

**PROTOCOLO DOCENTE DEL SERVICIO DE  
GERIATRÍA**  
**Hospital Ntra. Sra. de la Montaña**  
**COMPLEJO HOSPITALARIO DE CÁCERES**

**2009**



**Fecha de actualización: Diciembre 2009**

**E Jaramillo Gómez**  
**Tutor de Médicos Residentes**

## **ÍNDICE**

### **1. RECURSOS Y ACTIVIDADES DEL SERVICIO**

1.1. Misión, objetivos y campo de acción.....	3
1.2. Población y recursos.....	4
1.2.1. Recursos estructurales. Niveles asistenciales.....	5
1.2.2. Recursos humanos. Organización.....	5
1.3. Funciones.....	6

### **2. PROGRAMA DE FORMACIÓN MIR DE LA ESPECIALIDAD**

2.1. Programa de rotaciones.....	11
2.1.1. Rotaciones del periodo formativo básico.....	11
2.1.2. Rotaciones del periodo formativo específico .....	12
2.2. Actividades docentes.....	14
2.3. Contenido del programa formativo.....	14
2.4. Cursos de formación común complementaria para residentes.....	20
2.5. Evaluación.....	21

### **3. ACTIVIDAD CIENTÍFICA DEL SERVICIO**

3.1. Libros.....	28
3.2. Capítulos de libros.....	28
3.3. Publicaciones.....	28
3.5. Comunicaciones.....	28
3.6. Investigación.....	30
3.7. Ponencias.....	30

### **4. MATERIAL DOCENTE**

4.1. Libros.....	31
4.1.1. Libros del servicio.....	31
4.1.2. Libros de la especialidad en la biblioteca.....	31
4.2. Revistas.....	32
4.3. Otros recursos docentes.....	33

## **1. RECURSOS Y ACTIVIDADES DEL SERVICIO**

### **1.1 MISIÓN, OBJETIVOS Y CAMPO DE ACCIÓN**

El Servicio de Geriátría del Complejo Hospitalario de Cáceres (CHC) se creó en Mayo de 1991 con la **MISIÓN** de ofrecer a los usuarios del área de salud de Cáceres atención geriátrica especializada, es decir, **prestar atención a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos**. Siendo su objetivo prioritario 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 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 Geriátría 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.

## **1.2 POBLACIÓN Y RECURSOS**

Según los datos de población del Padrón 2006, la población en el área de salud de Cáceres ascendía a 194.893 personas, siendo el 20,68% mayores de 65 años y el 5,74% mayores de 80 años (Tabla 1, ver anexos).

Respecto al Censo de 2001 la población mayor de 80 años, la más susceptible de atención sanitaria por nuestro Servicio, se ha incrementado en 2.564 personas esperándose que en los próximos años esta tendencia ascendente continúe.

### **1.2.1. RECURSOS ESTRUCTURALES. Niveles asistenciales.**

El servicio de geriatría cuenta con diferentes niveles asistenciales, relacionados entre sí, para atender a las diferentes 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. (Ver Cartera de Servicios Tabla 2 en anexos)

Dichos niveles son:

- UNIDAD GERIATRICA DE HOSPITALIZACIÓN:
  - AGUDOS
  - RECUPERACIÓN FUNCIONAL
- HOSPITAL DE DÍA
- CONSULTA EXTERNA

No se cuenta sin embargo, y es un déficit significativo, con una UNIDAD DE COORDINACIÓN Y CUIDADOS COMUNITARIOS, que permitiría consolidar un sistema integral y continuado de asistencia.

### 1.2.2. RECURSOS HUMANOS. Organización

El servicio ha contado con la siguiente plantilla:

Facultativo especialista	5 (2 UGA / 1 HDía / 2 CExt)
MIR Geriatria	5 (2 plazas MIR / año) Hay 3 plazas vacantes
Enfermera	16 (13 Hospitalización / 2 HDía / 1 CExt)
Auxiliares de Enfermería	17 (13 Hospitalización / 3 HDía / 1 CExt)
Fisioterapeuta	1
Terapeuta Ocupacional	1
Celador	2 (1 Hospitalización / 1 HDía)
Trabajador Social	2 (a tiempo parcial)
Administrativo	1

El servicio de Geriatria está encuadrado asistencialmente en el área médica y desde su puesta en funcionamiento, depende jerárquicamente de la Dirección Médica del Hospital Ntra. Sra. de la Montaña.

Su estructura jerárquica médica es la siguiente: 1 Jefe de Servicio.

4 Médicos adjuntos.

A nivel de gestión asistencial, el servicio tiene una estructura organizativa por producto, y en el año 2009 mantuvo la siguiente distribución:

Unidad de Agudos (UGA)	Unidad de Recuperación Funcional (UGRF)	Hospital de Día	Consulta Externa
2 facultativos	1 facultativo		2 facultativos

Cada facultativo es el responsable del nivel asistencial correspondiente, lo que conlleva ostentar la jefatura funcional y el liderazgo sobre el equipo profesional asignado a cada nivel.

