

Especialidad: **GERIATRÍA**



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO GALEGO de SAÚDE | **Xerencia de Xestión Integrada de Vigo**



Firmado	Fecha de actualización:	
Dr Pérez Soto	Actualización del tutor	Fecha: 01. 03. 2019
	VºBº Comisión de Docencia	Fecha: 00. 00. 0000
Tutor de residentes	Vº Bº Dirección Médica	Fecha: 00. 00. 0000

Índice

1. RECURSOS Y ACTIVIDADES DEL SERVICIO	
A. Introducción.....	3
B. Misión, objetivos y campo de acción.....	3
C. Recursos Humanos.....	4
D. Recursos Físicos.....	5
E. Recursos Técnicos.....	5
F. Cartera de Servicios	5
G. Publicaciones y participación en ensayos.....	6
H. Líneas de investigación.....	10
I. Actividades docentes.....	11
2. PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD	
A. Programa de rotaciones por cada año de residencia.....	11
B. Guardias: dónde realiza las guardias en cada período.....	15
3. ACTIVIDADES DOCENTES.....	16
A. Asistencia a las sesiones generales del hospital y del Servicio en el que esté rotando	
B. Sesiones de servicio (que tiene que realizar el residente)	
I. Casos clínicos: periodicidad o número	
II. Revisión bibliográfica: periodicidad o número	
III. Otras tipos de sesiones	
C. Cursos del Plan Transversal del Centro a los que tiene que asistir	
D. Cursos del Plan Específico del Centro a los que tiene que asistir	
E. Cursos o Congresos fuera del hospital	
I. Obligatorios	
II. Aconsejables	
III. Optativos	
F. Formación en investigación y Publicaciones	
I. Objetivos de investigación/publicación mínimos	
4. RESPONSABILIDAD PROGRESIVA Y TUTELA DECRECIENTE POR AÑO DE RESIDENCIA.....	17
5. MATERIAL DOCENTE DISPONIBLE	18
A. Libros en formato papel o electrónicos	
B. Revistas de la especialidad a la que hay acceso a través de la Biblioteca del CHUVI o del Mergullador del SERGAS, o bien por suscripción del Servicio.	
C. Acceso a Internet	
6. EVALUACIÓN.....	19
7. OBLIGACIONES DOCUMENTALES.....	20

1. RECURSOS Y ACTIVIDADES DEL SERVICIO

• INTRODUCCIÓN

La Sección de Geriátría del Hospital do Meixoeiro de Vigo fue acreditada para la docencia de postgrado MIR en el año 2000 y recibió su primer residente en 2002. En 2006 fue ampliada su acreditación docente, encontrándose en la actualidad acreditada para recibir y formar dos residentes por año.

La unificación de tres hospitales previamente independientes y con diferentes áreas sanitarias en un complejo hospitalario (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo) y el desarrollo de un único área de población para el mismo, cambió la perspectiva de Servicios y especialidades y tan solo fue posible mediante la planificación, desarrollo, acuerdo, implementarse y revisión continua de un plan estratégico (http://sli.uvigo.es/CTG/fontes/MEDIGAL/MED_242.pdf) que estableció las bases de la actividad asistencial, docente e investigadora en 2006. En dicho plan, se recoge el envejecimiento poblacional como uno de los grandes retos de la asistencia sanitaria moderna en nuestro área y la necesidad de desarrollo de un área estratégica específica de envejecimiento y atención a pacientes ancianos.

La Sección de Geriátría pasó de tener una población de referencia de 140.000 habitantes con una tasa de envejecimiento del 19,5% a una de 600.000 usuarios con un envejecimiento del 17%; lo cual supone un

incremento substancial en el número de individuos potencialmente subsidiarios de manejo por Geriatría. Es de esperar que, acorde con los cambios de política sanitaria en el área Sur de Pontevedra, la ausencia de dispositivos de asistencia geriátrica en dos de los tres grandes hospitales de Vigo y el 100% de los Centros de Salud, conducirán a un incremento de dispositivos asistenciales y especializados por parte de nuestra especialidad en este área de salud en los años próximos.

• **MISION, OBJETIVOS Y CAMPO DE ACCIÓN**

El envejecimiento de la población es uno de los logros más importantes alcanzados en el último siglo. Dieciocho de los veinte países del mundo con los mayores porcentajes de personas mayores están situados en el ámbito de la Unión Europea en la que el 16,5% de la población tiene más de 65 años.

En nuestro país este porcentaje es del 16,66%, lo que supone que 7.500.000 españoles superan esa edad; de ellos, 2.000.000 son mayores de 80 años, situándose ya la expectativa de vida desde el nacimiento en 83 años para las mujeres.

En los próximos 20 años, continuará el incremento del porcentaje de personas pertenecientes a estos grupos de edad, incluyendo a los muy mayores (es decir, personas de 80 y más años) que pasará, en relación a la población mayor de 65 años, desde el 27% actual a más del 30%.

La política vigente en la Unión Europea se propone promover la integración social de las personas mayores. En este contexto, optimizar su estado de salud y prevenir la enfermedad son elementos claves para conseguir dicha integración. La política fundamental sobre envejecimiento en Europa y España definida bajo el lema «hacia una Europa para todas las edades», destaca tres temas principales en relación con la salud y las personas mayores: prevención, igualdad de acceso y calidad adecuada de la asistencia. El cumplimiento de estos objetivos requiere alcanzar una sólida base de conocimiento gerontológico que detecte las necesidades y retos que se plantean al final de la vida e incorpore una propuesta de actuación sistemática que contemple las complejidades de la aparición y control de la enfermedad. La medicina geriátrica se ha desarrollado para dar réplica a estas necesidades especiales demostrando su capacidad para responder, de una manera eficiente, no solo en términos de calidad de vida individual, sino también en cuanto a la utilización de personal y recursos disponibles.

La geriatría surge como respuesta de la medicina para atender las necesidades sanitarias y asistenciales de las personas mayores. Existen múltiples estudios que demuestran la validez y la eficiencia de la intervención geriátrica, tanto en el ámbito hospitalario como en la atención ambulatoria, comunitaria y continuada. Esta orientación hacia la eficacia, así como el objetivo de añadir vida a los años, son factores esenciales para cumplir el reto de maximizar los beneficios sanitarios y sociales para las personas mayores, paliando al mismo tiempo las limitaciones de financiación de los servicios sanitarios.

En este sentido deben recordarse las directrices marcadas por Naciones Unidas en Madrid durante la asamblea Mundial del Envejecimiento 2002, enmarcadas en el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento, según las cuales «debe disponerse de servicios de salud concebidos para atender las necesidades especiales de las personas de edad, teniendo en cuenta la introducción de la medicina geriátrica en los planes de estudios universitarios y sistemas de atención de la salud pertinentes, según corresponda».

Definición de la especialidad y campo de acción:

La Sección de Geriatría del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo nació con la MISIÓN de ofrecer a los usuarios del área de salud de Vigo y comarca atención geriátrica especializada, es decir, prestar atención a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos. Nuestro objetivo prioritario es la recuperación funcional del anciano enfermo e incapacitado hasta el máximo nivel posible de autonomía e independencia, facilitando así su reintegración a una vida autosuficiente en el domicilio y entorno habitual. Los OBJETIVOS particulares del servicio y 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 movilización de todos los recursos para integrar en la comunidad el mayor número de ancianos posible.
- ⇒ La organización de una asistencia prolongada a los ancianos que lo necesiten.

☞ La investigación, la docencia y la formación continuada de sus propios especialistas y del personal relacionado con dicha especialidad.

Partiendo del concepto que la Geriátrica no es la medicina de los mayores de 65 años, pues no todas las personas mayores se benefician de la asistencia geriátrica, y que el paciente geriátrico requiere una intervención alternativa o complementaria más allá de la prestada desde el enfoque médico “clásico” (por problemas o enfermedades) a pacientes adultos mayores. Se establece como CAMPO DE ACCIÓN del Servicio:

⌘ La asistencia al paciente geriátrico que es aquel paciente generalmente mayor de 75 años, con pluripatología relevante, alto riesgo de dependencia, patología mental acompañante o predominante, y problemática social condicionante de su estado de salud,

⌘ La realización de intervenciones precoces dirigidas al anciano frágil (entendido como portador de específico riesgo de pérdida de independencia a corto o medio plazo),

⌘ El abordaje, además de las enfermedades concretas en su forma tradicional, de los denominados Síndromes Geriátricos, entendidos como situaciones patológicas complejas de alta prevalencia en ancianos, que tienen en común el constituir una forma de presentación inespecífica de la enfermedad, mantener una escasa relación anatómica con la patología que los precipita y ser una frecuente causa de incapacidad.

