales.				
f) Posee los conocimientos suficientes				



para la exposición pública de ponencias, comunicaciones y Planes/Propuestas de futuro.				
2 Habilidades:				
a) Se desenvuelve en la policlínica y resuelve los problemas que en ella se plantean. Nivel 1.				
b) Atiende las consultas inter-departamentales del hospital procedentes de los diversos servicios. Nivel 1.				
c) Maneja adecuadamente los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en relación con la Geriátrica. Nivel 1.				
d) Utiliza correctamente los test mas habituales utilizados en la valoración geriátrica. Nivel 1.				
e) Posee el hábito suficiente de comunicación con pacientes/familiares/otros profesionales. Nivel 1.				
f) Maneja adecuadamente los recursos disponibles en su Area.				
3 Actitudes con los pacientes:				



a) Ha adquirido los conocimientos y las habilidades suficientes para establecer una relación fluida con los pacientes, adquiriendo los hábitos necesarios para el correcto enfoque de los mismos, incluyendo sus aspectos clínicos, terapéuticos y éticos.				
4 Actividades.				
<i>Asistenciales:</i>				
a) Se responsabiliza de la consulta externa de Geriatría bajo la supervisión de un geriatra del servicio. Nivel 2.				
b) Asiste con suficiencia a los enfermos hospitalizados, bajo la dirección de los geriatras de la unidad. Nivel 2.				
c) Estancia a tiempo parcial en la unidad externa de reconocido prestigio. Nivel 2.				
d) Participa, con responsabilidad compartida con los geriatras de la unidad, en la labor investigadora. Nivel 2.				
e) Participa en las guardias del hospital				



adscrito a la unidad de Geriatria. Nivel 2.				
<i>2 Científicas:</i>				
a) Una vez adquirida la anterior experiencia, el médico en formación debe estar incluido en un programa de investigación, con la idea de aspirar al grado de doctor en un futuro próximo de su periodo de post-especialización.				
b) Elabora trabajos y colaborar en el diseño de estudios y protocolos.				
c) Ha asumido la responsabilidad del estudio de conocimientos teóricos, según las indicaciones del tutor.				
d) Participa y asiste a cursos o programas de formación especializada y congresos internacionales				



MODELO INFORME TUTOR

Aprobado por la Comisión de Docencia del
Complejo Hospitalario de Navarra Febrero, 2014

MODELO DE INFORME ANUAL DEL TUTOR

DOCENTE

DATOS DEL RESIDENTE

Nombre y apellidos

Especialidad y año de residencia.

DATOS DEL TUTOR DOCENTE

Nombre y apellidos

e-mail de contacto



ESTRUCTURA DE INFORME DEL TUTOR

1. EVALUACIÓN FORMATIVA:

HOJAS DE ENTREVISTAS TUTOR-RESIDENTES FEEDBACK

2. EVALUACIÓN SUMATIVA:

HOJAS DEL MINISTERIO DE EVALUACIÓN DE LAS ROTACIONES

3. INFORME DE EVALUACIÓN DE LA ANUALIDAD FORMATIVA

4. ACTIVIDADES DE FORMACIÓN EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

5. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

6. ANEXO



1. EVALUACIÓN FORMATIVA, ENTREVISTAS TUTOR-RESIDENTE O DE FEEDBACK

Registro de entrevistas, hojas de feedback

(Cumplimentar una línea por cada entrevista de evaluación formativa, recomendado mínimo cuatro al año. Adjuntar como anexo las entrevistas o copias de las mismas).

Anualidad formativa	Fecha entrevista previa	Fecha informe	Observaciones



Resumen de la evolución del residente durante la anualidad formativa

- Puntos fuertes (basados en los informes de evaluación formativa)

1.

2.

3.

...

- Áreas de mejora (basadas en los informes de evaluación formativa)

1.

2.

3.



- Plan de áreas de mejora:

Área de mejora	Plan propuesto	Duración



2. EVALUACIÓN SUMATIVA, HOJAS DEL MINISTERIO DE EVALUACIÓN DE LAS ROTACIONES:

[Ficha de evaluación del Residente Hoja del Ministerio de Sanidad](#)

- Tanto las internas como las externas (anexar copia de la ficha de evaluación)

ROTACION / UNIDAD	CENTRO	DURACION/ PERIODO	CALIFICACION (De 0 a 3)

OPCIONAL RESULTADOS DE PRUEBAS OBJETIVAS REALIZADAS A LO LARGO DE LA ANUALIDAD FORMATIVA (se reflejará el resultado y se anexará la prueba)