### 1.3. FUNCIONES

- a. Asistencial
- b. Docencia (ver apartado 2)
- c. Investigación (ver apartado 3)
- d. Gestión Clínica
- e. Prevención, e información y educación sanitaria

#### a. - ASISTENCIAL

La actividad de los diferentes **NIVELES ASISTENCIALES** queda reflejada en la memoria de actividad que se adjunta (ver Tabla 3 en anexos).

En la tabla de actividad de hospitalización se reflejan los indicadores asistenciales de las Unidades Geriátricas de Agudos y de Recuperación Funcional conjuntamente hasta el año 2006, al no haberse realizado actividad diferenciada durante esos años. Durante 2007 y 2008 se analizan separadamente, pero tras la introducción del sistema informático JARA de nuevo se proporcionan conjuntamente, dado que dicho sistema no es capaz de diferenciar los citados niveles asistenciales.

Dentro de este apartado, hay que incluir la **ASISTENCIA DE CARACTER URGENTE**, la cual puede ser prestada de 2 formas: durante la jornada laboral (valorando pacientes geriátricos en el área de Urgencias o por interconsultas urgentes de otros servicios hospitalarios) y fuera de la jornada laboral (desempeñando el puesto de médico internista de guardia del HNSM).

A nivel de **POLÍTICA DE CALIDAD** del Servicio, hay que enumerar los diferentes apartados sobre los que se incide y trabaja:

- **Calidad Científico-Técnica.**- Por parte de los miembros del servicio se realizan acciones encaminadas a mejorar este punto, como son la realización de sesiones clínicas o la elaboración de protocolos. Asimismo se recogen y evalúan indicadores de calidad asistencial, como la tasa de mortalidad (< 20%), o el porcentaje de infecciones nosocomiales.

En relación con el programa científico-técnico de calidad de la institución, hay que indicar que los facultativos del servicio colaboran en el mismo a

través del establecimiento anual de objetivos de calidad para el servicio, y de su participación en las siguientes comisiones hospitalarias: Farmacia, Nutrición, Infecciones, y Docencia MIR.

- **Calidad en la atención al usuario.**- Para lograrla se realizan diversas acciones, como: proporcionar continuidad en la asistencia mediante los diferentes niveles asistenciales, trato personalizado, establecimiento de canales y horarios de información, o realización de informes de alta (100 %) y remisión del mismo al usuario y al SADC en unos plazos pactados.
- **Calidad en la organización.**- Se basa fundamentalmente en el desarrollo de una organización médica de tipo horizontal, con gestión mediante técnicas de consenso, y en el funcionamiento con una estructura organizativa por producto, lo cual potencia el trabajo en equipo (pilar de la asistencia geriátrica) y la coordinación.

## **b. - GESTIÓN CLÍNICA**

El Servicio de Geriátrica 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.

## **c.- PREVENCIÓN, E INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN SANITARIA**

Como corresponde a todas las profesiones sanitarias, desde el servicio de Geriátrica 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. Muestra

significativa de ello es la participación, como expertos, en su día en el Plan de Atención a las Personas Mayores de Extremadura, en el Plan de Salud de la Comunidad de Extremadura, en los Programas Marcos de Atención al Anciano, de Cuidados Paliativos, en los Planes Integrales sobre Enfermedades Cardiovasculares (PIEC) y sobre Demencia (PIDEX). Últimamente uno de los componentes del Servicio ha participado como experto en la elaboración del Plan de Salud de Extremadura 2009-2012 en el grupo de trabajo sobre Salud del Mayor.

## **2. PROGRAMA DE FORMACIÓN MIR DE LA ESPECIALIDAD**

El programa específico de formación de los MIR de geriatría en Complejo Hospitalario de Cáceres, acorde al nuevo programa formativo de la especialidad (ORDEN SCO/2603/2008). Se esquematiza según los siguientes puntos:

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

### **2.1. PROGRAMA DE ROTACIONES.**

#### **2.1.1. Período 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 (Tabla 4 en anexos):



- a) Unidad geriátrica de agudos.
- b) Cardiología.
- c) Neurología.
- d) Radiología.

#### - 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, Cuidados Intensivos, Aparato Digestivo, Endocrinología, Nefrología, Rehabilitación, Reumatología, Cuidados paliativos.

#### **2.1.2. Período 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 (Tabla 4 en anexos):

#### - 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 considerarse su inclusión 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.

## **2.2 ACTIVIDADES DOCENTES E INVESTIGADORAS.**

### **2.2.1. Sesiones clínicas:**

- Sesiones clínicas propias del Servicio semanales (Viernes).
- Sesiones teóricas semanales (Martes)
- Sesiones interdisciplinarias del Servicio (Miércoles).
- Sesiones bibliográficas semanales (Lunes).
- Sesiones generales del hospital semanales (Jueves).

### **2.2.2. Asistencia a Congresos o Cursos en relación con la especialidad:**

- Un congreso por año presentando como mínimo 4 comunicaciones durante la residencia.
- Dos cursos por año.

### **2.2.3. Publicaciones:**

- 2-3 publicaciones como mínimo a lo largo del período de formación.

### **2.2.4. Proyectos de investigación:**

- Se recomienda la participación en un proyecto a lo largo del período formativo.

### **2.2.5. Tesis doctoral:**

- Aconsejable la realización de cursos de doctorado e iniciación de la tesis doctoral.