La asistencia geriátrica sólo puede llevarse a cabo, de forma adecuada, dentro de un sector sanitario y social en el que trabajen coordinadamente el servicio de geriatría, los equipos de atención primaria y los servicios sociales comunitarios. La consecución de los objetivos de la asistencia geriátrica se ha basado en 3 pilares: niveles asistenciales, equipo interdisciplinario, y valoración geriátrica integral del paciente.

• RECURSOS HUMANOS

Jefe de Sección:	Carlos Rodríguez Pascual
Facultativos Especialistas de área:	Marta Pérez García María Teresa Olcoz Chiva José Manuel Vega Andión Daniel Pérez Soto (Tutor de Residentes)

MIR Geriátrica (Uno por año con dos plazas acreditadas por año)	
Supervisora de planta de hospitalización:	Ana Belén Paz Flores
Enfermeras Unidad Geriátrica de Agudos (UGA):	13
Auxiliares de enfermería (UGA):	13
Auxiliar enfermería consulta externa:	1
Neuropsicóloga:	1
Trabajadores sociales (compartidos)	2
Administrativo (compartido)	
Hospital de día (compartido)	
Enfermeras	2
Auxiliar enfermería	1
Geriatría para Ortogeriatría	1

• RECURSOS FÍSICOS

Camas asignadas (UGA):	34
Camas funcionales según ocupación:	34
Camas Ortogeriatría, variable según ocupación.	
Locales de consulta externa:	2
Hospital de día (compartido)	
Consulta externa de Geriatría:	

• RECURSOS TÉCNICOS

Aulas para sesiones docentes	
En el propio servicio:	1
En el hospital:	3
Elementos de proyección en cada aula docente	1
Ordenadores de sobremesa	11
Ordenadores portátiles	1

Biblioteca Hospital do Meixoeiro biblioteca.meixoeiro@sergas.es
Horario: Lunes-Viernes: 8-15 h.

Personal: Manuel Ángel Pérez Gómez y Amelia Cibeira Badía

Biblioteca virtual (http://www.sergas.es/MostrarContidos_Portais.aspx?IdPaxina=60600)
Acceso a través de Intranet y desde fuera de ella

La Biblioteca Virtual BiblioSaúde está constituida por el conjunto de Bibliotecas del Sistema Sanitario Público Galego y trabaja en el desarrollo de una biblioteca digital para los profesionales y usuarios de los servicios públicos de salud. El objetivo es poner a disposición de los usuarios información relevante para la toma de decisiones en la práctica clínica, la docencia y la investigación, además de fomentar la actualización.

La finalidad es difundir el conocimiento científico-técnico en Ciencias de la Salud a través de Internet, y reunir en un único sitio diferentes fuentes de información, garantizando la calidad y actualización de sus contenidos.

En junio de 2009 se formalizó su dependencia estructural orgánica desde la Secretaría General de la Consellería, y en junio de 2011 se procedió a publicar la Orden de creación

Historia electrónica y múltiples recursos electrónicos

Dirección personal de correo electrónico para personal adscrito al hospital

• CARTERA DE SERVICIOS y POLITICA DE CALIDAD

La Sección de geriatría está encuadrado asistencialmente en el área médica y cuenta con diferentes niveles asistenciales, relacionados entre sí, para atender a las variadas situaciones de enfermedad que presentan los ancianos: aguda, crónica e invalidante, física o mental; es decir, constituir una forma organizada de llevar a cabo la integración de los servicios de agudos y cuidados continuados. Dichos niveles son:

- Unidad Geriátrica de Agudos
- Orto geriatria
- Cardio geriatria
- Oncohematogeriatría
- Interconsultas hospitalarias
- Hospital de día
- Consultas Externa

Gestión Clínica: El Servicio de Geriatría viene trabajando en la organización y gestión del centro sanitario, fundamentalmente a través de su participación en diversas comisiones hospitalarias, y en la coordinación entre distintos niveles asistenciales, distintas especialidades y servicios centrales.

Asimismo participa en la gestión, proporcionando en forma periódica y oportuna la información requerida a la Dirección del Hospital, administrando y controlando los recursos asignados, participando en la autoevaluación continua de la actividad y de la consecución de los objetivos y metas establecidos.

Prevención, información y Educación Sanitaria: Como corresponde a todas las profesiones sanitarias, desde el servicio de Geriatría también se participa activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias. Los miembros del Servicio siempre han estado abiertos a colaborar y participar en los diferentes ámbitos y con las diferentes instituciones u organismos, en aspectos relativos a la atención del anciano.

F. PUBLICACIONES Y PARTICIPACIONES EN ENSAYOS:

Zuluaga MC, Guallar-Castillón P, López-García E, Banegas JR, Conde-Herrera M, Olcoz-Chiva M, Rodríguez-Pascual C, Rodríguez-Artalejo F. *Generic and disease-specific quality of life as a predictor of long-term mortality in heart failure*. Eur J Heart Fail. 2010 Dec;12(12):1372-8. doi: 10.1093/eurjhf/hfq163. Epub 2010 Sep 22. PubMed PMID: 20861126.

So you want to be... a geriatrician. Singh I, Vilches A, Manku L, Wallace J. British Journal of Hospital Medicine 2010; 71 (9): M144.

Midodrine Hydrochloride is safe and Effective in Very Elderly Patients with Neurocardiogenic Syncope. Paling D, Vilches-Moraga A, Akram Q, Atkinson O, Staniland J, Paredes-Galan E. JAGS 2010; 58 (10): 2026–2050.

EUROPEAN GERIATRIC MEDICINE DUBLIN

Differential characteristics and prognosis of elderly heart failure patients depending on hospital care: Acute Geriatric Unit vs. Cardiology ward. Lazarini-Diaz Barriga JA, Vilches-Moraga A, Fernández-Barbeira S, Paredes-Galán E, Rodríguez-Pascual C, Ferrero-Martinez AI, Rey-García G, Narro-Vidal M, Torrente-Carballido M, Lopez-Sánchez MJ, Lopez-Sierra A, Vega-Andion JM. Comunicación oral. Congreso de la European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS) 2010, Dublin.

Differential characteristics and prognosis of patients admitted to an Acute Geriatric Unit depending on the presence or absence of heart failure. Vilches-Moraga A, Lazarini-Diaz Barriga JA, Fernández-Barbeira S, Paredes-Galán E, Ferrero-Martinez AI, Rodríguez-Pascual C, Narro-Vidal M, Rey-García G, Torrente-Carballido M, Lopez-Sánchez MJ, Lopez-Sierra A, Vega-Andion JM, Olcoz-Chiva MT. Poster. Congreso de la European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS) 2010, Dublin.

Prognosis and predictive indicators of mortality on patients admitted to an Acute Geriatric Unit depending on the presence or absence of heart failure. Lazarini-Diaz Barriga JA, Fernández-Barbeira S, Vilches-Moraga A, Paredes-Galán E, Rodríguez-Pascual C, Ferrero-Martinez AI, Narro-Vidal M, Torrente-Carballido M, Lopez-Sánchez MJ, Vega-Andion JM, Lopez-Sierra A, Olcoz-Chiva MT, Rey-García G. Poster. Congreso de la European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS) 2010, Dublin.

Prognosis and predictive indicators of mortality on heart failure patients depending on hospital care: Acute Geriatric Unit vs. Cardiology ward. Fernández-Barbeira S, Lazarini-Diaz Barriga JA, Vilches-Moraga A, Paredes-Galán E, Rodríguez-Pascual C, Ferrero-Martinez AI, Rey-García G, Narro-Vidal M, Torrente-Carballido M, Lopez-Sánchez MJ, Vega-Andion JM, Olcoz-Chiva MT, Lopez-Sierra A. Poster. Congreso de la European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS) 2010, Dublin.

Health related quality of life determinants in elderly patients admitted with acutely decompensated heart failure. Rodríguez-Pascual C, Paredes-Galan E, Vilches-Moraga A, Ferrero-Martínez AI, Torrente-Carballido M, Lopez-Sanchez MJ. Poster. Congreso de la European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS) 2010, Dublin.