PRUEBA-ACCIÓN FORMATIVA	CALIFICACIÓN



3. INFORME DE EVALUACIÓN DE LA ANUALIDAD FORMATIVA

Periodo formativo evaluado:				
DIMENSIONES	0 (Nulo)	1 (Bajo)	2 (Adecuado)	3 (Alto)
1.- Grado de compromiso del Residente				
Observaciones y áreas de mejora:				
2.-Adquisición de Competencias:				
	Asistenciales			
	Docentes			
	Investigadoras			
Total				
Observaciones y áreas de mejora:				
3.- Enfoque diagnóstico				
Observaciones y áreas de mejora:				
4.- Toma de decisiones a su nivel de autonomía / responsabilidad				
Observaciones y áreas de mejora:				



5.- Utilización de recursos				
Observaciones y áreas de mejora:				
6.- Motivación				
Observaciones y áreas de mejora:				
7.- Asistencia / Puntualidad				
Observaciones y áreas de mejora:				
8.- Relaciones con el paciente y familiares				
Observaciones y áreas de mejora:				
9.- Cumplimentación del libro del residente				
Observaciones y áreas de mejora:				
10. Participación en el trabajo en				



Equipo				
Observaciones y áreas de mejora:				
11.- Propuesta de acciones de mejora: (0-1) Revisar ritmo programa formativo, (2) continuar el desarrollo del programa, (3) individualizar programa				
12.- Valoración global:				
Observaciones personales:				

4. ACTIVIDADES DE FORMACIÓN EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

CURSOS COMO DOCENTE	LUGAR DE REALIZACIÓN	FECHA
COACHING		

CURSOS COMO DISCENTE	LUGAR DE REALIZACIÓN	FECHA



Fecha.....

Fdo. Tutor



EVALUACION DE ROTACION

APELLIDOS Y NOMBRE		
NACIONALIDAD	DNI/PASAPORTE	
CENTRO		
TITULACION	ESPECIALIDAD	AÑO RESIDENCIA
TUTOR:		

ROTACION

CONTENIDO	DURACION:	DE	A
UNIDAD	CENTRO		
JEFE DE LA UNIDAD ASISTENCIAL			

EVALUACION CONTINUADA

A.-CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES

1. NIVEL DE CONOCIMIENTOS TEORICOS ADQUIRIDOS

0	Muy escasos, sus pocos conocimientos le impiden efectuar razonamientos clínico-prácticos válidos; no parece comprender mucho lo que estudia o lee. O bien en apariencia, no suele estudiar o leer.	
1	Limitados pero suficientes para realizar la actividad profesional.	
2	Adecuados que le permiten una buena práctica profesional.	
3	Excelentes, es brillante.	

2. NIVEL DE HABILIDADES ADQUIRIDAS

0	No parece capaz de aprender muchas de las destrezas propias de la especialidad.	
1	Se adiestra con alguna dificultad, lentamente, pero lo consigue.	
2	Se adiestra a buen ritmo, de acuerdo a los objetivos señalados en su programa de formación.	
3	Excelente ritmo y calidad de los adiestramientos.	

3. HABILIDAD EN EL ENFOQUE DIAGNÓSTICO

0	No muestra ningún criterio razonable a la hora de realizar el enfoque diagnóstico o de los problemas.	
1	Refiere criterios razonables, ante varias opciones diagnósticas o posibles soluciones habitualmente elige el criterio adecuado.	
2	Ante varias opciones diagnósticas o posibles soluciones casi siempre elige la correcta, con unos criterios total y adecuadamente razonados.	
3	Siempre elige la hipótesis más razonable en términos prácticos, completamente adecuada a la realidad. Capaz de considerar hipótesis sofisticadas pero razonables. Capacidad de enfoque diagnóstico excelente.	

4. CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES

0	Toma decisiones precipitadas que conducen a un error, no toma decisiones nunca, siempre espera que alguien las asuma.	
1	No suele asumir decisiones de cierto riesgo, aunque sus conocimientos se lo permitan.	
2	Adopta decisiones adecuadas a su nivel de conocimientos, y suelen ser correctas.	
3	Toma decisiones con rapidez y la mejor para su nivel de conocimientos. Conoce sus limitaciones y evita decisiones que sabe que le sobrepasan. Decisiones en ocasiones intuitivas pero exitosas.	

5. UTILIZACIÓN RACIONAL DE LOS RECURSOS

0	Realiza gran número de exploraciones o tratamientos sin justificación.	
1	El proceso de utilización de recursos es ligeramente desajustado. A veces sugiere exploraciones o tratamiento de baja utilidad para el caso.	
2	Planea el empleo de recursos de forma habitualmente correcta.	



3	Piensa siempre en términos de eficiencia: la exploración o tratamiento decisivos entre los menos arriesgados y menos caros.	
---	---	--

MEDIA (A)**B.-ACTITUDES****1. MOTIVACION****1.- Motivación:**

- a) Muestra interés por el paciente y entorno, realizando –si es posible- la historia clínica del paciente de primer día de una forma adecuada.
 b) Estudia los casos clínicos actualizando los conocimientos científicos y colabora voluntariamente – si es posible- en el mantenimiento al día de las historias clínicas de forma detallada.
 c) Valora con otros profesionales el significado de ciertos resultados o la evolución de los enfermos intentando obtener el máximo rendimiento.

0	No cumple ninguno de los apartados.	
1	Cumple el criterio a.	
2	Cumple el criterio a y b.	
3	Cumple los tres criterios.	

2. DEDICACION: tiempo de dedicación a las labores asistenciales encomendadas

0	El tiempo de dedicación a las actividades del Servicio es escaso.	
1	Dedica el tiempo justo a las actividades del Servicio, pero le permite alcanzar los objetivos docentes.	
2	Su dedicación a las labores del Servicio es la adecuada, permitiéndole alcanzar los objetivos docentes de forma destacada.	
3	No sólo tiene una dedicación excepcional, sino que profundiza en el conocimiento de la patología de los pacientes y en otras actividades del Servicio.	

3. INICIATIVA:

0	Realiza las actividades específicas de la rotación siempre a demanda del tutor.	
1	Realiza las actividades de la rotación habitualmente por propia iniciativa sin necesidad de requerírsele.	
2	Propone con frecuencia al tutor actividades clínicas, docentes y de investigación sin ser requerido para ello.	
3	Propone y dinamiza la puesta en marcha de actividades asistenciales, docentes y de investigación al resto del equipo.	

4. PUNTUALIDAD / ASISTENCIA a las diversas actividades y nivel de responsabilidad, cumple el horario de trabajo y asume la responsabilidad necesaria ante el paciente

0	Nunca o casi nunca.	
1	Habitualmente.	
2	Siempre.	
3	Dedicación horaria por encima de su jornada laboral.	

5. RESPONSABILIDAD: asume la responsabilidad necesaria ante el paciente

0	Nunca o casi nunca.	
1	Habitualmente.	
2	Siempre.	
3	Alto nivel de responsabilidad.	

6. RELACIONES EQUIPO DE TRABAJO

0	Muestra una total indiferencia ante los problemas y/o decisiones del Equipo. No participa en las actividades del Equipo (reuniones, sesiones...)	
1	Ocasionalmente es poco tolerante o muestra una cierta indiferencia ante determinados problemas y/o decisiones del Equipo. Participa pasivamente en las actividades mostrando poco interés.	
2	Relaciones adecuadas. Toma interés ante los problemas y/o decisiones del Equipo. Participa en las actividades del Equipo con interés.	
3	Relaciones amigables. Toma interés y participa activamente en los problemas, actividades, toma de decisiones e iniciativas que implican al Equipo. Totalmente integrado.	

MEDIA (B)

CALIFICACION EVALUACION CONTINUADA
(70% A + 30% B)

CALIFICACION (1)	CAUSA E. NEG. (3)



Comisión de Docencia

Complejo Hospitalario de Navarra

CALIFICACION LIBRO DEL ESPECIALISTA EN FORMACION

CALIFICACION (1)	CAUSA E. NEG. (3)

En _____ a _____ de _____ de _____.

VISTO BUENO: RESPONSABLE DE LA ROTACION

EL TUTOR

Fdo _____

Fdo.:



ENTREVISTA TUTOR RESIDENTE

Entrevista Feedback

Tutor: _____

Médico Residente: _____

Año de residencia: R1 [] R2 [] R3 [] R4 [] R5 []

Fecha de la entrevista: _____ Número entrevista: 1 [] 2 [] 3 [] 4 []

Rotación por el Servicio de _____ Duración _____ meses

Adjunto responsable durante su rotación _____

¿Se han repasado los objetivos docentes de la rotación actual? Sí [] No []

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Habilidades / aptitudes / destrezas

Conocimientos teóricos

Conocimientos prácticos

Publicaciones

Trato con el personal:

Grado de responsabilidad:



Adecuación del grado de responsabilidad Sí [] No []



Aspectos a mejorar

Conocimientos teóricos

Conocimientos prácticos

CONCLUSIONES

Fecha de la próxima entrevista _____

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del tutor

Firma del residente