## **2.3. CONTENIDOS DEL PROGRAMA FORMATIVO.**

Los contenidos formativos de la especialidad de geriatría abarcarán tres áreas de aprendizaje:

### **2.3.1 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.

### **2.3.2 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.
- 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 interdisciplinarios: Concepto de interdisciplinariedad. Objetivos y limitaciones del equipo interdisciplinario. Interdisciplinariedad informal y formal. Enfermería en Geriátrica. Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Otras disciplinas implicadas en el cuidado del anciano.

### **2.3.3 Formación específica en 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 linfático, 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 PSQUIATRÍA.

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 Geriatria y los de otras especialidades no incluidas en el programa de rotaciones, se desarrollará durante las rotaciones realizadas en el propio servicio de Geriatria conforme a lo establecido en el programa formativo oficial.

## **2.4 CURSOS DE FORMACIÓN COMÚN COMPLEMENTARIA PARA RESIDENTES**

- Cursos de Urgencias para médicos residentes. Urgencias para MIR-1. Junio 2009.

- Búsquedas bibliográficas para médicos residentes. PubMed y la biblioteca virtual. Destinado a MIR-1 de todas las especialidades. Junio 2009.



## **2.4 EVALUACIÓN**

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 (Ficha 1 en anexos) 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 (Ficha 3 en anexos).

## **3. ACTIVIDAD CIENTÍFICA DEL SERVICIO DE GERIATRÍA**

### **3.1. Libros**

- Antón Jiménez, Manuel (ed). Demencias en Geriatria. Editorial Saned, 2009. ISBN 978-84-96835-18-4.

### **3.2. Capítulos de libros**

- González Guerrero JL. Envejecimiento de la piel. En: Biogerontología Médica. Sastre J, Pamplona R y Ramón Ramón J coords. Biblioteca SEGG. Madrid: Ergon, 2009; 223-34.
- E Jaramillo Gómez. Valoración Geriátrica Integral. En: Dependencia en Geriatria. Álvarez J y Macías JF eds. Ediciones Universidad de Salamanca 2009: 40-50.

### **3.3. Publicaciones**

- González-Guerrero JL, Jaramillo E, Alonso-Fernández T. Ictus en pacientes muy mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol 2009;44(4):231-2.

- Gusi N, Prieto J, Madruga M, García JM, Gonzalez-Guerrero JL. Health-related quality of life and fitness of the caregiver of patient with dementia. *Med Sci Sports Exerc.* 2009;41(6):1182-7.
- Quintana Rodríguez I, Dávila MA, Navarro F, González Guerrero JL. ¿Qué esconde un síndrome confusional agudo? (Caso clínico 21) II Jornadas Casos Clínicos de Urgencias y Emergencias de Extremadura. SEMES Extremadura. Muñoz Moya editores, 2009:79-81.

### 3.4. Comunicaciones

- González-Guerrero JL, Alonso-Fernández T, Gea O, Quintana I, García-Mayolín N, Ribera-Casado JM. *“Effectiveness of a management program after hospital discharge in older patients with heart failure”*. Comunicación en el 19th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics, celebrado en París del 5 al 7 de junio de 2009.
- González Guerrero JL, Alonso Fernández T, Gea O, García Martín L, Ribera JM. *“Programa de seguimiento postalta en ancianos con insuficiencia cardíaca: efecto sobre los reingresos y la mortalidad”*. Comunicación Oral en el 51º Congreso de la Sociedad Española de Geriatria, celebrado en Bilbao del 3 al 6 de junio de 2009.
- González Guerrero JL, Alonso Fernández T, Stoduto P, Bobillo MJ. *“Implantación de un protocolo de sondaje vesical e incidencia de infección urinaria nosocomial asociada a catéter”*. Comunicación Póster en el 51º Congreso de la Sociedad Española de Geriatria, celebrado en Bilbao del 3 al 6 de junio de 2009.
- Alonso Fernández T, González Guerrero JL, Jaramillo E, Quintana I, Gea O. *“Caída como forma de presentación de plasmocitoma vertebral en el seno de gammapatía monoclonal”*. Comunicación Póster en el 51º Congreso de la Sociedad Española de Geriatria, celebrado en Bilbao del 3 al 6 de junio de 2009.
- Antón Jiménez M, Banda MS. *“¿Existen variables discriminativas funcionales entre Alzheimer y trastorno subjetivo de memoria?”* Comunicación Póster en el 51º Congreso de la Sociedad Española de Geriatria, celebrado en Bilbao del 3 al 6 de junio de 2009.