Geriatric assessment index and survival in elderly patients with heart failure. Rodríguez-Pascual C, Vilches-Moraga A, Ferrero-Martínez AI, Torrente-Carballido M, Lopez-Sanchez MJ Paredes-Galan E. Poster. Congreso de la European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS) 2010, Dublin.

Two year resource utilization by elderly patients following hospitalisation with heartFailure. Carbajo-Vivente M, Paredes-Galan E, Vilches-Moraga A, Ferrero-Martinez AI, Lopez sanchez MJ, Lazarini-Diaz Barriga JA, Fernandez-Barbeira S, Rodriguez Pascual C. Poster. Congreso de la European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS) 2010, Dublin.

Abstracts published on European Geriatric Medicine 2010; 1 (1): S1-S172

EUROPEAN CARDIOLOGY ESTOCOLM

Change in health-related quality of life and mortality in very old patients with heart failure. C. Rodríguez Pascual, E. Paredes-Galan, F. Rodríguez-Artalejo, A. Vilches Moraga, A. Ferrero-Martinez, M. Torrente, MJ. Lopez-Sanchez

Health related quality of life is a better prognostic predictor than NYHA functional class in elderly patients after a heart failure admission. C. Rodríguez Pascual, E. Paredes-Galan, F. Rodríguez-Artalejo, A. Vilches Moraga, A. Ferrero-Martinez, M. Torrente, MJ. Lopez-Sanchez

Health related quality of life determinants in elderly patients admitted with acutely decompensated heart failure. C. Rodríguez Pascual, E. Paredes-Galan, F. Rodríguez-Artalejo, A. Vilches Moraga, A. Ferrero-Martinez, M. Torrente, MJ. Lopez-Sanchez

EUROPEAN HEART FAILURE BERLIN

Acute heart failure in older patients: profile and prediction of mortality. Rodríguez-Pascual C, Vilches-Moraga A, Ferrero AI, Olcoz-Chiva MT, Lopez-Sierra A, Vega-Andion JM, Lopez-Sanchez MJ, Torrente-Carballido M, Paredes-Galan E.

Influence on mortality of an outpatient clinic for very elderly patients with heart failure and high comorbidity. C. Rodríguez Pascual, A. Vilches-Moraga, E. Paredes-Galan, MJ. Lopez-Sanchez, A. Ferrero Martinez, M. Torrente

AMERICAN HEART ASSOCIATION CHIGAGO

Medium Term Prognosis In Non-ST Segment Elevation Acute Coronary Syndromes In The Older Older. Clinical Outcomes Depending On Invasive Vs. Conservative Strategies. I Villanueva, I Solla, E Paredes, A Vilches, Ó Díaz, JA Baz, F Calvo, A Iñiguez,

BRITISH GERIATRICS SOCIETY

Caritid sinus syndrome is common in older adults assessed for syncope and unexplained falls, and is more common in adults older than 80: 7 year results of a systematic falls and syncope assessment pathway. D Paling, G Akram, A Vilches, J Staniland, O Atkinson.

Características diferenciadoras de ancianos ingresados por insuficiencia cardíaca en función del servicio de referencia: cardiología o unidad geriátrica de agudos. Fernández Barbeira S, Vilches Moraga A, Paredes Galán E, Lazarini Díaz Barriga JA, Ferrero Martínez AI, Rodríguez Pascual C

Factores relacionados con la mortalidad a 12 y 24 meses tras la hospitalización de ancianos con insuficiencia cardíaca en función del servicio de referencia: cardiología o unidad geriátrica de agudos. Fernández Barbeira S, Vilches Moraga A, Paredes Galán E, Lazarini Díaz Barriga JA, Ferrero Martínez AI, López Sánchez MJ, Lopez Sanchez MJ

Características diferenciadoras de ancianos ingresados en una unidad geriátrica de agudos en función de presencia o ausencia de insuficiencia cardíaca al ingreso. Lazarini Díaz Barriga JA, Paredes E, Vilches Moraga A, Fernandez Barbeira S, Ferrero Martínez AI, Rodríguez Pascual C

Factores relacionados con la mortalidad a 12 meses tras la hospitalización en una unidad geriátrica de agudos en función de presencia o ausencia de insuficiencia cardíaca al ingreso. Lazarini JA¹, Paredes E², Vilches A¹, Fernandez S², Ferrero Martínez AI¹, Lopez Sanchez MJ¹

Clorhidrato de midodrina como tratamiento farmacológico eficaz en el manejo del síncope y/o caídas recurrentes de pacientes ancianos con hipotensión ortostática, síndrome del seno carotídeo o síncope vasovagal. Vilches Moraga A, Narro Vidal M, Ferrero Martínez AI, Paling D, Staniland J, Oliver A

Comunicaciones publicadas en la Rev Esp Geriatr y Gerontol 2010; 44 (Espec Cong): 1-176

SOCIEDAD ESPAÑOLA CARDIOLOGIA

Fernández Barbeira S, Lazarini Díaz-Barriga JA, **Vilches Moraga A**, Paredes Galán E, Rodríguez Pascual C, Calvo F. *Características diferenciadoras de ancianos ingresados por insuficiencia cardíaca según el servicio de referencia: cardiología o unidad geriátrica de agudos.* Poster. Congreso nacional de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) 2010, Valencia.

Zuluaga MC, Guallar-Castillón P, Conthe P, Rodríguez-Pascual C, Graciani A, León-Muñoz LM, Gutiérrez-Fisac JL, Regidor E, Rodríguez-Artalejo F. *Housing conditions and mortality in older patients hospitalized for heart failure.* Am Heart J. 2011 May;161(5):950-5. doi: 10.1016/j.ahj.2011.03.002. Epub 2011 Apr 2. PubMed PMID: 21570528.

Rodríguez-Pascual C, Rodríguez-Justo S, García-Villar E, Narro-Vidal M, Torrente-Carballido M, Paredes-Galan E. *Quality of life, characteristics and metabolic control in diabetic geriatric patients.* Maturitas. 2011 Aug;69(4):343-7. doi: 10.1016/j.maturitas.2011.05.001. Epub 2011 Jun 16. PubMed PMID: 21680120.

Paling D, Vilches-Moraga A, Akram Q, Atkinson O, Staniland J, Paredes-Galán E. *Carotid sinus syndrome is common in very elderly patients undergoing tilt table testing and carotid sinus massage because of syncope or unexplained falls.* Aging Clin Exp Res. 2011 Aug;23(4):304-8. PubMed PMID: 22067373.

EUGMS. Developing geriatric medicine in the European Union. ISBN 13. 978-84-695-0729-2

The Geriatric Assessment Score is a Proper Clinical Tool to Stratify Older Old Patients Admitted with Heart Failure for In-Hospital and Two-Year Survival. Carlos Rodríguez-Pascual, Emilio Paredes-Galan, Daniel Perez-Soto, Arturo Vilches-Moraga, Ana Isabel Ferrero-Martínez, Marta Torrente-Carballido, Jose Antonio Lazarini. AHA, Orlando 2011.

Comprehensive geriatric assessment and hospital mortality among older adults with decompensated heart failure. Rodríguez-Pascual C, Vilches-Moraga A, Paredes-Galan E, Ferrero-Martínez AI, Torrente-Carballido M, Lazarini-Díaz-Barriga JA, Perez-Soto D. EUGMS 2011. Malaga.

Systolic blood pressure and mortality in older old patients with heart failure. Rodriguez-Pascual C, Vilches-Moraga A, Perez-Soto D, Ferrero-Matínez AI, Lazarini-Díaz-Barriga JA, Torrente-Carballido M. EUGMS 2011, Malaga.
Prognostic value of delirium on mortality in older old patients admitted with heart failure. Lazarini-Díaz-Barriga JA, Rodriguez-Pascual C, Vilches-Moraga A, Paredes-Galan E, Ferrero-Matínez AI, Torrente-Carballido M, Perez-Soto D. EUGMS 2011. Malaga.

Differential characteristics and prognosis of patients admitted to an acute geriatric unit depending on the reason for admission. Covadonga-Robles C, Perez-Soto D, Ferrero-Martinez AI, Rey-García G, Rodriguez-Pascual C, Vilches-Moraga A, Paredes-Galán E. EUGMS 2011, Malaga.

Differential characteristics and prognosis of elderly patients hospitalised with acute venous thromboembolism depending on hospital care: acute geriatric unit vs. other medical wards. Perez-Soto D, Vilches. Moraga A, Rodriguez-Calveiro R, Covadonga-Robles C, Lazarini-Díaz-Barriga JA, Paredes-Galán E, Rodriguez-Pascual C. EUGMS 2011, Malaga.