- Antón Jiménez M, Quintana I, Banda MS. “*Memantina en las demencias frontotemporales. Análisis de eficacia y utilidad*”. Comunicación Póster en el 51º Congreso de la Sociedad Española de Geriátría, celebrado en Bilbao del 3 al 6 de junio de 2009.
- Antón Jiménez M, Banda MS. “*¿Existe diferencia en el campo muestral de los pacientes con demencia en geriatría?*” Comunicación Póster en el 51º Congreso de la Sociedad Española de Geriátría, celebrado en Bilbao del 3 al 6 de junio de 2009.
- Antón Jiménez M, Banda MS. “*¿Puede ser útil la memantina en las demencias frontotemporales?*”. Comunicación Póster en el 51º Congreso de la Sociedad Española de Neurología, celebrado en Barcelona en noviembre de 2009.
- Antón Jiménez M, Banda MS. “*100 pacientes consecutivos con galantamina de liberación retardada. Análisis de resultados.*” Comunicación Póster en el 51º Congreso de la Sociedad Española de Neurología, celebrado en Barcelona en noviembre de 2009.
- Quintana I, Dávila MA, Fernández G, Jaramillo E, Antón M. “*Diplopía secundaria a granuloma de colesterol en anciana*”. Comunicación Póster en el 51º Congreso de la Sociedad Española de Geriátría, celebrado en Bilbao del 3 al 6 de junio de 2009.
- Quintana I, Dávila MA, Barrallo T, López AB, Lozano R, Antón M. “*Abceso epidural como causa de síndrome confusional agudo en anciano*”. Comunicación Póster en el 51º Congreso de la Sociedad Española de Geriátría, celebrado en Bilbao del 3 al 6 de junio de 2009.

### **3.5. Investigación**

- Proyecto “EFICACIA DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE ENFERMEDADES EN PACIENTES DE EDAD MUY AVANZADA CON INSUFICIENCIA CARDIACA E IMPORTANTE COMORBILIDAD: ENSAYO MULTICÉNTRICO RANDOMIZADO.” (Expte PI081820) Subvencionado por el Instituto de Salud Carlos III para el período 2009-2011. Equipo Investigador en el centro asistencial de Cáceres: JL González Guerrero y T

Alonso Fernández. Coordinado por el Dr. Carlos Rodríguez Pascual (Hospital Meixoeiro de Vigo).

### **3.6. Ponencias y otras actividades científicas o docentes**

- Ponencia en la mesa redonda “Enfermedad cardiorrenal en el anciano” con el título “Visión del Geriatra” durante la IV Reunión Nacional del Grupo de Nefrología Geriátrica de la Sociedad Española de Geriátrica, celebrada en Badajoz los días 27 y 28 de noviembre de 2009.
- Participación como docente en el Módulo de Fisiología y prescripción de ejercicios en mayores, desarrollando el tema “Introducción a la fisiología en personas mayores” dentro del II MASTER EN EJERCICIO FÍSICO Y SALUD organizado por las Universidades de Extremadura y de Évora. Evora, 13 de noviembre de 2009, con una duración de la actividad docente de 5 horas.
- Participación como ponente en la Jornada “Fomento de Hábitos Saludables para Personas Mayores” impartiendo la conferencia inaugural titulada “La importancia de la promoción de hábitos saludables y prevención de la dependencia en los planes de atención a personas mayores”, organizada por MAPFRE QUAVITAE y celebrada el 14 de octubre de 2009 en Badajoz.
- Participación como docente en el Curso de Actualización en Patología Infecciosa, desarrollando el tema “Infección urinaria en el paciente geriátrico”, organizado por la Comisión de Infección y Política de Antibióticos del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, celebrado en Madrid el 3 de marzo de 2009. Actividad acreditada con 3,4 créditos.
- Docente en el 2º Curso Nacional de Formación en Neuropsicogeriatría para Residentes de Geriátrica. Escalas diagnósticas de utilidad en la depresión del anciano (90 min); Talleres y casos clínicos (90 min). Sitges, Marzo 2009.
- Vitamina D y Enfermedad de Parkinson. Trascendencia en el anciano. Mesa redonda Enfermedad de Parkinson y Parkinsonismos. Peculiaridades en el anciano. Cáceres 26 Noviembre 2009.

- Participación en el Estudio EPINE-2009 (Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en los Hospitales Españoles), efectuado en el mes de mayo/2009.

## **4. MATERIAL DOCENTE**

### **4.1. Libros**

#### **4.1.1. En el servicio**

- Manual de Residentes de Geriatria. SEGG
- Brocchurst's textbook of geriatric medicine and gerontology
- Guía farmacogeriatrica de la Comunidad de Madrid
- Manual de protocolos y actuación en urgencias para residentes. Toledo
- Manual de diagnostico y terapéutica medica. Hospital Doce de Octubre
- Harrison. Tratado de Medicina Interna
- Medicina Clínica Farreras-Rozman
- Enfermedades cerebrovasculares. Marti-Villalta
- Joslin's Diabetes Mellitus
- Manual de Residentes de endocrinología y nutrición
- Eisemberg. Diagnostico por imagen
- Braunwald. Tratado de Cardiología
- Velázquez. Farmacología básica y clínica

#### **4.1.2. Libros de la especialidad en la biblioteca**

- Tratado de geriatría para residentes. SEGG.
- Oxford textbook of Geriatric medicine and Gerontology
- Brocchurst's textbook of Geriatric Medicine and Gerontology
- Geriatric phisical therapy
- Orthopaedic assessment and treatment of geriatric patient
- Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría
- Manual Merck de Geriatría
- Hand book of geriatric assessment
- Rehabilitación médica de los ancianos

## **4.2 Revistas**

### **4.2.1. Revistas de Geriatría**

- Journal of American Geriatrics Society (JAGS)
- Age and Ageing
- Clinics in Geriatric Medicine
- Journal of Gerontology
- Revista de Geriatría y Gerontología