Predictive indicators of mortality after hospital discharge following venous thromboembolism: acute geriatric unit vs. other medical wards. Lazarini-Díaz-Barriga JA, Rodriguez-Calveiro R, Vilches. Moraga A, Pérez-Soto D, Covadonga-Robles C, Paredes-Galán E, Rodriguez-Pacual C. EUGMS 2011, Malaga.

Influence of comorbidity, function and cognitive impairment on long-term survival of very elderly patients following hospital discharge. Vilches-Moraga A, Pérez-Soto D, Rodriguez-Calveiro R, Lazarini-Díaz-Barriga JA, Covadonga-Robles C, Paredes-Galan E. EUGMS 2011, Malaga.

Clinical presentation, predisposing factors and functional status of very elderly patients hospitalised with venous thromboembolism. Rodriguez-Calveiro R, Vilches-Moraga A, Pérez-Soto D, Lazarini-Díaz-Barriga JA, Covadonga-Robles C, Paredes-Galán E, Rey-García G. EUGMS 2011.

Comparación de las características de pacientes con insuficiencia cardiaca en el sur de galicia según tres servicios de referencia: medicina interna, geriatría y hado. Montes-Santiago J, Vilches-Moraga A, Amador-Barciela L, Rey-García G. SEMI 2011.

Midodrine hydrochloride in the management of older adults with neurocardiogenic syncope and orthostatic hypotension: A prospective observational study. A. Vilches-Moraga, D. Paling, Q. Akram, O. Atkinson, J. Staniland, E. Paredes-Galán, C. Rodriguez-Pascual, J. Pérez-Jara. *European Geriatric Medicine, Volume 3, Issue 5, October 2012, Pages 295-298*

Comprehensive geriatric assessment and hospital mortality among older adults with decompensated heart failure. Carlos Rodríguez-Pascual, Arturo Vilches-Moraga, Emilio Paredes-Galán, Ana Isabel Ferrero-Marinez, Marta Torrente-Carballido, Fernando Rodríguez-Artalejo. *Am Heart J.* 2012 Nov;164(5):756-62

Perfil de seguridad y eficacia del dabigatran etexilato utilizado para la prevención de ictus o embolismo sistémico en fibrilación auricular no valvular en pacientes geriátricos. Vilches Moraga A, Taboada Rodriguez JC, Garrido Gonzalez L, Alvarez Perez AE, Rodriguez Pascual C, Paredes Galán E, Pérez Soto D.

Características de los ancianos tratados con dabigatran etexilato para la prevención de ictus o embolismo sistémico en fibrilación auricular no valvular. J. C. Taboada Rodriguez, L. Garrido Gonzalez, A. E. Alvarez Perez, E. Paredes Galan, C. Rodriguez Pascual, A. Vilches Moraga, I. Valdespino Paez.

Factores relacionados con la mortalidad en pacientes geriátricos tratados con dabigatran etexilato para la prevención de ictus o embolismo sistémico en fibrilación auricular no valvular. A. Vilches Moraga, L. Garrido Gonzalez, J. C. Taboada Rodriguez, A. E. Alvarez Perez, E. Paredes Galan, C. Rodriguez Pascual, J. A. Lazarini Diaz-Barriga.

EUROPEAN UNION GERIATRIC MEDICINE SOCIETY (Bruselas)

Factors associated with increased mortality in geriatric patients commenced on dabigatran etexilate for the prevention of stroke and systemic embolism in non-valvular atrial fibrillation. A. Vilches-Moraga, A. Alvarez-Prez, E. Paredes-Galán, C. Rodríguez-Pascual, J.C. Taboada-Rodríguez, L. Garrido-Gonzalez

Baseline characteristics of elderly patients receiving dabigatran etexilate for the prevention of stroke and systemic embolism in non-valvular atrial fibrillation. A. Vilches-Moraga, L. Garrido-González, C. Rodríguez-Pascual, E. Paredes-Galán, A. Alvarez-Prez, J.C. Taboada-Rodríguez

Safety profile and efficacy of Dabigatran Etexilate when used for the prevention of stroke and systemic embolism in geriatric patients with non-valvular atrial fibrillation. A. Vilches-Moraga, J.C. Taboada-Rodríguez, C. Rodríguez-Pascual, E. Paredes-Galán, A. Alvarez-Perez, L. Garrido-Gonzalez

Changes In Disease Knowledge And Self-Care Of Elderly Patients Enrolled In An Educational Program Following Hospitalisation For Decompensated Heart Failure. A.I. Ferrero-Martnez, A. Vilches-Moraga, M. Montilla, C. Fernandez Rodriguez, C. Preciados-Galan, R. Menndez-Colino, C. Bermejo Matias, C. Rodríguez-Pascual

NT pro-BNP Levels Predict 12 Months Mortality In Very Elderly Individuals Following Heart Failure Hospitalisation. A. Vilches-Moraga¹, E. Fernandez-Obanza¹, R. Menndez-Colino, E. Paredes-Galán, J.L. Gonzalez-Guerrero, H.J. Solano, C. Rodríguez-Pascual.

**The frailty syndrome is associated with adverse health outcomes in very old patients with stable heart failure: a prospective study in six Spanish hospitals*

Rodríguez-Pascual, Carlos and Paredes-Galán, Emilio and Ferrero-Martínez, Ana-Isabel and Gonzalez-Guerrero, Jose-Luis and Hornillos-Calvo, Mercedes and Menendez-Colino, Rocio and Torres-Torres, Ivett and Vilches-Moraga, Arturo and Galán, Maria-Concepcion and Suarez-Garcia, Francisco and Olcoz-Chiva, Maria-Teresa and Rodríguez-Artalejo, Fernando (2017) The frailty syndrome is associated with adverse health outcomes in very old patients with stable heart failure: a prospective study in six Spanish hospitals. *International Journal of Cardiology*, 236 . pp. 296-303. ISSN 0167-5273

**Safety of Direct Oral Anticoagulants and Vitamin K Antagonists in Oldest Old Patients: A Prospective Study*

CarlosRodríguez-PascualMD, PhDablvettTorres-TorresMDaAlejandroGómez-QuintanillaMDaAna IsabelFerrero-MartínezNPajagdishSharmaMD, PhDbAlbaGutiáncMaria CarmenBasaloMDcMarinaMontero-MaganMDaArturoVilches-MoragaMDadMaria-TeresaOlcoz-ChivaMDabEmilioParedes-GalánMDcFernandoRodríguez-ArtalejoMD, PhDc

**The frailty syndrome and mortality among very old patients with symptomatic severe aortic stenosis under different treatments*

Rodríguez-Pascual, Carlos and Paredes-Galán, Emilio and Ferrero-Martínez, Ana Isabel and Baz-Alonso, José Antonio and Durán-Muñoz, Darío and González-Babarro, Eva and Sanmartín, Marcelo and Parajes, Teresa and Torres-Torres, Ivett and Piñón-Esteban, Miguel and Calvo-Iglesias, Francisco and Olcoz-Chiva, María Teresa and Rodríguez-Artalejo, Fernando (2016) The frailty syndrome and mortality among very old patients with symptomatic severe aortic stenosis under different treatments. *International Journal of Cardiology*, 224 . pp. 125-131. ISSN 0167-5273

Full content URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.09.020>

**Health literacy and health outcomes in very old patients with heart failure.*

León-González, Rocio and García-Esquinas, Esther and Paredes-Galán, Emilio and Ferrero-Martínez, Ana Isabel and González-Guerrero, José-Luis and Hornillos-Calvo, Mercedes and Menéndez-Colino, Rocio and Torres-Torres, Ivett and Galán, María Concepción and Torrente-Carballido, Marta and Olcoz-Chiva, Mayte and Rodríguez Pascual, Carlos and Rodríguez-Artalejo, Fernando (2018) Health literacy and health outcomes in very old patients with heart failure. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 71 (3). pp. 178-184. ISSN 0300-8932

** Comorbidity and intervention in octogenarians with severe symptomatic aortic stenosis*

Manuel Martínez-Sellés,a,b., Pablo Díez-Villanueva, Domingo Sánchez-Sendina, Amelia Carro Heviac, Juan José Gómez Doblásd Bernardo García de la Villae, Luis Cornidef, Albert Alonso Tellog, Ramón Andión Ogandoh, Tomás Ripoll Verai, Antonio Arribas Jiménezk, Pilar Carrilloj, Carlos Rodríguez Pascuall, María Casares i Romevam, Xavier Borrasn, Sandra Vázquez, Ramón López-Palopj on behalf of the PEGASO Registry Group
International Journal of Cardiology, Volume 189, Pages 61–66