### **4.2.2. Revistas generales de interés en Geriatría**

- British Medical Journal (BMJ)
- Lancet
- New England Journal of Medicine
- Annals of Internal Medicine
- Archives of Internal Medicine
- Medicina Clínica (Barcelona)
- Mayo clinic proceedings

## **4.3. Otros recursos docentes**

### **4.3.1. Bases de datos accesibles a través de la biblioteca**

- PubMed
- SCIELO
- Web del conocimiento
- Cuidenplus
- Dialnet
- IME Índice Medico español

### **4.3.2. Herramientas clínicas accesibles a través de la biblioteca**

- Cochrane Plus en español
- Excelencia clínica
- GuiaSalud
- Google Guías Clínicas (Pubggle)

### **4.3.3. Sociedades científicas**

- Sociedad Extremeña de Geriatría y Gerontología (SOGGEX). [www.soggex.es](http://www.soggex.es)

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

**Fdo. Enrique Jaramillo Gómez**  
**Tutor de Médicos Residentes**

## **ANEXOS: TABLAS Y FICHAS**

**Tabla 1. Población del área de salud de Cáceres.**

AREA DE SALUD DE CACERES				
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	
0-19	10,09%	9,48%	19,57%	38.151
20-64	30,28%	29,47%	59,75%	116.441
65-79	6,71%	8,23%	14,94%	29.104
80 o más	2,07%	3,67%	5,74%	11.197
Mayor de 65	8,78%	11,90%	20,68%	40.301
Mayor de 80	2,07%	3,67%	5,74%	11.197
Total	49,15%	50,85%	100,00%	194.893

**TABLA 2. Cartera de servicios.**

PRESTACIÓN ASISTENCIAL
<b>1 CONSULTA DE GERIATRÍA</b>
1.1 Valoración geriátrica Integral (VGI) a paciente geriátrico (PG)
1.2 VGI a PG con deterioro cognitivo
1.3 VGI a PG con caídas
<b>2 ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA A PACIENTE GERIÁTRICO</b>
2.1 Asistencia intrahospitalaria a PG agudos
2.2 Asistencia intrahospitalaria a PG para recuperación funcional
2.3 Interconsulta intrahospitalaria
<b>3 HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO</b>
3.1 VGI a PG complejos
3.2 Seguimiento periódico a PG para:
3.2.1. Manejo de enfermedades inestables con altas precoces o ingresos hospitalarios evitados
3.2.2. Recuperación funcional.
<b>4 DOCENCIA E INVESTIGACIÓN</b>
4.1 A profesionales implicados en la atención a las personas mayores: pregrado, postgrado, MIR
4.2 Según el nivel asistencial



**TABLA 3. Actividad de la Unidad de Geriatría**

**Actividad de Hospitalización**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Camas Func.</b>	24	24	24	28	24	24	24	24	24	24
<b>I. Ocupación</b>	87,93	84,77	89,36	70,9	93,56	106,5	112,5	107,6	98,7	98,5
<b>Estancias</b>	7704	7426	7828	7246	8218	9335	8217	9430	8646	8625
<b>E. Media</b>	11,69	10,89	11,7	11,34	11,86	12,32	11,44	10,95	9,66	10,1
<b>I. Rotación</b>	27,39	28,42	27,88	22,82	28,88	31,58	35,85	35,88	37,29	35,58
<b>Ingresos</b>	659	682	669	639	693	758	718	861	895	854

**PD: Actividad Unidad Geriátrica Recuperación Funcional:**

**2007** Camas 4; ingresos 27; E. Media 18,63; Estancias 503; I. Ocupación 34,45%

**2008** Camas 4; ingresos 40; E. Media 10,08; Estancias 403; I. Ocupación 27,5%

**Actividad de Consultas Externas**

	2000	2001	2002	2003 <sup>a</sup>	2004	2005	2006 <sup>b</sup>	2007 <sup>c</sup>	2008 <sup>c</sup>	2009 <sup>c</sup>
<b>Días Utilizados</b>	190	190	219	239	225	229	213	229	182	150
<b>Consultas Totales</b>	1274	1319	1391	1973	1836	1839	2046	2215 <sup>c</sup>	2472 <sup>c</sup>	2029 <sup>c</sup>
<b>C. Primeras</b>	450	523	575	651	665	787	678	734	692	569
<b>C. Sucesivas</b>	824	796	816	1322	1171	1052	1368	1481	1780	1460
<b>Relación Suc/Prim</b>	1,83	1,52	1,42	2,03	1,76	1,34	2,02	2,02	2,57	2,57
<b>Primeras/día</b>	2,37	2,75	2,63	2,72	2,96	3,44	3,18	3,21	3,2	3,79
<b>Sucesivas/día</b>	4,34	4,19	3,73	5,53	5,2	4,59	6,42	6,47	8,24	9,73

<sup>a</sup> Se instaura 2ª consulta a tiempo parcial (de media jornada)

<sup>b</sup> Se instaura 2ª consulta a tiempo completo

<sup>c</sup> Hay que añadir la **actividad de Telemedicina**: 48 consultas en 2007, 54 consultas en 2008 y 65 consultas en 2009.

### Actividad del Hospital de Día

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Nº Asist. pac HDía</b>	4659	5867	5603	5578	5421	5356	5299	5729	5415	4672
Nº Asist. pac programa	2775	3743	3537	3546	3518	3435	3433	3381	3463	3018
Nº Asist. pac 1 día	1888	2124	2066	2032	1903	1921	1807	1498	1215	1094
<b>Nº Asist. pac ingr.</b>	821	887	848	835	433	452	655	850	737	560
<b>Nº total pacs. HDía</b>	405	397	388	430	411	472	497	506	499	401
Nº pacs. programa	125	154	153	135	133	128	122	145	153	135
Nº pacs. 1 día	280	243	235	295	278	344	375	361	346	266
<b>Asist media pacs HDía</b>	11,5	14,78	14,44	12,97	13,19	11	10,6	11,3	10,85	11,65
Asist media pacs progr	22,2	24,31	23,12	26,27	26,45	27	28,14	23,3	22,63	22,36
<b>I. Ocupación</b>	116,2	145,2	137,4	137,3	123,5	132,8	131,4	142,1	125,8	107,1
<b>IPNC</b>	0,87	0,68	0,69	0,77	0,76	0,88	0,94	0,88	0,92	0,86
<b>I Rotación</b>	22,5	22,1	21,6	23,9	22,8	26,2	27,6	28,1	27,7	22,3

- Asistencia media de pacientes de HDía = Asistencias pacientes HDía / Nº pacientes HDía
- Asistencia media de pacientes en programa = Asistencias pacientes programa/ Nº pacientes programa
- Índice de ocupación = Nº asistencias pacientes HDía \* 100 / Nº días \* 18 plazas
- Índice de pacientes nuevos corregido (IPNC) = Nº pacientes nuevos \* 10 / Nº asistencias pacientes
- Índice de rotación = Nº pacientes / Nº plazas

Tabla 4. Planning de rotaciones

PROGRAMACIÓN DE ROTACIONES RESIDENTES DE GERIATRÍA

ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCTUBRE	NOV.	DIC.
					UGA	UGA	UGA	RAD	RAD	NEUM	NEUR
					UGA	UGA	UGA	NEUR	NEUR	NEUR	NEUM
NEUR	NEUR	REUM	CARD	CARD	CARD	PSI	PSI	PAL	UCI	UCI	UCI
RAD	RAD	PSI	PSI	PAL	REUM	UCI	UCI	UCI	CARD	CARD	CARD
HDG	HDG	HDG	OTOGER	ORTOGER	AGD	AGD	UGRF	UGRF	UGA	UGA	UGA
UGA	UGA	UGA	UGRF	UGRF	ORTOGER	ORTOGER	AGD	AGD	HDG	HDG	HDG
C.EXT	C.EXT	C.EXT	UGA	UGA	UGA	UGA	UGA	UGA	R. LIBRE	R. LIBRE	R. LIBRE
UGA	UGA	UGA	C.EXT	C.EXT	C.EXT	C.EXT	UGA	UGA	C.EXT	C.EXT	C.EXT
UGA	UGA	C.EXT	C.EXT	C.EXT							
R. LIBRE	R. LIBRE	R. LIBRE	UGA	UGA							

# Ficha 1. Hoja de evaluación de la rotación.



JUNTA DE EXTREMADURA  
Consejería de Sanidad y Dependencia

**MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA  
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**

FICHA I

**EVALUACION DE ROTACION**

APELLIDOS Y NOMBRE		
NACIONALIDAD	DNI/PASAPORTE	
CENTRO: <b>COMPLEJO HOSPITALARIO DE CÁCERES</b>		
TITULACION	ESPECIALIDAD	AÑO RESIDENCIA
TUTOR		

<b>ROTACION</b>		
CONTENIDO	DURACION: DE	A
UNIDAD	CENTRO	
JEFE DE LA UNIDAD ASISTENCIAL		

**EVALUACION CONTINUADA**

<b>A.-CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES</b>	CALIFICACION(1)
NIVEL DE CONOCIMIENTOS TEORICOS ADQUIRIDOS	
NIVEL DE HABILIDADES ADQUIRIDAS	
HABILIDAD EN EL ENFOQUE DIAGNOSTICO	
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES	
UTILIZACIÓN RACIONAL DE LOS RECURSOS	
<b>MEDIA (A)</b>	

<b>B.-ACTITUDES</b>	CALIFICACION(1)
MOTIVACION	
DEDICACION	
INICIATIVA	
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA	
NIVEL DE RESPONSABILIDAD	
RELACIONES PACIENTE/FAMILIA	
RELACIONES EQUIPO DE TRABAJO	
<b>MEDIA (B)</b>	

<b>CALIFICACION EVALUACION CONTINUADA</b> (70% A + 30% B)	CALIFICACION (1)	CAUSA E. NEG. (3)

<b>CALIFICACION LIBRO DEL ESPECIALISTA EN FORMACION</b>	CALIFICACION (1)	CAUSA E. NEG. (3)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