**Prospective registry of symptomatic severe aortic stenosis in octogenarians: a need for intervention*

Martínez-Sellés, M. and Gómez Doblás, J. J. and Carro Hevia, A. and García de la Villa, B. and Ferreira-González, I. and Alonso Tello, A. and Andión Ogando, R. and Ripoll Vera, T. and Arribas Jiménez, A. and Carrillo, P. and Rodríguez Pascual, C. and Casares i Romeva, M. and Borrás, X. and Cornide, L. and López-Palop, R. (2014) Prospective registry of symptomatic severe aortic stenosis in octogenarians: a need for intervention. Journal of Internal Medicine, 275 (6). pp. 608-620. ISSN 0954-6820

**Comprehensive geriatric assessment and 2-year mortality in elderly patients hospitalized for heart failure*

Rodríguez-Pascual, C. and Paredes-Galan, E. and Vilches-Moraga, A. and Ferrero-Martínez, A. I. and Torrente-Carballido, M. and Rodríguez-Artalejo, F. and UNSPECIFIED (2014) Comprehensive geriatric assessment and 2-year mortality in elderly patients hospitalized for heart failure. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, 7 (2). pp. 251-258. ISSN 1941-7713

G. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:

Insuficiencia cardíaca en el anciano
Fragilidad en paciente con IC
Anticoagulación en el paciente anciano. Nuevos anticoagulantes orales
Orto geriatria
Oncohematogeriatría
Deterioro cognitivo leve
Demencia
Deterioro cognitivo y factores de riesgo vascular
Papel del equipo geriátrico en centros sociosanitarios
Coordinación entre Geriatría y Atención Primaria

H. ACTIVIDADES DOCENTES:

- Sesiones clínicas :
 - * Propias de la Sección de Geriatría:
 - Organizativa: quincenal
 - Bibliográfica/casos clínicos: Semanal
 - Sesiones clínicas generales hospitalarias
- Cursos formativos relacionados con la especialidad
- Asistencia a congresos relacionados con la especialidad
 - Congreso anual nacional de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)
 - Reunión anual de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG)
 - Annual congress European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS)
 - International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG)
- Cursos y talleres organizados por otros Servicios:
- Introducción para el Residente (estructurada y ofertada por la comisión de Docencia)
- Resucitación cardiopulmonar básica y avanzada

2. PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD

El programa específico de formación de los MIR de geriatría en Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, acorde al nuevo programa formativo de la especialidad (ORDEN SCO/2603/2008).

Se esquematiza según los siguientes puntos:

1. Programa de Rotaciones durante
2. Actividades docentes y de investigación.
3. Contenidos del programa formativo y niveles de responsabilidad

1. PROGRAMA DE ROTACIONES

PERIODO FORMATIVO BÁSICO

Con carácter general, la finalidad de estas rotaciones es que el residente adquiera formación en el ámbito de otras especialidades médicas con el objetivo de adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que se consideran básicos para el adecuado tratamiento del paciente geriátrico, posibilitando, al mismo tiempo, que los residentes se relacionen con las unidades asistenciales y los profesionales de las especialidades más relacionados con la asistencia geriátrica. 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.

La duración máxima total de este periodo será de 18 meses, distribuido de la forma siguiente:

- **Rotaciones fijas:** La duración máxima total de este periodo será de 12 meses, distribuido en rotaciones de hasta 3 meses de la forma siguiente:

- a) Unidad geriátrica de agudos.
- b) Cardiología.
- c) Neurología.
- d) Radiología.
- e) Reumatología
- f) Cuidados Intensivos
- g) Ortojeriatria
- h) Psicogeriatría

- **Rotaciones optativas:** La duración de este periodo será de aproximadamente 6 meses, hasta completar los 18 meses del período formativo básico, distribuido en rotaciones de 1-2 meses, entre otras, en las siguientes áreas: Neumología, Aparato Digestivo, Endocrinología, Nefrología, Rehabilitación, Cuidados paliativos.

PERIODO FORMATIVO ESPECÍFICO

El objetivo general de estas rotaciones es el conocimiento de las bases de la asistencia de la medicina geriátrica y la provisión de los servicios adecuados. Las actividades serán las asistenciales propias de cada nivel: proceso diagnóstico y de valoración del caso, manejo terapéutico, participación activa en sesiones interdisciplinarias y específicas de cada Unidad, discusión sobre problemas éticos, e intervención en la planificación del alta.

La duración total de este periodo será de 30 meses, distribuido de la forma siguiente:

- **Rotaciones fijas:**

- a) Unidad Geriátrica de Agudos: duración 10-14 meses
- b) Unidad Geriátrica de Recuperación Funcional: duración 2-4 meses
- c) Hospital de Día Geriátrico: duración 2-4 meses
- d) Consultas Externas/ Interconsulta: duración 3-7 meses
- e) Asistencia Domiciliaria/Cuidados Comunitarios/Atención Primaria/Unidades Sociosanitarias: duración: 3-4 meses
- f) Psicogeriatría/Psiquiatría (puede incluirse como rotación en el periodo básico): duración 2-3 meses

- **Rotaciones opcionales:** Duración 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. Rotaciones en el extranjero en unidades de reconocido prestigio.

FORMACIÓN BÁSICA COMÚN

Esta formación es común para el conjunto de especialidades médicas e incluye los siguientes aspectos:

a) Metodología de la investigación: durante su formación el residente debe iniciarse en el conocimiento de la metodología de la investigación para ser capaz de realizar estudios de investigación ya sean de tipo observacional o experimental. También debe saber evaluar críticamente la literatura científica relativa a las ciencias de la salud, siendo capaz de diseñar un estudio, realizar la labor de campo, la recogida de datos, el análisis estadístico así como su discusión y elaboración de conclusiones que debe saber presentar como comunicación o publicación.

b) Habilidades con el paciente y bioética: el residente debe adquirir habilidades de comunicación con el paciente. Consentimiento informado. Consentimiento del paciente incapacitado. Confidencialidad y secreto profesional, así como aspectos relacionados con la ética, la deontología, los comités bioéticos y de investigación, etc.

c) Gestión Clínica y calidad: el residente debe conocer la cartera de servicios. El funcionamiento y organización de un servicio de geriatría. El concepto de calidad en el ámbito de la salud. La importancia de la coordinación. Los indicadores y criterios estándares de calidad. Guías de práctica clínica. Programas de garantía y control de calidad. Es recomendable que la formación a la que se ha hecho referencia en las anteriores letras a), b) y c) se organice por la Comisión de Docencia conjuntamente con residentes de otras especialidades y cuando ello no sea posible a través de cursos o sesiones específicas.

FORMACIÓN BÁSICA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

- 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 bio-psico-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 sociosanitarios.

- Medicina preventiva: Actividades preventivas y de promoción de la salud. Exámenes de salud y técnicas de cribado. Estrategias de actuación.

- Geriatría. 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 Geriatría. Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Otras disciplinas implicadas en el cuidado del anciano.

FORMACIÓN ESPECÍFICA DE GERIATRÍA DISTRIBUIDA POR ÁREAS

El programa abarca la formación en patología general, con especial énfasis en los aspectos más específicamente geriátricos. A continuación se reflejan los contenidos referentes a las otras especialidades médicas incluidas en el programa de rotaciones de nuestro centro y que se desarrollará por las siguientes áreas:

- Área de **CARDIOLOGÍA**. Conocimientos: Cambios anatómo-funcionales con el envejecimiento. Insuficiencia cardíaca. Enfermedad coronaria. Hipertensión arterial. Síncope. Trastornos del ritmo. Valvulopatías. Endocarditis infecciosa. Habilidades: auscultación cardíaca, registro tensional, interpretación electrocardiográfica, interpretación de test de esfuerzo, adecuación de procedimientos invasivos, manejo farmacológico, marcapasos externo. Actitudes: manejo de la historia clínica, enfoque cardiológico del paciente geriátrico, información al paciente y familia, y toma de decisiones adecuadas. Indicaciones de consulta especializada.