VISTO BUENO: EL JEFE DE LA UNIDAD EL TUTOR

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_



## **Criterios para la realización de "evaluación de rotación" del residente**

### **A. Conocimientos y habilidad**

#### **1. Nivel de conocimientos teóricos adquiridos**

- a) Muy escasos, sus pocos conocimientos le impiden efectuar razonamientos clínicos-prácticos válidos = 0
- b) Limitados, pero suficiente para desempeñar una actividad profesional = 1
- c) Adecuados que le permiten una buena práctica profesional = 2
- d) Excelentes, es brillante = 3

#### **2. Nivel de habilidades adquiridas**

- a) No parece capaz de aprender muchas de las destrezas propias de la especialidad = 0
- b) Se adiestra con alguna dificultad, lentamente, pero lo consigue = 1
- c) Se adiestra a ritmo adecuado = 2
- d) Excelente ritmo y calidad de los adiestramientos = 3

#### **3. Habilidad en el enfoque diagnóstico o de los problemas**

- a) No muestra ningún criterio razonable a la hora de realizar el enfoque diagnóstico o de los problemas = 0
- b) Refiere criterios razonables, ante varias opciones diagnósticas o posibles soluciones habitualmente elige el criterio adecuado = 1
- c) Ante varias opciones diagnósticas o posibles soluciones suele erigir la correcta, con unos criterios total y adecuadamente razonados = 2
- d) Generalmente elige la hipótesis más razonable en términos prácticos, completamente adecuada a la realidad. Capaz de considerar hipótesis sofisticadas pero razonables = 3

#### **4. Capacidad para tomar decisiones**

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

#### **5. Utilización racional de los recursos**

- a) Realiza gran número de exploraciones o tratamientos sin justificación = 0
- b) El proceso de utilización de recursos es ligeramente desajustado. Con frecuencia sugiere exploraciones o tratamientos de nula utilidad para el caso = 1
- c) Planea el empleo de recursos de forma habitualmente correcta = 2
- d) Piensa en términos de eficiencia: la exploración o tratamiento decisivos entre los menos arriesgados y menos caros = 3



## B. Actitudes

### 1. Motivación:

- Muestra interés por el paciente y entorno, realizando, si es posible, la historia clínica del paciente de nuevo ingreso de una forma adecuada.
- 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.
- Valora con otros profesionales el significado de ciertos resultados o la evolución de los enfermos (intentando obtener el máximo rendimiento).

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

**2. Dedicación:** Tiempo de dedicación a las labores asistenciales encomendadas (guardias excluidas): a) El tiempo de dedicación a las actividades del Servicio es escaso = 0 b) Dedicación justa a las actividades del Servicio, pero le permite alcanzar los objetivos docentes = 1 c) Su dedicación a las labores del Servicio es adecuada, permitiéndole alcanzar los objetivos docentes de forma destacada = 2 d) Dedicación excepcional en tiempo y dedicación, profundizando en el conocimiento de la patología de los pacientes y en otras actividades del Servicio = 3.

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

### 4. Puntualidad / asistencia a las diversas actividades y nivel de responsabilidad.

Cumple el horario normal de trabajo y asume la responsabilidad necesaria ante el paciente

- Nunca o casi nunca = 0
- Habitualmente = 1
- Siempre = 2
- Dedicación horaria por encima de su jornada laboral. Alto nivel de responsabilidad = 3

**5. Relaciones paciente/familia.**-Se refiere a la ocurrencia de disfunciones con la familia o el paciente como consecuencia de las actitudes o el comportamiento del Residente. a) Mantiene una actitud distante, con frecuencia hay conflictos, no es persona grata a los familiares y pacientes = 0 b) Habitualmente tiene una actitud algo distante e indiferente, sin propiciar relaciones más fluidas, pero no suele ocasionar conflictos innecesarios = 1 c) Las relaciones son correctas, por lo general las relaciones son fluidas = 2 d) El residente conecta perfectamente con las familias y los pacientes, es tolerante, toma interés por sus problemas personales y sociales, y dedica tiempo extra a discutir aspectos médicos y otras preocupaciones con el entorno familia/paciente = 3

### 6. Relaciones con el equipo de trabajo

- Muestra una total indiferencia ante los problemas y/o decisiones del equipo. No participa en las actividades del Equipo (reuniones, sesiones..) = 0
- 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 = 1
- Relaciones adecuadas. Toma interés ante los problemas y/o decisiones del equipo. Participa en las actividades del Equipo con interés = 2
- Relaciones amigables. Toma interés y participa activamente en los problemas, actividades toma de decisiones e iniciativas que implican al equipo. Totalmente integrado = 3

## **Ficha 2. Memoria currículum anual del residente**

### **MEMORIA DE ACTIVIDAD DE RESIDENTE**

**AÑO** \_\_\_\_\_

#### **DATOS PERSONALES**

APELLIDOS, NOMBRE: APELLIDOS, NOMBRE

UNIVERSIDAD PROCEDENCIA: UNIVERSIDAD AÑO LICENCIATURA:

FECHA INCORPORACIÓN AL HOSPITAL:

ESPECIALIDAD: ESPECIALIDAD

AÑO RESIDENCIA: AÑO RESIDENCIA

#### **DATOS ACTIVIDAD**

##### 1) Sesiones dadas por el residente (fechas)

Sesiones dadas por el residente (poner títulos y fechas)