- Área de **NEUROLOGÍA**. Conocimientos: 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. Urgencias neurológicas. Habilidades: Exploración neurológica, examen del fondo de ojo, realización de punción lumbar, interpretación de técnicas de neuroimagen, indicaciones de procedimientos invasivos, manejo farmacológico específico. Actitudes: enfoque neurológico en la historia clínica, información al paciente y familia, toma de decisiones adecuadas y relación coste-beneficio en las técnicas a practicar. Indicaciones de consulta especializada.

- Área de **RADIOLOGÍA**: Objetivos: Interpretación de radiología del tórax y abdomen. Patrones radiológicos. TAC: Indicaciones y utilidad en el diagnóstico de la patología geriátrica. Resonancia nuclear magnética. Relación coste/beneficio en las diversas técnicas.

- Área de **REUMATOLOGÍA**: Conocimientos: 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. Habilidades: exploración física, medición de masa, fuerza y potencia muscular, interpretación radiológica, práctica de artrocentesis diagnóstica, uso de fármacos. Actitudes: historia clínica enfocada a la reumatología, adecuación en la petición de pruebas e indicación de tratamientos.

- Área de **NEUMOLOGÍA**. Conocimientos: 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. Habilidades: Realización de toracocentesis evacuadora y diagnóstica, indicaciones de la oxigenoterapia, indicaciones y manejo de la ventilación mecánica no invasiva, interpretación de pruebas de la función respiratoria y de radiodiagnóstico. Actitudes: adecuada historia clínica, petición de pruebas e indicación de tratamientos.

- Áreas de **HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA**. Conocimientos: Anemias, síndromes mielodisplásicos y mieloproliferativos, coagulopatías y trastornos plaquetarios, neoplasias del sistema linfóide, leucemias en el anciano, mieloma múltiple y otras gammopatías. Metástasis de origen desconocido. Valoración pronóstica del paciente oncológico. Habilidades: realización de la exploración física, indicación de pruebas diagnósticas, indicaciones de tratamiento transfusional. Actitudes: realización de la historia clínica, interpretación de pruebas, información al paciente oncológico y familiares en la fase de diagnóstico, tratamiento activo o de cuidado paliativo. Indicaciones de consulta especializada.

- Área del **APARATO DIGESTIVO**. Conocimientos: Trastornos esofágicos. Úlcera péptica. Neoplasias del tubo digestivo. Enfermedad inflamatoria intestinal. Íleo y pseudobstrucción intestinal. Manejo de la hemorragia digestiva en el anciano. Hepatopatías. Enfermedades de las vías biliares. Pancreatitis aguda y crónica. Habilidades: exploración física, realización de paracentesis abdominal, indicaciones de pruebas endoscópicas. Actitudes: Historia clínica. Adecuación de peticiones. Indicaciones de consulta especializada.

- Área de **NEFRO-UROLOGÍA**. Conocimientos: Cambios con el envejecimiento. Insuficiencia renal aguda y crónica, alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, infecciones de las vías urinarias, tumores de riñón y vías urinarias, afectación renal por enfermedades sistémicas. Yatrogenia. Patología de la próstata y vejiga. Disfunción eréctil. Alteraciones de la esfera sexual. Habilidades: Adecuada exploración física, incluyendo tacto rectal para valoración de la próstata. Ajuste terapéutico según función renal. Sondaje vesical. Criterios de diálisis. Actitudes: realización de la historia clínica, interpretación de pruebas de función renal. Indicaciones de cateterización y consulta especializada.

- Área de **ENDOCRINOLOGÍA Y METABOLISMO**. Conocimientos: 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. Habilidades: exploración física e interpretación de datos hormonales. Valoración nutricional y antropométrica del anciano. Actitudes: historia adecuadamente enfocada, educación sanitaria al paciente diabético y la familia.

- Área de CUIDADOS INTENSIVOS: Objetivos: Actuaciones en situaciones críticas. Reanimación cardiopulmonar 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 y factores pronósticos.

- Área de REHABILITACIÓN: Objetivos: Conocimiento de técnicas rehabilitadoras indicadas en geriatría; rehabilitación del ictus, fractura de cadera, amputación de MMII, extremidad superior, etc. Conocimientos de fisioterapia, terapia ocupacional y logoterapia. Ortesis y ayudas técnicas. Electromedicina.

- Área de PSIQUIATRÍA. Conocimientos: Depresión: clasificación, tipos, diagnóstico diferencial, manejo del paciente y su entorno. Trastornos por ansiedad. Perfil psicopatológico de la demencia. Habilidades: adecuada realización de la entrevista, identificación de situaciones físicas y sociales asociadas a enfermedad mental, manejo adecuado de fármacos y terapias no farmacológicas. Actitudes: adecuada realización de la entrevista, información y acercamiento al grupo familiar, entorno social y cuidador principal. Indicaciones de consulta especializada.

- Área de CUIDADOS PALIATIVOS: Objetivos: 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 cuidados, uso y adecuación de servicios socio-comunitarios. Relación con el paciente y familia. Soporte psicológico y consejo.

El resto de contenidos, entre los que se incluyen los propiamente referidos a la Geriatría y los de otras especialidades no incluidas en el programa de rotaciones, se desarrollará durante las rotaciones realizadas en el propio servicio de Geriatría conforme a lo establecido en el programa formativo oficial

PROGRAMA DE ROTACIONES EN EL HOSPITAL DO MEIXOEIRO

PRIMER AÑO

Unidad de Agudos (UGA)	3 meses
Neurología (NEURO)	2 meses
Radiología (RAYOS)	2 meses
Neumología	2 meses
HADO	1 mes

SEGUNDO AÑO

Unidad de Agudos	3 meses
Cardiología (CAR)	2 meses
UCI	2 meses
Reumatología (REU)	2 meses
Endocrinología	2 meses

TERCER AÑO

Unidad de Agudos. Consulta Externa	5 meses
Ortojeriatria	2 meses
Psicogeriatría	2 meses
Optativa	2 meses

CUARTO AÑO

Unidad de Agudos.	6 meses
Consultas externas	6 meses

ROTACIONES EXTERNAS

Los residentes pueden realizar periodos formativos en centros o dispositivos no previstos en el programa de formación ni en la acreditación otorgada al centro o unidad docente. Las rotaciones externas deben estar autorizadas por el órgano competente de la correspondiente comunidad autónoma.

El centro docente debe asegurar que estos periodos de rotación externa cumplen los siguientes requisitos:

- ⇒ Son propuestas por el tutor a la CD, justificando su necesidad por ampliación de conocimientos o por el aprendizaje de técnicas no practicadas en el centro o unidad.
- ⇒ Se seleccionan, preferentemente, centros acreditados para la docencia, o centros nacionales o extranjeros de reconocido prestigio.
- ⇒ En el caso de especialidades de 4 o más años formativos, el periodo de rotación externa no puede tener una duración superior a 4 meses continuados, en un año, ni 12 meses totales en el conjunto del periodo formativo.

- ⇒ En el caso de especialidades de 1, 2 ó 3 años formativos, el periodo de rotación externa no puede tener una duración superior a 2, 4 ó 7 meses respectivamente, en el conjunto del periodo formativo.
- ⇒ Existe un compromiso expreso de la dirección/gerencia del centro de origen a continuar abonando al residente la totalidad de sus retribuciones.
- ⇒ Existe una aceptación expresa del Gerente, CD y Jefe de servicio del centro destino.

Las rotaciones externas deben quedar registradas en el libro del residente.

La condición fundamental para una rápida aceptación de una rotación externa es su correcta inclusión en el itinerario formativo tipo con una explicación detallada de los objetivos. Las rotaciones externas deficientemente argumentadas pueden tener una mayor dificultad para su aprobación definitiva. Las rotaciones externas deben pasar el filtro de la Comisión de Docencia, la Dirección del Centro, la Consellería de Sanidade y el Ministerio de Sanidad y Política Social.

Aunque en la documentación de la Unidad Docente (básicamente su programa formativo) todas las rotaciones, tanto internas como externas, estarán suficientemente argumentadas para ser aceptadas por la Comisión de Docencia, en el caso de las rotaciones externas se debe añadir una justificación adicional: la necesidad de hacerla fuera del hospital, al objeto de no desaprovechar nuestros propios recursos. Así el tutor debe señalar claramente el interés o motivos para su inclusión y porqué se aconseja en una determinada Unidad externa. La normativa de la Consellería de Sanidade dicta que las rotaciones externas se haga en centros acreditados para la docencia o en centros nacionales o extranjeros de reconocido prestigio.

Las mejoras alcanzadas en nuestro sistema sanitario, y particularmente en el programa de formación de especialistas, aconseja optimizar la capacidad docente disponible en nuestra Comunidad Autónoma, por lo que las rotaciones externas se realizarán preferentemente en sus centros acreditados, y sólo con carácter excepcional podrán autorizarse en centros no acreditados o de países extranjeros.

La Comisión de Docencia anima a realizar rotaciones externas de calidad bajo estos parámetros y solicita la colaboración de jefes de Unidad docente, tutores y residentes para la adecuada planificación, realización y evaluación de esta actividad. Estamos convencidos de que el adecuado uso de las rotaciones externas permitirá su mantenimiento institucional y la continuidad de esta fuente de conocimiento y de experiencia humana y social.

La rotación externa debe tener, como todas las rotaciones, objetivos claros y medibles. Se recomienda no indicar demasiados, sino más bien pocos y muy definidos, con el fin de facilitar la realización de los documentos y una fácil evaluación.

Los objetivos deben ser transmitidos al *tutor responsable en la Unidad de Destino*, con el fin de que nos aporte su evaluación formativa en el documento de evaluación de rotaciones.

GUARDIAS DURANTE EL PERIODO DE RESIDENCIA

Las guardias tienen un carácter formativo por lo que su realización durante el período de residencia es obligatoria. Durante todo el ejercicio formativo se realizarán guardias en urgencias del Hospital do Meixoeiro y en el área de hospitalización, recomendándose que según se avanza el programa formativo el número de guardias de urgencias disminuya a la vez que incrementa el de hospitalización.

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

En nuestro hospital los residentes realizan 5 guardias al mes en el Servicio de Urgencias durante al menos los 6 primeros meses del año 1 y la guardia del Servicio de Medicina Interna a partir del segundo año con un periodo de transición en el que las guardias de medicina interna se realizan bajo supervisión directa de residente mayor y adjunto.

EVALUACIÓN DE LAS ROTACIONES

La evaluación de los residentes se realiza al final de cada rotación por el facultativo responsable del área (planta de hospitalización, consulta, hospital de día) con el que ha rotado el residente, a través de una Ficha de evaluación rellena por el médico responsable de la rotación y el tutor y se envía a la comisión de docencia al finalizar la misma. Además el residente deberá elaborar una memoria anual obligatoria según un modelo estándar (Ficha 2 en anexos). En la evaluación anual, el tutor suma la nota de cada evaluación, calcula la media y añade la puntuación correspondiente a otras actividades (asistencia a cursos, comunicaciones a congresos, publicaciones, asistencia a cursos, sesiones presentadas, etc) junto al jefe del Servicio y al jefe de Estudios, de acuerdo a la ficha de Evaluación anual

Se realiza en los documentos *evaluación de rotación*, a cumplimentar por el Servicio donde rota el residente. Se puede usar el formato tradicional (hoja de evaluación de rotación) o mejor el nuevo modelo de "compromiso docente" que también permite la evaluación.

ROTACIONES EXTERNAS EN EL CHUVI

Afectan a residentes de otros centros que solicitan realizar rotaciones en Unidades o Subunidades docentes del CHUVI, y deben cumplir requisitos similares a los que estamos describiendo para nuestras rotaciones externas.

ACUERDOS CON OTROS CENTROS

La Comisión anima a que las rotaciones se establezcan mediante acuerdos más o menos permanentes con Unidades o Subunidades de otros Centros de reconocido prestigio. Esto garantiza una continuidad y calidad de las rotaciones externas, así como la posibilidad de un trato similar a todos nuestros residentes. En la práctica, algunas rotaciones ya se están realizando de esta manera y sólo falta su adecuada documentación.

RESIDENTES MEJOR EVALUADOS

Dadas las limitaciones existentes para realizar rotaciones en el extranjero, la Comisión recomienda que se tengan en cuenta las evaluaciones obtenidas por los residentes solicitantes para justificar su aceptación. No será el único criterio pero puede ayudar a decidir la conveniencia de la petición.

RESUMEN DE DOCUMENTOS RELACIONADOS CON LAS ROTACIONES

1. Itinerario formativo tipo
2. Plan individual de formación
3. Compromiso docente
4. Formato de solicitud de rotación (para las rotaciones externas)
5. Informes de evaluación del residente (para las rotaciones en el extranjero)

3. ACTIVIDADES DOCENTES

Son las actividades en que participa el residente, bien como asistencia o como ponente. Son en sí mismo un objetivo de calidad docente.

- Asistencia a las sesiones generales del hospital y de servicio (este es un apartado estándar para todos los programas docentes). Se marcará como objetivo asistir a todas las sesiones del servicio en que esté rotando, exceptuando causas de fuerza mayor, libranza de guardias, vacaciones o días de libre disposición (LD). Un objetivo razonable en cuanto a las sesiones del Hospital es asistir a un 70%
- Sesiones que debe realizar como ponente: definir el número y tipo de sesiones que debe hacer a lo largo del año o en las distintas rotaciones
 - Casos clínicos
 - Sesiones bibliográficas
 - Otros tipos de sesiones
- Cursos del Programa Común Complementario Mínimo* a los que debe asistir. Se realizan el primer año de residencia y pueden variar dependiendo de la especialidad. Indicamos a continuación la relación de cursos de este programa o plan.
 - Curso de Soporte Vital Avanzado
 - Curso de Soporte Vital Básico
 - Curso de Protección radiológica
 - Curso de Urgencias
 - Curso de Bioética
 - Curso de iniciación a la gestión clínica
 - Diseño de proyectos de investigación
- Otros cursos del Plan Transversal. Se debe señalar los que se consideren de interés y en qué año de residencia serían aconsejables. Se especificará también cuáles serían obligatorios y cuáles aconsejables.
 - Presentaciones en público
 - Búsqueda en Internet
 - Radiología de Urgencias
 - Biblioteca virtual SERGAS
 - Búsqueda bibliográfica
 - Uso seguro del medicamento
 - Soporte nutricional
 - Informática aplicada a la estadística
 - Manejo del dolor
 - Taller de Sepsis
 - Taller de habilidades quirúrgicas básicas
 - Estadística básica y epidemiología clínica
 - SPSS
 - Taller de insulino terapia

* Se llaman así porque son los considerados más básicos y de utilidad muy genérica, tienen una dotación económica específica

- Taller de Ventilación Mecánica no invasiva
- Inglés
- Cursos, congresos, talleres u otras actividades docentes del hospital o externas a las que el residente tenga que asistir obligatoriamente o por ser una actividad aconsejable. Es muy importante discriminar lo obligatorio de lo que no, pues esto tiene implicaciones a la hora de solicitar ayudas económicas (bolsas de viaje) a la Comisión de Docencia. Se debe determinar el año de residencia oportuno para su realización.
- Objetivos de publicaciones y labores de investigación. Dependerá del grado de implicación de la Unidad en actividades de investigación.
- Otro objetivo docente puede ser conseguir superar alguna de las certificaciones básicas de inglés.

4. RESPONSABILIDAD PROGRESIVA Y TUTELA DECRECIENTE POR CADA AÑO DE RESIDENCIA O ÁREA ASISTENCIAL

El RD 183/2008 y el artículo 20 de la ley 44/2003 establecen el deber general de supervisión inherente a los profesionales sanitarios que prestan servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen residentes. Dichos profesionales están obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes. El sistema de residencia implica la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se está cursando, y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los especialistas de los distintos dispositivos del centro por los que los R1 estén rotando o haciendo jornadas de atención continuada. Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas y demás documentos importantes relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

La supervisión decreciente a partir del segundo año de residencia tendrá carácter progresivo. A estos efectos el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los distintos especialistas del CHUVI, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias.

El residente se someterá a las indicaciones de los especialistas de la unidad donde está prestando servicio, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación. En todo caso, el residente tiene derecho a recurrir y consultar a estos profesionales cuando lo considere necesario. La responsabilidad asistencial progresiva del residente se especificará por año de residencia o por áreas de rotación, según las características de cada especialidad.

El nivel de responsabilidad será establecido en cuatro escalones (El tutor puede usar este formato en cuatro niveles, o seguir, si le es más cómodo, el establecido por la Comisión Nacional de la especialidad* que corresponda).

- **Actividades quirúrgicas y distintos tipos de procedimientos**
 - **Nivel de responsabilidad 4:** el residente observa
 - **Nivel de responsabilidad 3:** el residente ayuda
 - **Nivel de responsabilidad 2:** el residente actúa y el adjunto ayuda
 - **Nivel de responsabilidad 1:** el residente actúa sólo y solicita ayuda si lo necesita a un staff que está próximo y disponible.
- **Actividad médica**
 - Nivel de responsabilidad 4:
 - Historias Clínicas: el residente realiza tanto la anamnesis y la exploración física en compañía del adjunto responsable.
 - Valoración Geriátrica: el residente realiza las escalas sobre la situación funcional (tanto como para actividades básicas e instrumentales), escalas de deambulación, situación social y cognitiva del paciente acompañado del adjunto responsable.
 - Ex. Complementarios: el adjunto es quien indica las pruebas que se habrán de pedir para enfocar el diagnóstico y estudio del paciente.
 - Tratamiento: el adjunto explica la razón del tratamiento para el paciente.

* En las especialidades que su comisión nacional haya elaborado un documento de responsabilidad progresiva, se puede adjuntar éste al Itinerario Tipo de la Unidad Docente; en este caso podría no ser necesario desarrollar este apartado según la puntuación CHUVI.

- Informes de alta u otro tipo de informes: estos son realizados por los adjuntos.
- Guardias: el residente estará acompañado y supervisado por su adjunto responsable.

Nivel de responsabilidad 3:

- Historias Clínicas: el residente realiza tanto la anamnesis como la exploración física que luego será supervisada por su adjunto responsable.
- Valoración Geriátrica: el residente realiza las escalas sobre la situación funcional (tanto como para actividades básicas e instrumentales), escalas de deambulación, situación social y cognitiva del paciente para luego ser revisada por su adjunto responsable.
- Ex. Complementarios: el residente es quien sugiere las pruebas que se deben pedir para enfocar el diagnóstico y estudio del paciente.
- Tratamiento: al principio será elaborado por el residente, para después ser discutido y corregido por el adjunto.
- Informes de alta u otro tipo de informes: Los residentes realizarán los borradores de estos informes para que luego sean corregidos y revisados por el adjunto.
- Guardias: el residente realizará los ingresos y valorará a los pacientes que estén ingresados cuando estén descompensados, para luego ser comentados y supervisado por su adjunto responsable.

Nivel de responsabilidad 2:

- Historias Clínicas: el residente realiza tanto la anamnesis como la exploración física, luego es comentada al adjunto responsable, no siendo necesario que este lo vuelva a historiar o explorar.
- Valoración Geriátrica: el residente realiza las escalas sobre la situación funcional (tanto como para actividades básicas e instrumentales), escalas de deambulación, situación social y cognitiva del paciente sin la necesidad de ser reinterrogado por el adjunto.
- Ex. Complementarios: el residente plantea las pruebas diagnósticas necesarias para luego ser comentadas con el adjunto responsable.
- Tratamiento: será realizado por el residente, luego será comentado y explicado al adjunto, siendo corregido por este en el caso que sea necesario.
- Informes de alta u otro tipo de informes: Los residentes realizarán los informes para que luego ser revisados por el adjunto.
- Guardias: el residente realizará los ingresos y podrá atender a los pacientes ingresados que se encuentren descompensados, si existiera alguna duda deberá de ser comentado por su adjunto responsable.

Nivel de responsabilidad 1:

- En todos los apartados anteriormente mencionados, el residente tendrá autonomía para realizar las historias clínicas, valoración geriátrica, ex. complementarios, tratamiento e informes de Alta. Siempre ante cualquier duda podrá consultar a sus adjuntos responsables.

5. MATERIAL DOCENTE DISPONIBLE

*LIBROS

- Manual de Residentes de Geriátrica. SEGG
- Brocchurst's textbook of geriatric medicine and gerontology
- Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos Atención Sanitaria a los Mayores. Abizanda Soler
- Guía farmacogeriátrica de la Comunidad de Madrid
- Manual de protocolos y actuación en urgencias para residentes. Toledo
- Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Doce de Octubre
- Harrison. Tratado de Medicina Interna
- Medicina Clínica Farreras-Rozman
- Enfermedades cerebrovasculares. Martí-Villalta
- Joslin's Diabetes Mellitus
- Manual de Residentes de endocrinología y nutrición
- Eisemberg. Diagnóstico por imagen
- Braunwald. Tratado de Cardiología - Velázquez. Farmacología básica y clínica
- Oxford textbook of Geriatric medicine and Gerontology
- Geriatric physical therapy
- Orthopaedic assessment and treatment of geriatric patient
- Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría
- Manual Merck de Geriátrica
- Hand book of geriatric assessment -Rehabilitación médica de los ancianos

*REVISTAS y BASES DE DATOS

(Acceso vía internet)

- Journal of American Geriatrics Society (JAGS)
- Age and Ageing - Clinics in Geriatric Medicine
- Journal of Gerontology
- Archives Of Gerontology and Geriatrics
- Revista Española de Geriatría y Gerontología
- British Medical Journal (BMJ)
- Lancet
- New England Journal of Medicine
- Annals of Internal Medicine
- Archives of Internal Medicine
- Medicina Clínica (Barcelona)
- Mayo clinic proceedings
- PubMed
- SCIELO
- Web del conocimiento
- Cuidenplus
- Dialnet
- IME Índice Medico español

***SOCIEDADES CIENTIFICAS**

- Sociedad Gallega de Geriatría y Gerontología (SGXX). www.sex.es
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). www.segg.es
- Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG). www.semeg.es
- European Union of Geriatric Medicine Society (EUGMS). www.eums.org
- American Geriatrics Society (AGS). www.americangeriatrics.org
- British Geriatrics Society (BGS). www.bgs.org.uk
- International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG). www.iagg.com

6. EVALUACIÓN

Los siguientes aspectos pueden transcribirse en este apartado, teniendo en cuenta que el Plan de calidad docente del CHUVI detalla pormenorizadamente este procedimiento.

- Ficha de evaluación o compromiso docente firmada por el Tutor delegado o por el Jefe de Sección o de Servicio correspondiente después de cada rotación realizada (las guardias realizadas en el S. de Urgencias también son una rotación y se emite el correspondiente informe). La calificación sigue una escala de cuatro grados, pudiendo utilizar decimales para mejorar la objetividad:
 - 0 = insuficiente
 - 1 = suficiente
 - 2 = destacado
 - 3 = excelente
- Los aspectos a valorar incluyen
 - Conocimientos y habilidades
 - Conocimientos teóricos adquiridos
 - Habilidades adquiridas
 - Habilidad en el enfoque diagnóstico
 - Capacidad de tomar decisiones
 - Utilización racional de los recursos
 - Actitudes
 - Motivación
 - Dedicación
 - Iniciativa
 - Puntualidad/Asistencia
 - Nivel de responsabilidad
 - Relaciones paciente/Familia
 - Relaciones con el equipo de trabajo
- Anual: la Comisión de Docencia realiza una valoración global de cada año con una calificación media final que es remitida al Ministerio de Sanidad.
- Final. La realizada al final de la residencia y con la cual se accede al título de especialista.

7. OBLIGACIONES DOCUMENTALES

- **Informe de reunión tutor-residente en formato estándar: cuatro al año.** Se aconseja que haya reunión tutor-residente antes de cada rotación (para programarla) y después de la misma (para analizar el resultado). Es muy conveniente una reunión a mitad de rotación por si es necesario implementar alguna acción correctiva. La normativa obliga a un mínimo de cuatro reuniones al año que deben quedar reflejadas por escrito y remitidas a la Comisión de Docencia, con la firma del Tutor y el Residente. Existe la opción de hacerlas trimestrales.
- Realizar la **memoria anual en formato estándar de cada Unidad docente**, donde queda registrada la actividad clínica, docente e investigadora del Residente. En ella se anotarán los marcadores docentes de cada rotación. Es fundamental registrar los marcadores con el número de historia clínica para garantizar una adecuada trazabilidad. Las sesiones clínicas que asiste o imparte tienen que quedar también detalladas. Esta memoria es de carácter obligatorio y sin ella el residente no será evaluado. Debe ir firmada por el Tutor, el Jefe de Servicio y el residente.
- Cumplimentar la **encuesta anónima anual**, cuyo objetivo es detectar no conformidades que el residente no desea manifestar abiertamente.
- Cumplimentar la **encuesta de satisfacción de cada rotación**.
- Cumplimentar los requerimientos solicitados por la Comisión de Docencia que tengan por objetivo mejorar la calidad docente.