##### 2) Cursos realizados (fechas)

Cursos realizados (poner fechas)

##### 3) Asistencia Congresos

###### 3.1.- Nacionales

Congresos nacionales

###### 3.2.- Internacionales

Congresos internacionales

##### 4) Comunicaciones Congresos

###### 4.1.- Nacionales

Comunicaciones a congresos nacionales

###### 4.2.- Internacionales

Comunicaciones a congresos internacionales

##### 5) Publicaciones en revistas

Publicaciones en revistas (referencia bibliográfica)

6) Rotaciones (servicio y duración, adjunto responsable rotación,)

6.1.- Hospitalarias

Rotaciones en el hospital

6.2.- Extrahospitalarias

Rotaciones extrahospitalarias autorizadas por comisión docencia

7) Intervenciones quirúrgicas y/o procedimientos diagnóstico-terapéuticos (MIR quirúrgicos deben especificar nº intervenciones)

**Cáceres, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_**

**Fdo.**  
**MIR de \_\_\_\_\_**

(hay que presentar una copia en papel en Docencia firmada por el tutor, el interesado y el Jefe de Servicio, y otra en formato electrónico)



### Ficha 3. Ficha de evaluación anual del residente



JUNTA DE EXTREMADURA  
Consejería de Sanidad y Dependencia

## FICHA DE EVALUACIÓN ANUAL DE RESIDENTES

APELLIDOS Y NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_  
 AÑO RESIDENCIA: 1 2 3 4 5  
 TUTOR del residente: \_\_\_\_\_

### 1) ACTIVIDAD ASISTENCIAL (ROTACIONES)

	ROTACIONES	PUNTUACIÓN
1º	_____	_____
2º	_____	_____
3º	_____	_____

SUMA EVALUACIÓN ROTACIONES \_\_\_\_\_

### 2) ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

SUMA EVALUACIÓN ROTACIONES \_\_\_\_\_

### 3) VALORACIÓN JEFE DE UNIDAD

0: No apto // 1: Suficiente // 2: destacado // 3: Excelente

### 4) VALORACIÓN TUTOR DEL RESIDENTE

0: No apto // 1: Suficiente // 2: destacado // 3: Excelente

### PUNTUACIÓN PARA LA EVALUACIÓN ANUAL

$[(\text{Suma de evaluación de ROTACIONES} \times 70) + (\text{ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS} \times 20) + (\text{Valoración del JEFE DE UNIDAD} \times 5) + (\text{Valoración del TUTOR} \times 5)]$	
100	

En Cáceres, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008

EL TUTOR

EL JEFE DE ESTUDIOS

Fdº

Fdº



### FICHA DE EVALUACIÓN ANUAL DE RESIDENTES

<b>A. ACTIVIDAD INVESTIGADORA</b>	<b>Deficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Bueno</b>	<b>Excelente</b>
Doctorado, tesis, becas, premios	0	1	2	3
<b>TOTAL A</b>				
<b>B. ASISTENCIA A ACTIVIDADES ACADÉMICAS</b>	<b>Deficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Bueno</b>	<b>Excelente</b>
a. Asistencias a sesiones	0	1	2	3
b. Asistencias a actividades académicas hospitalarias	0	1	2	3
c. Asistencias a actividades académicas extrahospitalarias	0	1	2	3
<b>MEDIA DE LA SECCIÓN "B": (a+b+c)/3</b>				
<b>C. PARTICIPACIÓN ACTIVIDADES ACADÉMICAS</b>	<b>Deficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Bueno</b>	<b>Excelente</b>
a. Presentación de sesiones del servicio	0	1	2	3
b. Presentación de sesiones del hospital	0	1	2	3
c. Ponente en cursos, seminarios	0	1	2	3
<b>MEDIA DE LA SECCIÓN "C": (a+b+c)/3</b>				
<b>D. COMUNICACIONES Y PUBLICACIONES</b>	<b>Deficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Bueno</b>	<b>Excelente</b>
a. Comunicaciones	0	1	2	3
b. Publicaciones	0	1	2	3
<b>MEDIA DE LA SECCIÓN "D": (a+b)/2</b>				
<b>E. ACTIVIDADES PARAMÉDICAS</b>	<b>Deficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Bueno</b>	<b>Excelente</b>
Idiomas, informática, bioestática	0	1	2	3
<b>TOTAL E</b>				

#### PUNTUACIÓN ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

$$[(ax15)+(bx20)+(cx30)+(dx25)+(ex10)]/100$$

Se debe valorar la cantidad, calidad y contenido de las actividades complementarias: una única publicación de máximo impacto tendrá más valor que varias publicaciones sin impacto alguno; ser el primer firmante será mejor valorado que aparecer en puestos sucesivos, etc.

Las actividades complementarias tan sólo se valorarán a partir del segundo año de especialidad. De esta forma: en el R-1 la puntuación de las rotaciones representará el 90 % del total; y en el caso del R-2 las rotaciones suponen el 70 % y las actividades complementarias el 20 %

En Cáceres, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008

VºBº EL JEFE DE SERVICIO /UNIDAD

EL TUTOR

Fdo:

Fdo: