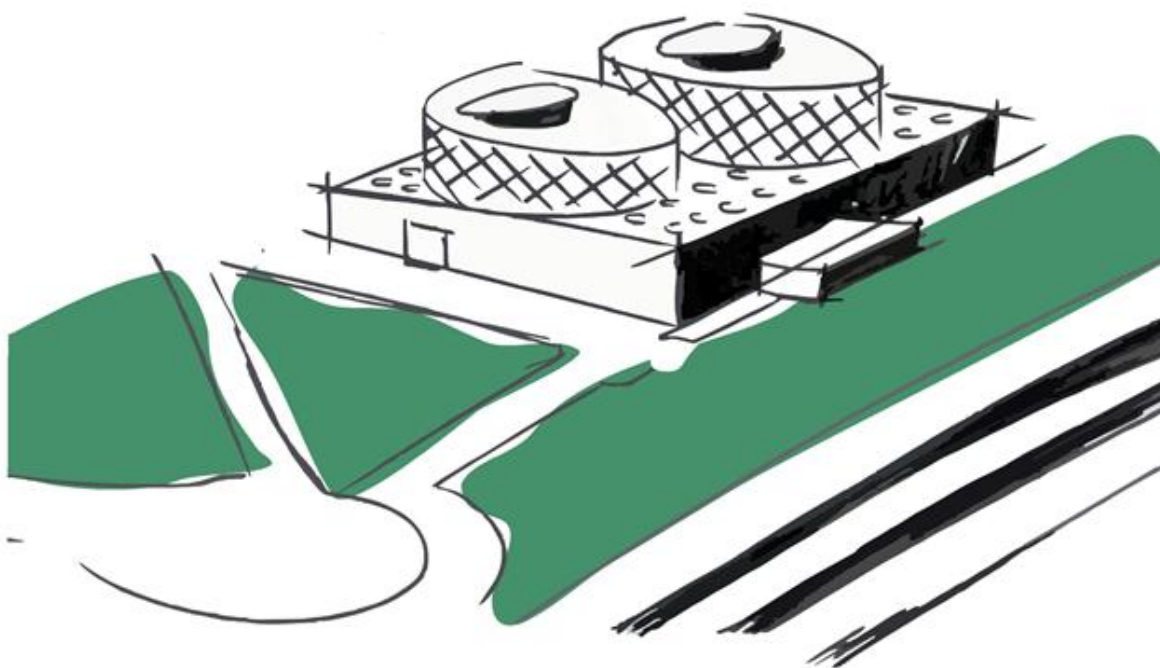


# GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO

## UNIDAD DOCENTE DE GERIATRÍA



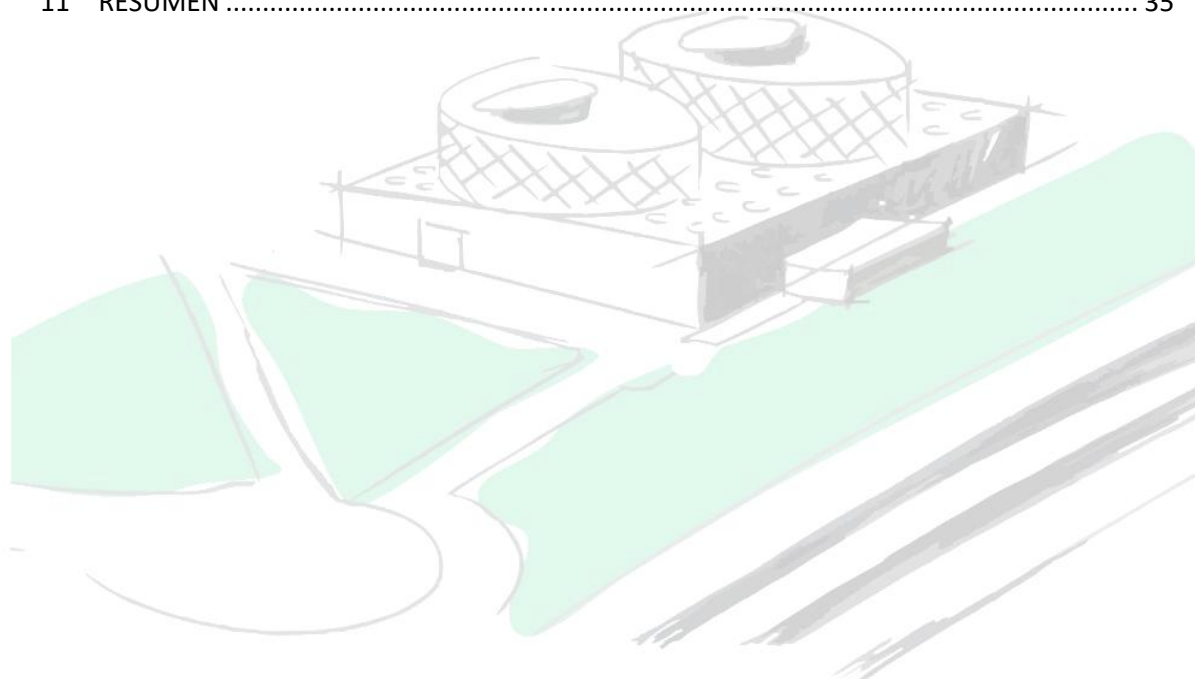
Documento base presentado y aprobado por la Comisión de Docencia

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSIÓN		
Versión	Fecha	Modificación
0	Septiembre 2021	Versión Inicial
1	Febrero 2025	Revisión y Actualización del Documento
2	Enero 2026	Revisión y Actualización del Documento

## INDICE

1	BIENVENIDA.....	3
2	ESTRUCTURA FÍSICA .....	5
3	ORGANIZACIÓN JERÁRQUICA Y FUNCIONAL.....	6
3.1	PERSONAL DEL SERVICIO:.....	7
4	CARTERA DE SERVICIOS.....	8
4.1	UNIDADES:.....	8
4.2	RESUMEN DE LA ACTIVIDAD DEL SERVICIO EN EL AÑO 2024 .....	9
5	PROGRAMA FORMATIVO OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD .....	11
6	GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO TIPO DE LA UNIDAD .....	11
6.1	COMPETENCIAS GENERALES PARA ADQUIRIR DURANTE LA FORMACIÓN .....	12
6.2	CRONOGRAMA DE ROTACIONES.....	13
6.3	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS POR ROTACIÓN .....	15
6.3.1	ROTACIONES DEL PRIMER CICLO (PRIMEROS 18 MESES) .....	15
6.3.2	ROTACIONES DEL SEGUNDO CICLO (SIGUIENTES DOS AÑOS Y MEDIO) .....	19
7	PROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN CONTINUADA/ GUARDIAS.....	23
7.1	ORGANIZACIÓN GUARDIAS .....	23
7.1.1	HORARIOS.....	24
7.2	ASIGNACIÓN DE GUARDIAS.....	25
7.3	ORGANIZACIÓN DE LAS GUARDIAS CON LAS VACACIONES Y PERMISOS ESPECIALES 25	
7.4	LIBRANZA POSTGUARDIA .....	27
7.5	CAMBIOS DE GUARDIAS .....	27
7.6	BAJAS MÉDICAS Y SITUACIONES ESPECIALES.....	27
8	EVALUACIÓN FORMATIVA Y SUMATIVA DEL RESIDENTE.....	28
8.1	TIPOS DE EVALUACIÓN.....	29
8.2	EVALUACIÓN FORMATIVA O CONTINÚA .....	29
9	PROGRAMACIÓN DE LAS SESIONES CLÍNICAS Y BIBLIOGRÁFICAS EN LAS QUE PARTICIPA EL RESIDENTE.....	30
9.1	SESIONES DEL SERVICIO Y BIBLIOGRÁFICAS.....	30

9.2	PROGRAMA DE ACOGIDA DE RESIDENTES.....	30
9.3	CURSOS DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA RESIDENTES .....	31
9.4	JORNADAS DE LA ESPECIALIDAD. ....	31
10	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN .....	32
10.1	ALGUNAS PUBLICACIONES DEL SERVICIO .....	32
10.2	REVISTAS INTERNACIONALES. ....	32
10.2.1	REVISTAS NACIONALES.....	33
10.3	MÁS DE 30 PÓSTERS Y COMUNICACIONES ORALES A CONGRESOS NACIONALES E INTERNACIONALES EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS. ....	34
11	RESUMEN .....	35



## 1 BIENVENIDA

Estimado Residente:

Es para nosotros un placer saber que quieres formarte en esta especialidad tan interesante, completa, gratificante y bonita, y que has elegido nuestro hospital para hacerlo. El Servicio de Geriátría del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, del que vas a formar parte, se creó en marzo de 2012 con la apertura del hospital. Su objetivo principal es ofrecer una atención especializada de calidad a los pacientes geriátricos atendidos por el hospital, tanto de forma directa por el servicio de Geriátría, como de forma indirecta, haciendo extensivo el concepto de “hospital amable” para las personas mayores en todos los servicios y estamentos del hospital. Los pacientes mayores son un reto, porque son necesarios muchos conocimientos de medicina general y farmacología, junto con conocimientos específicos relativos al anciano, a la presentación atípica de muchas enfermedades, el manejo de síndromes geriátricos, y también conocimientos sobre la adecuación del tratamiento (a una misma patología, no siempre se recomienda un mismo tratamiento, sino que dependerá de saber realizar una adecuada valoración geriátrica integral del paciente). Dentro de este objetivo principal (ser un buen médico geriatra como pilar fundamental), creemos que es igualmente importante la realización de actividad docente e investigadora, por lo que será fundamental que adquieras conocimientos y capacidades en estas tres áreas.

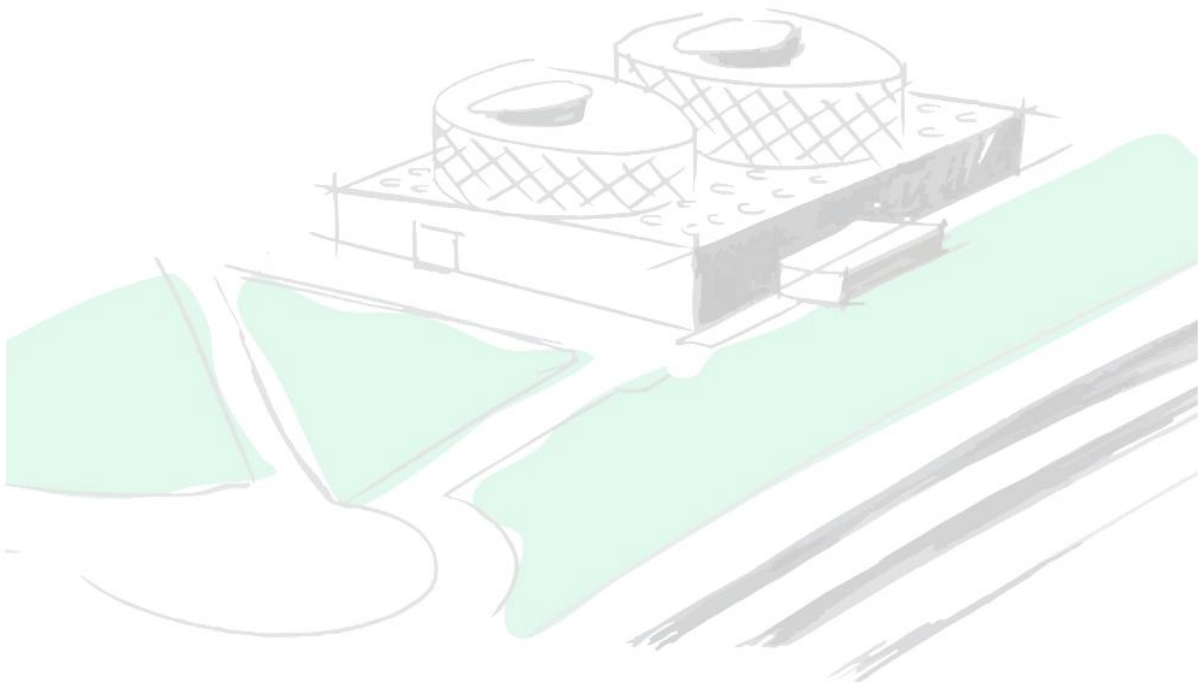
El principio en el que se basa el plan de formación de Geriátría es en poner todos los medios disponibles para que el residente logre adquirir la capacidad para utilizar los conocimientos, habilidades, actitudes y el buen juicio asociados a la profesión para afrontar y resolver adecuadamente las situaciones a las que ha de enfrentarse el geriatra. Se deben adquirir progresivamente estos conocimientos y habilidades, para lo cual realizaremos una estrecha supervisión y acompañamiento por parte de todo el equipo, junto con la toma progresiva de responsabilidad por parte del residente.

Creemos que has elegido un servicio que te va a proporcionar todas las herramientas necesarias para formarte como un buen geriatra; realizamos una actividad clínica más que suficiente para adquirir un buen manejo y coger experiencia, un calendario de rotaciones que se ha adaptado a las nuevas necesidades de los últimos tiempos, incluyendo rotaciones tan novedosas como ecografía a pie de cama, Oncogeriatría, ventilación mecánica no invasiva en Neumología... Como rotaciones externas “clásicas” pero en servicios punteros, como en la hospitalización a domicilio del hospital Infanta Leonor, hospital de día en el Hospital Clínico San Carlos, o en la Unidad de Recuperación Funcional del hospital de Guadarrama. Junto con proyectos de investigación en marcha, posibilidad de docencia de estudiantes, junto con un buen ambiente laboral y una excelente relación con el resto de servicios del hospital, donde la Geriátría está integrada y juega un papel fundamental. El hospital, además, está a la vanguardia en tecnología, arquitectónicamente es muy amable, y la gestión de este facilita la

realización de pruebas complementarias y otros procedimientos de forma muy eficaz. A continuación, vamos a intentar exponer una serie de aspectos que nos parecen importantes para que os integréis dentro del funcionamiento del hospital y que conviene que leas con detenimiento.

Jefatura de la Unidad Docente  
Dra. Cristina González de Villaumbrosia

Tutora  
Verónica Liz García Cardenas



## 2 ESTRUCTURA FÍSICA

El Hospital Universitario Rey Juan Carlos está ubicado en Móstoles. Cuenta con todas las especialidades médicas y quirúrgicas. Dispone de 290 camas funcionantes, y dos centros de especialidades en Villaviciosa de Odón y Navalcarnero.

Geriatría pertenece al área médica del HURJC, compuesta además por el resto de las especialidades médicas (Alergia, Cardiología, Digestivo, Endocrinología, Hematología, Nefrología, Neumología, Neurología, Oncología, Reumatología, y Urgencias).

El centro posee y desarrolla una **historia clínica electrónica** accesible desde cualquier ordenador del hospital, o dispositivos móviles, o para su conexión en remoto desde fuera del hospital, y permite acceder no solo a los datos textuales sobre la anamnesis, evolución, tratamientos e informes, sino también a:

- Todos los resultados analíticos del paciente, tanto prueba a prueba, como una tabla mostrando una comparación histórica de los resultados.
- Los resultados de Anatomía Patológica.
- Todas las pruebas de imagen (radiografías, TAC, RM, ECO, ECG, etc)
- Todas las exploraciones complementarias realizadas por los diferentes Servicios (endoscopias, broncoscopias, ECG, registros ambulatorios de ECG (Holter) o de presión arterial (MAPA), pruebas de esfuerzo, ...etc)

El Servicio de Geriatría se ubica físicamente en los siguientes espacios:

- Plantas principales de hospitalización:
  - o Unidad de Fragilidad, que está ubicada en la primera planta de la torre universidad, con 36 camas de hospitalización compartidas de forma multidisciplinar con Medicina Interna. Aquí tenemos ubicadas 4-5 camas de media que corresponden a la hospitalización de Geriatría, a cargo de una de las geriatras.
  - o Planta de Digestivo y Geriatría, que está ubicada en la séptima planta de la torre plaza, donde tenemos de media ubicados a 10 pacientes, a cargo de dos geriatras.
  - o Unidad de Orto geriatría, ubicada en la planta de Traumatología (Quinta planta, torre plaza), con un número de camas variable en función de la demanda (5-15), con atención conjunta con Traumatología.
- Consulta de Geriatría; Se ubica en las consultas número 15, 16 y 26 y 6B de la segunda planta del edificio de consultas externas, aunque también se emplean ocasionalmente otras consultas de la misma planta.
- Sala de trabajo multidisciplinar (médicos y enfermeras) en la séptima planta de la torre plaza, con capacidad para 8 puestos de trabajo.
- Despacho de Geriatría en la séptima planta, torre plaza, con capacidad para un puesto de trabajo, que habitualmente empleamos para las videoconsultas o como despacho del responsable del servicio.



- Segundo despacho de Geriatria en la séptima planta, torre plaza, con capacidad para 3 puestos de trabajo, actualmente para los adjuntos de Geriatria de enlace
- Despacho de Ortogeriatría en la cuarta planta de la torre plaza, con capacidad para 2 puestos de trabajo.
- El salón de actos (planta baja) es donde se realiza la sesión del área y sesiones del servicio.
- La urgencia está localizada en la planta primera.

El servicio dispone además de los siguientes recursos didácticos:

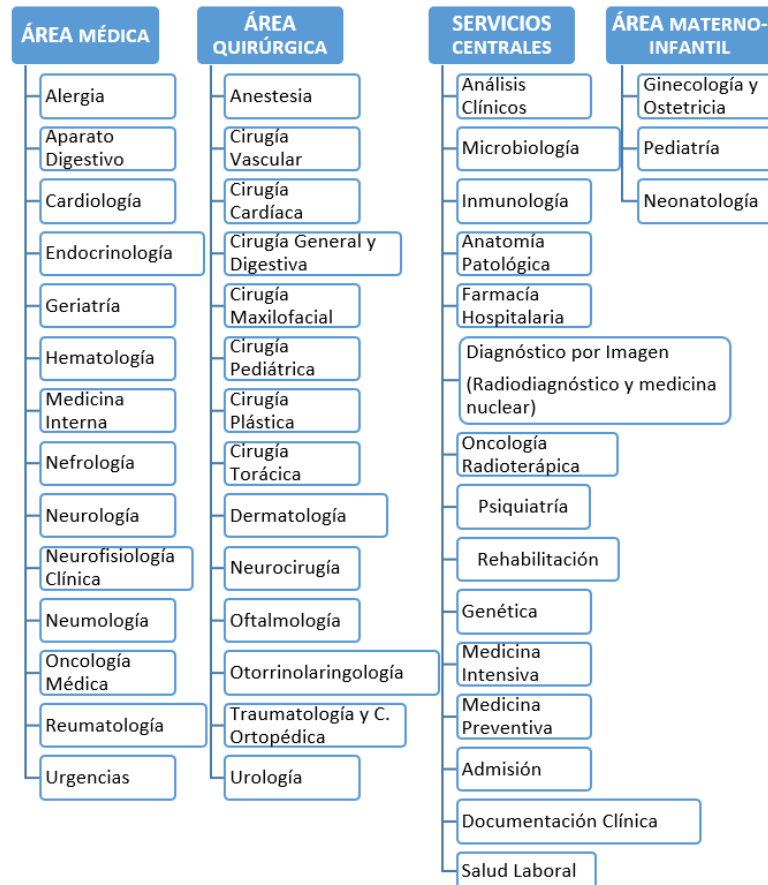
- Acceso a Uptodate desde todos los ordenadores.
- Cañón de proyección para las sesiones.
- Biblioteca Virtual de la Consejería de Sanidad.
- Fondos bibliográficos de la FJD y el Instituto de Investigación de la FJD

### 3 ORGANIZACIÓN JERÁRQUICA Y FUNCIONAL

El servicio de Geriatria del HURJC está integrado en el Área Médica. Depende jerárquicamente del Jefe de Área Médica, y este a su vez de la dirección del hospital. El hospital está acreditado como Hospital Universitario de la Universidad Rey Juan Carlos.



Tutoras de residentes: Dra Verónica Liz García Cárdenas como tutora y la Dra. Beatriz Herrero Pinilla, será su colaboradora.



### 3.1 Personal del servicio:

Jefe Asociado: Cristina González de Villaumbrosia: Actividad clínica en Consultas Externas y Equipo de Soporte a Residencias.

Facultativos Especialistas de Área:

1. Raquel Barrera Crispín: Consultas Externas y Equipo de Soporte a Residencias.
2. Verónica Liz García Cárdenas: Hospitalización y consulta de Ortogeriatría.
3. Sofía Alejandra González Chávez: Unidad de Agudos y Paliativos (hospitalización en la séptima planta, torre plaza) y consulta de Cardiogeriatría
4. Andrea Sáenz de Tejada Granados: Unidad de agudos (unidad de Fragilidad) y consulta de Oncogeriatría.
5. Cristina Carrasco Paniagua: Consultas Externas y Equipo de Soporte a Residencias
6. Beatriz Herrero Pinilla: Interconsultas de Urgencias alternando cada 6 meses con hospitalización en la séptima planta, torre plaza
7. Julia Castillo García: Interconsultas de Urgencias alternando cada 6 meses con hospitalización en la séptima planta, torre plaza



8. Juani Isabel Mendizabal Choy: Interconsultas de Urgencias alternando cada 6 meses con hospitalización en la séptima planta, torre plaza

Enfermeras de Geriátria:

- Laura Elena Cotano Abad: Planta de hospitalización
- Clara Valverde Fontcuberta: Enfermera de Ortogeriatría.
- Catarina Vidal: Enfermera de Urgencia Geriátria y tutora de EIR

## 4 CARTERA DE SERVICIOS

### 4.1 Unidades:

Unidad de Fragilidad, compuesta por 36 camas que son llevadas de forma multidisciplinar entre Medicina Interna y Geriátria, con el objetivo de minimizar el deterioro funcional de los pacientes mayores vulnerables. Cuenta con sala de terapia ocupacional, enfermería y auxiliares entrenados en la fragilidad, una terapeuta ocupacional y un auxiliar de deterioro funcional para fomentar la actividad física de los pacientes durante el ingreso. Las camas asignadas a Geriátria dentro de esta unidad son habitualmente de 4-5. Está proyectado que en breve cuenta también con gimnasio para la realización de ejercicio de potenciación muscular durante el ingreso

Unidad de Agudos de Geriátria, en la séptima planta de la torre plaza; los pacientes son llevados por dos médicos adjuntos de Geriátria y la enfermera de Geriátria para la atención al enfermo geriátrico en un proceso agudo intercurrente o por descompensación reversible de su enfermedad crónica principal.

Unidad de Ortogeriatría: los pacientes mayores de 75 años ingresados en Traumatología por una patología aguda serán valorados sistemáticamente de forma conjunta entre Traumatología y Geriátria durante todo el ingreso. Atiende de media a 270- 300 pacientes con fractura de cadera al año.

Interconsultas de servicios médicos y quirúrgicos: Valoración de pacientes geriátricos ingresados a cargo de otros servicios para estabilización de problemas médicos y valoración integral del paciente.

Consultas externas:

- **General**: Consiste en la atención a los pacientes remitidos desde Atención Primaria, desde otras especialidades del hospital o desde residencias para realizar una atención especializada por alguno de los problemas más comunes en los pacientes geriátricos; deterioro cognitivo, depresión, síndrome constitucional, anemia, caídas de repetición, mareos, osteoporosis, etc. También se realiza en esta consulta en seguimiento de los pacientes ingresados en la hospitalización de Geriátria.
- **Oncogeriatría**: Consiste en la valoración geriátrica integral de los pacientes oncológicos, que son remitidos a Geriátria desde el servicio tratante (Hematología,

Oncología, Ginecología...) para valorar de forma global al paciente, como herramienta en la toma de decisiones terapéuticas de la enfermedad oncológica.

- **Ortogeriatría:** Consiste en el seguimiento en consulta de los pacientes atendidos en la unidad de Ortogeriatría, para la prevención de nuevas fracturas a través de la valoración de osteoporosis y caídas.
- **Cardiogeriatría:** Consiste en la valoración geriátrica integral de los pacientes cardiológicos con estenosis aórtica severa, que son remitidos a Geriátrica desde el servicio tratante (Cardiología) para valorar de forma global al paciente, como herramienta en la toma de decisiones terapéuticas de la valvulopatía (decidir entre sustitución valvular, TAVI o manejo conservador).
- **Fragilidad:** Al igual que en las tres anteriores, consiste en la valoración geriátrica integral de los pacientes, que son remitidos a Geriátrica desde el resto de especialidades para valorar de forma global al paciente, como herramienta en la toma de decisiones terapéuticas. En esta consulta principalmente son valorados pacientes de Traumatología antes de decidir si realizar una artroplastía total de cadera o rodilla, o pacientes de Cirugía General que van a ser intervenidos de una patología de su ámbito, no oncológica.

Equipo de soporte a residencias: Su objetivo es doble; por una parte facilitar la valoración programada de los problemas más frecuentes de los pacientes geriátricos, de forma similar a las valoraciones de Consultas Externas, pero realizado generalmente por videoconsulta, permaneciendo el paciente en su propia residencia para fomentar su confort, evitando desplazamientos. Por otra parte, realizar la valoración tras las altas de hospitalización del mayor número de pacientes posible, con intención de revisar que el periodo post-ingreso suceda adecuadamente y realizar ajustes de tratamiento. También se realizan visitas ocasionales presenciales a las residencias.

Actividad telemática o no presencial: Tanto para pacientes de domicilio como de residencia, existe la posibilidad de que el médico de residencia o de Atención Primaria contacte con el servicio de Geriátrica a través de las e-consultas, para ajustar tratamientos o coordinar la atención del paciente. De igual modo, en el seguimiento en consultas Externas existe la opción de hacer las revisiones de forma telefónica.

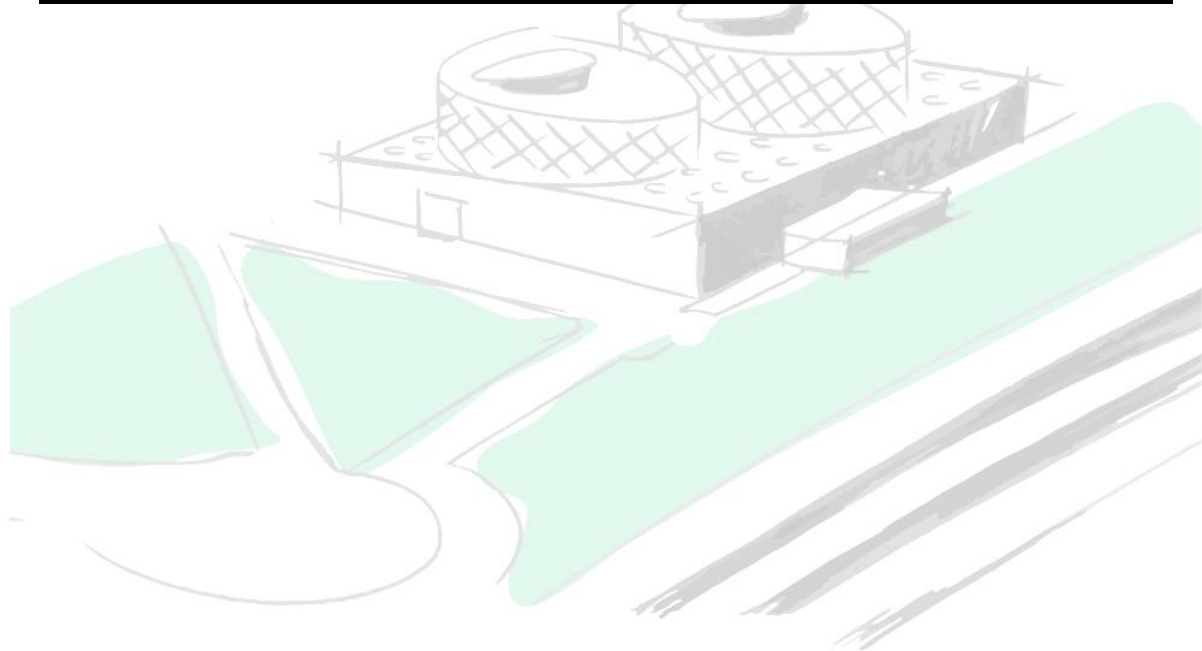
Urgencia Geriátrica: Es un dispositivo multidisciplinar en el que una geriatra y una enfermera de Geriátrica realizan la valoración geriátrica integral de los pacientes de residencia que se encuentran en horario laborable en urgencias, encargándose del paciente y organizando los cuidados al alta o de cara al ingreso hospitalario.

Actividad de hospital de día: En el hospital de día médico se realiza la actividad ambulatoria de Geriátrica en la que se precisa medicación intravenosa, como puede ser para realizar transfusiones programadas, pautar hierro intravenoso, antibioterapia etc.

#### 4.2 Resumen de la actividad del servicio en el año 2024

GERIATRIA	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025

ALTAS	58	185	160	206	26	330	345	504	431	240	664	680	661	765
ESTANCIA ME- DIA	7,55	7,86	7,57	7,29	12,46	6,85	8,46	7,59	8,68	7,3	5,52	5,84	6,16	5,78
ESTANCIAS	438	1454	1.211	1.502	324	2.261	2.919	3.825	3.741	1.752	3.665	3.971	4.072	4.422
CAMAS	1	4	3	4	1	6	8	10	10	5	10	11	11	12
PRIMERAS CON- SULTAS	559	557	547	682	791	852	941	970	1.232	1.022	1.389	1.856	1.719	1.791
SUCESIVAS	348	705	933	1166	1259	1386	1364	1477	1.165	1.209	1.543	1.692	2.023	1.931
INDICE S/P	0,62	1,27	1,71	1,71	1,59	1,63	1,45	1,52	0,95	1,18	1,11	0,91	1,18	1,08
INTERCONSUL- TAS	400	500	366	367	410	897	477	505	857	466	450	655	621	825
HOSPITAL DE DÍA	1	12	21	14	17	22	32	14	39	24	14	21	38	



## 5 PROGRAMA FORMATIVO OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD

En la orden SCO/2603/2008, de 1 de septiembre de 2008, se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Geriatria, que regula la especialidad de Medicina Interna. La Comisión Nacional de la especialidad elaboró el programa formativo de dicha especialidad, que ha sido verificado por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, órgano asesor en materia de formación sanitaria especializada, y que se puede encontrar en el siguiente enlace:

<https://www.msbs.gob.es/profesionales/formacion/docs/geriatria.pdf>

## 6 GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO TIPO DE LA UNIDAD

Se elabora la guía adaptando el programa oficial de la especialidad, aprobado el 1 de septiembre de 2008, a las características de la unidad docente y del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Esta guía o itinerario formativo se aplica a todos los residentes que se forman en la misma, sin perjuicio de su adaptación como plan individual a cada uno de los residentes.

Objetivos generales y específicos:

Los **objetivos generales** de la residencia de Geriatria están dirigidos a adquirir una formación que contemple al paciente anciano en su entorno bio-psico-social y a lo largo de una cadena que comienza en los cambios (morfológicos, psicológicos, funcionales y sociales) que origina el proceso de envejecimiento individual, continúa con la prevención y el manejo de las diferentes situaciones de enfermedad e incapacidad y culmina con la actuación interdisciplinaria conjunta en los distintos niveles asistenciales, tanto sanitarios como sociales. Así, a lo largo del periodo formativo el residente debe:

- Estudiar el proceso de envejecimiento y sus principales teorías fisiopatológicas. Aprendiendo aspectos demográficos, biológicos y sociales.
- Conocer y abordar las enfermedades más frecuentes en el anciano (distintas formas de presentación de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento, conocimiento de las guías de práctica clínica y su aplicación individualizada en el paciente geriátrico, pronóstico vital y funcional de las enfermedades más frecuentes, medidas de prevención).
- Identificar y manejar los principales Síndromes Geriátricos (alteraciones cognitivas, demencias, síndromes confusionales, Incontinencia, Inmovilidad, Caídas, Úlceras por presión, Desnutrición, Insomnio, Depresión, Fragilidad).
- Hacer un uso correcto de las técnicas de Valoración Geriátrica Integral y los objetivos de esta.
- Estudiar la Farmacología del anciano y sus peculiaridades.
- Conocer los distintos aspectos de la Asistencia Geriátrica (Trabajo Interdisciplinario, Coordinación entre los distintos niveles de asistencia, así como conocer y utilizar correctamente los recursos socio sanitarios).
- Adquirir habilidades en los aspectos relativos a la rehabilitación específica en el paciente geriátrico con deterioro funcional.

- Identificar y manejar los pacientes subsidiarios de Cuidados Paliativos.
- Identificar los aspectos básicos de la metodología de la Investigación.
- Adquirir habilidades en comunicación médico paciente y entre los miembros de equipo interdisciplinar.
- Conocer aspectos éticos y legales que están involucrados en nuestra práctica clínica.

Los **objetivos específicos** de las rotaciones son:

- Reconocer las enfermedades del paciente.
- Saber indicar e interpretar los resultados de las exploraciones complementarias solicitadas.
- Ser capaz de elaborar un juicio clínico razonado en cada situación.
- Saber priorizar las opciones terapéuticas.
- Saber realizar las técnicas de la especialidad.
- Ser capaz de dar información a pacientes y familiares.
- Ser capaz de presentar casos clínicos en sesiones.
- Impartir enseñanza a otros médicos y estudiantes.

En resumen, este programa tiene como objetivo formar profesionales con una adecuada competencia clínica, capaces de realizar una valoración geriátrica integral, trabajar en equipo, ser organizadores de cuidados y coordinadores de recursos, y conocer los beneficios, costes y riesgos de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

#### **6.1 Competencias generales para adquirir durante la formación**

Con carácter general, la finalidad de las rotaciones del periodo formativo básico o inicial 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. El nivel de habilidad/responsabilidad se incrementará de tal forma que en el primer mes de cada rotación se aplique un nivel tres y en el tiempo restante un nivel dos. Las actividades a través de las cuales recibirá su formación el residente son las asistenciales propias del servicio de destino, la práctica clínica cotidiana bajo tutorización y la formación continuada.

A continuación, se realizarán las rotaciones del 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. El programa debe incluir práctica clínica, técnicas docentes, investigadoras y administrativas. El nivel de habilidad será progresivamente mayor de acuerdo con el año de formación. Durante el primer tercio del tiempo dedicado a cada rotación se establece un nivel dos (experiencia y conocimientos) que irá aumentando hasta avanzar a un nivel uno (acciones independientes). Las actividades serán las asistenciales propias de cada nivel: proceso diagnóstico y de valoración del caso, manejo terapéutico, participación en sesiones interdisciplinarias y específicas de cada Unidad, discusión sobre problemas éticos, e intervención en la planificación del alta.



## 6.2 Cronograma de rotaciones

En consonancia con lo indicado por el Programa Oficial de la Especialidad (POE), las rotaciones obligatorias durante el primer periodo (formativo básico) serán la de una Unidad Geriátrica de Agudos, Cardiología, Neurología, y Radiología. Las rotaciones optativas serán por las distintas especialidades médicas, como Neumología, Digestivo, Intensivos, Endocrino, Infecciosas, Nefrología, Rehabilitación, Reumatología, Oncología y Paliativos. En el plan de rotaciones se tendrá en cuenta el periodo vacacional. Este periodo durará 18 meses.

Las rotaciones obligatorias durante el segundo periodo (formativo específico) serán la Unidad Geriátrica de Agudos, Unidad de Recuperación Funcional, Hospital de Día Geriátrico, Hospitalización a Domicilio, Consultas Externas, Interconsulta, Atención Primaria y centros sociosanitarios, y Psicogeriatría. Las rotaciones optativas serán en unidades mono-gráficas (memoria, caídas, etc.), unidades de investigación en geriatría o gerontología y /o rotaciones en el extranjero en unidades de reconocido prestigio. Este segundo periodo durará 30 meses. Durante el periodo de formación hay que tener en cuenta que el residente aprende mientras trabaja, siguiendo un proceso progresivo de maduración, en el que debe existir un equilibrio entre formación y responsabilidad por lo que la práctica clínica supervisada deber ser máxima al inicio del periodo formativo y mínima al finalizarlo, complementando dicho proceso con determinadas actividades de tipo teórico: talleres, sesiones, seminarios. Se tendrá en cuenta el mes de vacaciones sin programar rotación o estancia formativa.

El calendario de rotaciones y sus contenidos sigue de forma lo más fielmente posible la estructura sugerida por el programa formativo de la especialidad (POE), quedando distribuido como se muestra en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..**



Año	Periodo	Rotación	Tipo	Duración en meses
R1	Periodo formativo básico	Unidad Geriátrica de agudos	Obligatoria	3
		Cardiología	Obligatoria	3
		Neurología	Obligatoria	3
		Radiología	Obligatoria	2
		Vacaciones	Obligatoria	1
R2		CuidadosPaliativos	Optativa	2
		Neumología - VMNI	Optativa	1
		Intensivos	Optativa	1
		Nefrología	Optativa	1
		Infecciosas - POCUS	Optativa	2
R3	Periodo formativo específico	Unidad Geriátrica de Agudos	Obligatoria	2
		Atención Primaria	Obligatoria	1
		Vacaciones	Obligatoria	1
		Interconsultas - Urgencias	Obligatoria	1
		Ortogeriatria	Obligatoria	2
		Unidad de Recuperación Funcional	Obligatoria	2
		Hospital de día de Geriatria	Obligatoria	2
		Centro sociosanitario y Geriatria de enlace	Obligatoria	2
R4		Unidad Geriátrica de Agudos	Obligatoria	3
		Hospitalización a domicilio	Obligatoria	1
		Vacaciones	Obligatoria	1
		Consultas externas	Obligatoria	3
		Psicogeriatría	Obligatoria	2
		Unidad Geriátrica de Agudos	Obligatoria	4
		Rotación optativa/en el extranjero	Optativa	2
		Vacaciones	Obligatoria	1

Todas las rotaciones citadas se harán en el Hospital Rey Juan Carlos, a excepción de:

- Atención Primaria: Centro de Salud Presentación Sabio. Móstoles, Comunidad de Madrid.
- Residencias: residencia de la CAM de Villaviciosa de Odón
- Unidad de Recuperación Funcional: Hospital de Guadarrama. Comunidad de Madrid.
- Hospitalización a domicilio: Hospital Infanta Leonor. Madrid.
- Hospital de día. Hospital Clínico San Carlos (servicio de Geriatria). Madrid.

### **6.3 Competencias específicas por rotación**

#### **6.3.1 ROTACIONES DEL PRIMER CICLO (PRIMEROS 18 MESES)**

##### **6.3.1.1 Unidad geriátrica de agudos (HURJC):**

- Aprender a realizar una historia clínica geriátrica. Saber realizar una Valoración Geriátrica Integral (clínica, funcional, mental, social, nutricional), conocer su importancia y la metodología utilizada para ello (principales escalas)
- Abordar las patologías geriátricas agudas más habituales: conocer el valor de las pruebas diagnósticas y los principales tratamientos.
- Conocer los síndromes geriátricos: saber cómo prevenirlos, diagnosticarlos y tratarlos
- Conocer la dinámica del trabajo interdisciplinar en la Unidad de Agudos de Geriatria. Reuniones y trabajo en equipo.
- Aprender a racionalizar el uso de técnicas diagnósticas y medios terapéuticos, especialmente en el anciano frágil y con múltiples comorbilidades.
- Aprender la comunicación con anciano y familia: obtención de datos de la historia clínica, transmisión de información.

##### **6.3.1.2 Cardiología (HURJC):**

- Aprender a racionalizar el uso de técnicas diagnósticas y medios terapéuticos, especialmente en el anciano frágil y con múltiples comorbilidades.
- Aprender la comunicación con anciano y familia: obtención de datos de la historia clínica, transmisión de información.
- Aprender a realizar una historia clínica cardiológica en el anciano (historia dirigida, exploración cardiológica, aproximación diagnóstica y plan de tratamiento)
- Conocer y manejar de los factores de riesgo cardiovasculares en el paciente anciano (beneficios esperados de acuerdo a la edad, expectativa de vida, comorbilidad...)
- Conocer la indicación e interpretación del ECG y otras pruebas diagnósticas: biomarcadores, ecocardiograma, Holter, ergometría, coronariografía.
- Conocer el manejo de las patologías cardíacas más frecuentes en el anciano: insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, cardiopatía isquémica, estenosis aórtica, otras valvulopatías. Principales guías de práctica clínica y las peculiaridades en su aplicación en el anciano.
- Asistir a las sesiones de cardiología (clínicas y médico-quirúrgicas), aprender sobre el proceso de toma de decisiones en pacientes complejos.

- Conocer las indicaciones de derivación de un paciente anciano a una consulta de Cardiología.

#### 6.3.1.3 Neurología (HURJC):

- Realizar historias clínicas de pacientes con distintas patologías neurológicas. Hacer una exploración neurológica completa e identificar los principales síndromes.
- Realizar de técnicas diagnósticas específicas: (examen del fondo de ojo, Punción lumbar...)
- Conocer las indicaciones e Interpretación de resultados de las principales técnicas de neuroimagen, en el contexto clínico del anciano
- Conocer el proceso diagnóstico y tratamiento de las patologías neurológicas más prevalentes en ancianos: deterioro cognitivo-demencias, trastornos del movimiento, enfermedad cerebrovascular aguda, polineuropatías, epilepsia.
- Conocer las afectaciones del sistema nervioso secundarias a otras patologías.

#### 6.3.1.4 Radiodiagnóstico (HURJC):

- Lectura e interpretar la radiografía del tórax y abdomen. Patrones radiológicos más frecuentes en ancianos.
- TAC: Conocer las indicaciones y utilidad en el diagnóstico de las distintas patologías prevalentes en el anciano
- Rotación por el área de Neuroimagen: Interpretación de TAC y RNM cerebral especialmente en el contexto de deterioro cognitivo o alteraciones vasculares
- Conocer la relación coste/beneficio de las diversas técnicas.

#### 6.3.1.5 Unidad de Cuidados Paliativos (HURJC):

- Conocer los criterios de terminalidad en pacientes geriátricos oncológicos y no oncológicos
- Manejar de los síntomas más frecuentes en el anciano terminal: dolor, disnea, agitación, alteraciones del comportamiento, anorexia....
- Aprender a realizar el apoyo global (médico, psicológico, existencial..) al paciente geriátrico y su familia. Manejo del duelo.
- Conocer los mecanismos de apoyo en la red sanitaria extrahospitalaria (INFOPAL) y en otros organismos no sanitarios: (equipos de soporte domiciliario, asociaciones de cáncer, ONGs, voluntariados.....)

#### 6.3.1.6 Neumología (HURJC):

- Adquirir la capacidad de atender al paciente general en hospitalización y consulta de neumología: confección de historia clínica, elaboración y seguimiento de planes de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del aparato respiratorio más prevalentes: EPOC, asma, neumoconiosis, enfermedades intersticiales, embolismo pulmonar, pleuritis y derrame pleural, patología del sueño, distres respiratorio.
- Conocer los protocolos del sistema de gestión del proceso asistencial de la Unidad de Neumología (LCFA, derrame pleural, neumotórax, Neoplasia Pulmón).
- Atención directa de pacientes hospitalizados por mes de rotación.
- Presentar en sesión clínica al menos 1 caso por mes de rotación.

- Conocer indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de (todas ellas técnicas disponibles para los pacientes de nuestro centro): toracocentesis, biopsia pleural, pruebas funcionales, broncofibroscopia, EBUS, oxigenoterapia crónica domiciliaria, pulsioximetría y CPAP, y además de trasplante pulmonar.
- Practicar toracocentesis.
- Interpretar pruebas funcionales; pulsioximetría, informe de endoscopia, informe de biopsia pleural y bronquial.
- Aprender los principios básicos de la ventilación no invasiva.

#### 6.3.1.7 Cuidados intensivos (HURJC):

- Adquirir la capacidad de atender al paciente general en hospitalización de cuidados críticos: confección de historia clínica, elaboración y seguimiento de planes de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades agudas graves. Manejo de los trastornos severos del funcionalismo cardiovascular, respiratorio, renal, hepático, neurológico o metabólico e intoxicaciones.
- Conocer los protocolos del sistema de gestión del proceso asistencial de la Unidad de Cuidados Intensivos (cardiopatía isquémica, insuficiencia respiratoria, fracaso multiorgánico).
- Atención directa de al menos 10 pacientes hospitalizados por mes de rotación.
- Presentar en sesión clínica al menos 1 caso por mes de rotación.
- Conocer indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de (todas ellas técnicas disponibles directa o indirectamente para los pacientes de nuestro centro): RCP avanzada, ventilación mecánica no invasiva, ventilación mecánica, hemofiltración, monitorización hemodinámica.
- Practicar canalización de vías centrales, intubación orotraqueal, RCP avanzada.
- Interpretar monitores de UCI; estudio hemodinámico.

#### 6.3.1.8 Digestivo (HURJC):

- Adquirir la capacidad de atender al paciente general de aparato digestivo: confección de historia clínica, elaboración y seguimiento de planes de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más prevalentes patología esofágica, enfermedad ulcerosa, enfermedades inflamatorias intestinales, malabsorción, patología vascular abdominal, enfermedades del peritoneo, enfermedades del hígado y vías biliares, enfermedades el páncreas.
- Conocer los protocolos del sistema de gestión del proceso asistencial de la Unidad de Aparato Digestivo (hemorragia digestiva alta y baja; pancreatitis/colelitiasis; hepatopatía crónica; enfermedad inflamatoria intestinal).
- Atención directa de pacientes con patología digestiva por mes de rotación.
- Presentar en sesión clínica al menos 1 casos por mes de rotación.
- Conocer indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de (todas ellas técnicas disponibles directa o indirectamente para los pacientes de nuestro centro): paracentesis, endoscopias digestivas alta y baja, CPRE, biopsia hepática percutánea, endoprótesis digestivas y biliares, gastrostomía, pHmetría, TIPS y trasplante hepático.
- Practicar paracentesis.

- Interpretar: informe de endoscopias/CPRE, informe de AP de biopsias endoscópicas y hepática

#### 6.3.1.9 Nefrología (HURJC):

- Adquirir la capacidad de atender al paciente general en hospitalización y consultas de nefrología: confección de historia clínica, elaboración y seguimiento de planes de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades nefrourológicas más prevalentes: insuficiencia renal aguda y crónica, glomerulopatías, nefropatías intersticiales, trastornos hidroelectrolíticos.
- Conocer los protocolos del sistema de gestión del proceso asistencial de la Unidad de Nefrología (hemodiálisis, diálisis peritoneal, insuficiencia renal aguda).
- Atención directa de al menos 10 pacientes hospitalizados por mes de rotación.
- Presentar en sesión clínica al menos 1 caso por mes de rotación.
- Conocer indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de (todas ellas técnicas disponibles directa o indirectamente para los pacientes de nuestro centro): diálisis peritoneal, hemodiálisis, hemofiltración, biopsia renal, trasplante renal.
- Practicar: canalización vías centrales.
- Interpretar: informe de anatomía patológica de biopsia renal.
- Se ha mantenido una duración de 3 meses sobre los dos previstos en el programa oficial de cara a permanecer 1 mes en la consulta externa y profundizar en el manejo de la insuficiencia renal crónica, diálisis, glomerulopatías y vasculitis ya que sólo con la hospitalización no se cubrirían estas necesidades.

#### 6.3.1.10 Oncología (HURJC):

- Adquirir la capacidad de atender al paciente general en hospitalización de oncología: confección de historia clínica, elaboración y seguimiento de planes de diagnóstico y tratamiento de los pacientes con cáncer, cuidados paliativos y urgencias oncológicas.
- Conocer los protocolos del sistema de gestión del proceso asistencial de la Unidad de Oncología (comités de tumores, quimioterapia, neutropenia febril).
- Atención directa de pacientes hospitalizados por mes de rotación.
- Presentar en sesión clínica al menos 1 caso por mes de rotación.
- Conocer indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de (todas ellas técnicas disponibles directa o indirectamente para los pacientes de nuestro centro): quimioterapia, radioterapia.
- Practicar: prescripción quimioterapia para mieloma múltiple, linfomas.
- Interpretar los informes de anatomía patológica y pruebas de imagen.

#### 6.3.1.11 Enfermedades infecciosas (HURJC):

- Atender al paciente con sepsis, Síndrome febril, endocarditis, infecciones de la piel, partes blandas, óseas, respiratorias, abdominales, SNC, urinarias, infecciones comunitarias, nosocomiales, en inmunodeprimidos y en situaciones especiales, tanto en hospitalización como en consulta. Uso racional de antibióticos.
- Ejecutar los protocolos del sistema de gestión del proceso asistencial de la Unidad de Medicina Interna en hospitalización (Neumonía, VIH, hepatitis, tuberculosis,



infección de orina, infección de partes blandas, infección osteoarticular, infecciones vasculares, infección en inmunosuprimidos, infecciones en viajeros e inmigrantes y utilización racional de antibióticos y antifúngicos).

- Presentar en sesión clínica al menos 3 casos clínicos y realizar sesiones de Medicina Basada en la Evidencia Realización directa de los procedimientos a los pacientes de nuestra unidad en Hospital de Día.
- Atender interconsultas clínicas de pacientes hospitalizados en otras Unidades clínicas del hospital con infección.
- Conocer la utilidad clínica de las técnicas diagnósticas microbiológicas y técnicas de estudio de actividad de antimicrobianos, solos o en combinación, e interpretación lectura del antibiograma.

#### 6.3.1.12 Medicina Interna/ Unidad de ecografía clínica (HURJC)

- Conocer las nociones básicas y fundamentos físicos de la imagen por ultrasonidos.
- Manejo básico de un ecógrafo estándar y portátil.
- Conocer los protocolos para la correcta realización de la ecografía clínica (POCUS) en todos sus ámbitos principales; Eco torácica, abdominal, muscular/ nutricional y venosa.
- Atender a las interconsultas diarias del servicio de Medicina Interna y Geriatria para la realización de un mínimo de 5 ecografías diarias en pacientes reales.
- Ser capaz de realizar informes con el resultado de la ecografía realizada y conocer las indicaciones de solicitar una ecografía reglada.

### 6.3.2 ROTACIONES DEL SEGUNDO CICLO (SIGUIENTES DOS AÑOS Y MEDIO)

#### 6.3.2.1 Unidad de Orto geriatria (HURJC):

- Evaluar y realizar el seguimiento clínico de la fase aguda de la fractura de cadera. Manejo preoperatorio pre y postoperatorio.
- Coordinar el trabajo interdisciplinar con el médico traumatólogo, rehabilitador, trabajador social.
- Conocer los factores que determinan el pronóstico funcional tras la fractura.
- Conocer los criterios de derivación a una unidad de rehabilitación intensiva tras la fractura.
- Realizar la prevención primaria y secundaria de caídas y fracturas.

#### 6.3.2.2 Atención Primaria (Centro de Salud Presentación Sabio)

- Conocer y abordar los problemas de salud más prevalentes en atención primaria, valorar los pacientes en un ámbito de mayor incertidumbre y menores pruebas diagnósticas
- Conocer y aplicar los protocolos comunes más utilizados: Protocolo HTA y riesgo cardiovascular, protocolo de Diabetes, etc.
- Aprender el abordaje de la medicina preventiva, la atención a la familia y el cuidado del paciente fuera del consultorio.



#### 6.3.2.3 Hospital de día (Hospital Clínico San Carlos)

- Conocer el perfil de los diferentes tipos de hospital de día (psicogeriátrico y rehabilitador), criterios de ingreso y diferencia con centro de día. Realizar evaluación geriátrica integral ambulatoria a los diferentes pacientes.
- Elaborar un plan de trabajo por problemas multidimensionales. Familiarizarse con el manejo compartido de pacientes con otros especialistas y/o profesionales sanitarios de atención primaria. Coordinar recursos.
- Profundizar en el paciente con demencia: proceso diagnóstico, tipo de deterioro cognitivo, familiarizarse con el tratamiento médico, trastorno de conducta, psicoestimulación, planificación al alta. Pacientes con patología extrapiramidal: aspectos de rehabilitación y pronóstico. Patología vasculocerebral y artropatía: valoración global y factores pronósticos. Profundizar en los diferentes síndromes geriátricos sobre todo los más relevantes en el hospital del día: caídas, úlceras, estreñimiento, delirium, demencia. Conocer diferentes tipos de intervención de rehabilitación y terapia ocupacional, plan de curas de enfermería y aspectos básicos de trabajo social en el contexto de Hospital de día. Asistir a sesiones interdisciplinares.
- Habilidades: aprendizajes relacionados con la asistencia directa: circuitos de demanda asistencial, selección de los pacientes. Capacidad para llevar a cabo una valoración geriátrica y establecer un pronóstico. Capacidad para aplicar los criterios de selección e ingreso en un hospital de día.
- Manejo de los problemas relacionados con la adaptación a la comunidad tras el alta hospitalaria.
- Actitudes: apreciar la importancia del método de trabajo en equipo interdisciplinario. Soporte a la familia y a los cuidadores en el planteamiento del retorno al domicilio.

#### 6.3.2.4 Interconsultas de Geriatría (HURJC):

- Conocer las patologías que motivan con mayor frecuencia interconsulta a Geriatría y características de los pacientes susceptibles de valoración geriátrica en otros servicios del hospital.
- Realizar valoraciones preoperatorias y seguimiento de complicaciones postoperatorias en las cirugías (con ingreso hospitalario) más prevalentes en anciano, y en las más incapacitantes (cirugía ortopédica, urología, neurocirugía, cirugía vascular...)
- Realizar interconsultas en Urgencias y en la sección "Urger" (urgencia geriátrica).
- Prevenir y detectar la aparición de síndromes geriátricos realizando un adecuado abordaje de estos una vez establecidos
- Colaborar en la toma de decisiones clínicas respecto a ancianos complejos o pluripatológicos, con los distintos servicios del hospital que lo soliciten
- Conocer el pronóstico funcional de distintas enfermedades prevalentes en ancianos y la posibilidad de realizar intervenciones para prevenir la dependencia.
- Conocer los criterios de derivación a otros niveles asistenciales: Hospitalización, a domicilio, Unidad de Subagudos, Unidad de Media Estancia, Unidad de Larga Estancia, Residencias, Cuidados paliativos.

#### 6.3.2.5 Unidad de recuperación funcional (Hospital de Guadarrama):

- Conocer los criterios de ingreso y funcionamiento de una unidad de subagudos y de una unidad de cuidados continuados
- Abordar el manejo del paciente con deterioro funcional reciente
- Conocer de técnicas rehabilitadoras indicadas en geriatría: Fisioterapia, terapia ocupacional y logoterapia. Ortesis y ayudas técnicas.
- Conocer las expectativas y limitaciones de la rehabilitación.
- Conocer la dinámica del trabajo multidisciplinar en estas unidades
- Planificar el alta y la continuidad de los cuidados.

#### 6.3.2.6 Centro sociosanitario (Residencia de mayores de Villaviciosa de Odón 1 mes y Equipo de Geriatría de Enlace del HURJC 1 mes):

- Familiarizarse con el protocolo del baremo para recurso socio-sanitario de larga estancia. Gestión de las listas de espera (profesionales implicados y circuitos de ingreso).
- Planificación de la atención en una unidad de larga estancia.
- Patologías más habituales. Manejo en la fase crónica de enfermedades incapacitantes. Conocimiento de las funciones y técnicas de enfermería: nutrición enteral, sondaje vesical permanente, úlceras por presión, protocolo de retirada de traqueostomía, restricción física de movimientos. Atención rehabilitadora de baja intensidad. Temas éticos relacionados con las personas altamente dependientes. Atención al final de la vida del paciente geriátrico: limitación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico, hidratación y nutrición al final de la vida (demencia avanzada), voluntades anticipadas.
- Habilidades: valoración geriátrica. Identificación de la problemática funcional física o mental. Manejo diagnóstico y terapéutico en el ámbito socio-sanitario y residencial. Realización de protocolos de manejo clínico con equipos de Atención Primaria y Servicios Sociales. Derivación adecuada de enfermos y evaluación preingreso en niveles asistenciales. Capacidad de relación interprofesional, y con pacientes y familia. Toma de decisiones éticas y legales. Coordinación de los cuidados especializados geriátricos con Atención Primaria y los Servicios Sociales.
- Actitudes: apreciar la importancia del método de trabajo en equipo interdisciplinario. Soporte a la familia y a los cuidadores en el planteamiento de retorno al domicilio.

#### 6.3.2.7 Unidad Geriátrica de Agudos (HURJC):

- Manejo diagnóstico y tratamiento del anciano pluripatológico: interpretación de síntomas inespecíficos, uso racional de técnicas diagnósticas, aproximación pronóstica.
- Conocer el tratamiento actualizado (principales guías de práctica clínica) de las patologías agudas más prevalentes en el anciano y sus adaptaciones en el anciano frágil. Saber evaluar riesgo /beneficio de las principales terapias según el contexto clínico particular del paciente.

- Aprender a elaborar un plan de cuidados individualizado del paciente integrando todos los problemas del anciano complejo y aprendiendo a priorizar el tratamiento de estos.
- Conocer y aplicar los principales protocolos de prevención y tratamiento de los síndromes geriátricos, especialmente síndrome confusional agudo, deterioro funcional durante la hospitalización y reducción de polimedicación.
- Preparación de informe de alta con principales indicaciones post- alta (revisiones posteriores, adherencia a tratamientos)
- Consolidar la habilidad de trabajo multidisciplinar con el equipo de enfermería, psicólogo, trabajador social... y las habilidades de comunicación con el enfermo y familia.

#### 6.3.2.8 Hospitalización a domicilio (Hospital Infanta Leonor)

- Conocer el protocolo de estudio de las patologías vistas con mayor frecuencia en la hospitalización a domicilio
- Valoración geriátrica integral y su utilización en la toma de decisiones en distintos contextos clínicos
- Identificación de los principales problemas y necesidades del paciente complejo y el riesgo /beneficio del estudio y tratamiento de cada uno de ellos
- Identificar qué pacientes precisan seguimiento en consulta de Geriátrica y cuáles pueden ser derivados a su médico de atención primaria o precisan otras consultas de especialista. Conocer la red asistencias extrahospitalaria
- Desarrollar la capacidad de relación interprofesional, y con pacientes y familia.

#### 6.3.2.9 Consultas Externas de Geriátrica (HURJC):

- Conocer el protocolo de estudio de las patologías vistas con mayor frecuencia en las consultas de Geriátrica: estudio de deterioro cognitivo, deterioro funcional inespecífico, paciente complejo pluripatológico, polimedicación, caídas de repetición, fragilidad y otros síndromes geriátricos.
- Valoración geriátrica integral y su utilización en la toma de decisiones en distintos contextos clínicos: antes de una cirugía, ante la colocación de TAVI u otros dispositivos cardiológicos, antes de un tratamiento oncológico o en la evolución del mismo, antes de un tratamiento de diálisis.....
- Identificación de los principales problemas y necesidades del paciente complejo y el riesgo /beneficio del estudio y tratamiento de cada uno de ellos
- Identificar qué pacientes precisan seguimiento en consulta de Geriátrica y cuáles pueden ser derivados a su médico de atención primaria o precisan otras consultas de especialista. Conocer la red asistencias extrahospitalaria
- Desarrollar la capacidad de relación interprofesional, y con pacientes y familia.
- Los residentes rotarán por la consulta de Geriátrica general, y por todas las consultas monográficas (ortogeriatría, oncogeriatría, y fragilidad/ Cardiogeriatría).

#### 6.3.2.10 Psicogeriatría (Consultas Externas de Psiquiatría del HURJC):

- Atención a las patologías psiquiátricas más frecuentes de la población anciana. El área sanitaria del HRJC es muy envejecida y los adultos mayores suponen un % elevado de las consultas de Psiquiatría.
- Conocer las principales patologías psiquiátricas del anciano, con especial énfasis en la demencia con trastornos cognitivos y conductuales, y en la depresión.
- Conocer los recursos sanitarios, sociales y sociosanitarios, de ingreso y en la comunidad.
- Aprender a realizar una entrevista psiquiátrica
- Realizar el proceso diagnóstico y conocer el manejo de pacientes con trastornos conductuales, tanto respecto al tratamiento no farmacológico como al uso de psicofármacos en el anciano.
- Abordaje del proceso de información, consejo y relación con paciente y familia.
- Conocer las posibilidades de coordinación con unidades de hospitalización y estructuras sociosanitarias del Área.

#### 6.3.2.11 Rotación optativa/ en el extranjero.

- Adquisición de conocimientos específicos de especial interés para el residente, como puede ser la formación en otro sistema de salud distinto al español, o en unidades mono-gráficas o de investigación en Geriatría o gerontología de reconocido prestigio.

## 7 PROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN CONTINUADA/ GUARDIAS

### 7.1 Organización guardias

Numerosas unidades docentes y especialidades en el HURJC integran guardias de los médicos en formación que se organizan dentro de la estructura funcional de dichos servicios y que pueden ir variando en función de las necesidades docentes y/o asistenciales. Del mismo modo, la unidad de urgencias representa un lugar singular por sus características y los médicos en formación de diferentes especialidades que realizan guardias.

Los residentes que podrían realizar atención continuada en la urgencia médica son:

#### URGENCIA GENERAL

- Anestesiología y reanimación (primer semestre) → R1
- Cardiología → R1 a R2
- Dermatología. → R1 (primeros 8 meses)
- Digestivo. → R1 a R4
- Endocrinología → R1 a R4
- Geriatría → R1 a R4
- Hematología → R1 a R4
- Medicina del trabajo. → R1
- Medicina Familiar y Comunitaria → R1 a R4
- Medicina física y rehabilitación. → R1
- Medicina Intensiva → R1
- Medicina Interna → R1 a R5
- Nefrología → R1 a R4

- Neurofisiología → R1
- Neurología. → R1 a R4
- Psiquiatría (primer semestre de R1)
- Traumatología (primer semestre de R1)

#### POOL QUIRÚRGICO.

- Cirugía general. → R1 a R2
- Cirugía Maxilofacial. → R1 a R2
- Ginecología (durante su rotación en cirugía general)
- Medicina del Trabajo → R2
- Medicina Familiar y Comunitaria → R1 a R2
- ORL. → R1 a R2
- Urología. → R1 a R2

#### TRAUMATOLOGÍA

- Medicina del Trabajo → R2 a R3
- Medicina Familiar y Comunitaria → R2 a R4
- Medicina física y rehabilitación → R2 a R4
- Traumatología. → R1 (segundo semestre) a R5

#### PEDIATRÍA

- Medicina Familiar y Comunitaria → R2 a R4
- Pediatría → R1 a R4

#### GINECOLOGÍA

- Ginecología y Obstetricia → R1 a R4
- Medicina Familiar y Comunitaria → R3

#### OFTALMOLOGÍA

- Oftalmología. → R1 a R4 (HURJC, HUIE, HGV)

##### 7.1.1 Horarios

Las guardias los días laborales son de 17 horas (de 15:00 a 8:00 h, viernes y Vísperas de festivos de 15:00 a 9:00 h), y los festivos de 24 horas (de 9:00 a 9:00 h, domingos y festivos de 9:00 a 8:00 h).

La **puntualidad** a la guardia es imprescindible para hacer posible el pase de guardia, que siempre se realizará a los médicos en formación que entren de guardia, por lo que hasta que éstos no hayan llegado y se hayan incorporado a la misma, el equipo de guardia “saliente” no podrá ausentarse ni dejar de realizar sus funciones. En cualquier caso, el incumplimiento de la hora de inicio de la guardia o la reiteración evidente de esta situación deberá ser comunicado por escrito al tutor.

El hospital ofrece comida, cena y desayuno postguardia para los residentes de guardia. A la guardia, los días laborales, se incorporarán ya comidos. Para la cena, todos los días, y la comida los días de guardia de 24 horas, se organizarán en turnos previamente acordados con los adjuntos responsables.

Los MIR no se ausentarán del servicio sin conocimiento del adjunto responsable.

Por la noche, habitualmente, pueden organizarse dos turnos de descanso. La hora de inicio del descanso y su duración vendrán condicionadas por la carga de trabajo y la presión asistencial



que exista en urgencias. La programación del descanso deberá contar con el visto bueno de los adjuntos responsables. Es responsabilidad de todos facilitar que esto sea así, trabajando con ese objetivo desde horas antes.

## 7.2 Asignación de guardias

El número máximo planificado de guardias será de 4-5 al mes, salvo circunstancias excepcionales y justificables. Se tendrán en cuenta las variaciones necesarias en periodos vacacionales para que a lo largo de los meses de disfrute de vacaciones reglamentarias los residentes realicen globalmente el mismo número de guardias redistribuidas en estos meses.

Las guardias a cubrir se distribuirán a lo largo de los días del mes de forma proporcionada, según itinerario formativo y de acuerdo con el programa de cada una de las especialidades de los médicos en formación que realizan guardias en el área médica, debiendo coordinarse los distintos responsables o encargados de poner las guardias (generalmente los Residentes mayores de las especialidades como Medicina Interna, Medicina de Familia o Geriátrica), para que la distribución de las guardias sea uniforme tanto en reparto de trabajo como en días festivos.

Se permite y se delega en los propios médicos en formación la realización de los calendarios de guardias a los responsables nombrados por ellos mismos a tal efecto. Éstos deben procurar la asignación de al menos un residente en cada circuito de la urgencia por día cuando sea posible, y una distribución equitativa de número de residentes en cada día de la semana, con una distribución homogénea.

Posteriormente deben ser supervisadas por el tutor de urgencias, el coordinador de urgencias y remitidas para su aprobación a la Unidad Docente. A continuación, serán comunicadas a los interesados, con al menos 10 días de antelación al inicio del mes, vía correo institucional y publicadas, con acceso libre, en la Intranet. A partir de ese momento, cualquier cambio en las guardias deberá realizarse según el apartado “cambio de guardias”.

Los residentes de guardia podrán validarse en el programa informático de guardias del hospital, lo que deberán hacer antes de las 15 horas del día que se inicia la guardia.

## 7.3 Organización de las guardias con las vacaciones y permisos especiales

Entre los médicos en formación se distribuirán los periodos vacacionales en partes proporcionales con el fin de mantener la capacidad funcional de los servicios a los que pertenecen o de los que dependan en sus rotaciones o programa de guardias.

Antes de validar las solicitudes de días de libre disposición, vacaciones, asistencias a congresos, permisos especiales, etc., se comprobará por los tutores que no existen durante ese periodo guardias asignadas al médico en formación, lo que, de no corregirse imposibilitará la concesión de dichos permisos

El entrenamiento en la asistencia al paciente con problemas urgentes, de forma supervisada por los médicos de plantilla, forma parte fundamental en la formación del geriatra. Se respeta escrupulosamente el **número de guardias recomendado por la Comisión Nacional de la Especialidad (4-6), librándose al día siguiente**. Con la normativa actual vigente, el número total anual de guardias será de un máximo de 55.

Realizarán guardias en 4 áreas distintas:



- Servicio de urgencias: realizará guardias durante los 5 años de la residencia en este servicio. Será supervisado por el personal de plantilla de Urgencias del hospital
- Hospitalización área médica: a partir del segundo año de su residencia realizará guardias intrahospitalarias, atendiendo los problemas urgentes médicos planteados por los pacientes ingresados en el área médica del hospital, siendo supervisado por el personal de plantilla del Servicio de Medicina Interna y de otras especialidades médicas.
- Unidad de Ictus: durante su rotación en neurología podrá realizar 1-2 guardias en la unidad de ictus, para mejorar en el aprendizaje del manejo agudo de esta patología. Será supervisado por el personal de plantilla de neurología.
- Serán opcionales durante las rotaciones con servicios específicos de guardia (Cardiología, UCI, etc.) el realizar guardias en los mismos.

La distribución de las guardias será del siguiente modo:

R1: todas las guardias de Urgencias.

R2: 4 urgencias el primer semestre y 1 de planta de ÁREA MÉDICA, en el segundo semestre 2 de urgencias y 3 de planta. Durante la rotación en neurología harán 2-3 guardias en la unidad de ictus, en este periodo el resto serán de Urgencias o ÁREA MÉDICA en función de las necesidades.

R3-R4: 1-2 guardias de Urgencias y 2-3 guardias de Planta de ÁREA MÉDICA.

La supervisión durante la guardia será directa de R1 y a demanda posteriormente, siguiendo las recomendaciones del Protocolo de Supervisión del Residente de Guardia del Hospital.

#### **Guardias en urgencias:**

- La atención en los pacientes de urgencias se hará en los tres circuitos existentes (consultas, boxes, observación).
- La actividad del residente se desarrollará fundamentalmente en uno de los circuitos durante la guardia, preferiblemente consultas en los primeros años y boxes/observación en los años superiores. Esta distribución se modificará según las necesidades que detecte el responsable de la guardia.

#### **Guardias del área médica.**

- Atenderá pacientes ingresados en el área médica, a excepción de neurología que tiene guardia propia. Esto es: neurología, hematología, oncología, cardiología, digestivo etc. También atenderá llamadas realizadas desde unidades quirúrgicas que requieran atención médica a juicio del facultativo especialista responsable.
- El trabajo que debe realizar consistirá en:
  - Valorar ingresos nuevos
  - Pacientes ya ingresados, que el personal de enfermería o el médico responsable habitual considere que deben ser vistos durante el horario de atención continuada
  - Interconsultas con otras áreas, a requerimiento del médico responsable.

El equipo de guardia incluye dos facultativos de plantilla, al menos uno de ellos internista, junto con otro internista o especialista (alergia, neumología, hematología, oncología...)

El residente llevará el busca de la guardia en primera llamada. Será supervisado por el adjunto inicialmente (R2) de forma directa y posteriormente de forma indirecta (a solicitud del residente)

#### **Guardias de Unidad de ictus**

- Realizará la guardia con un facultativo de la plantilla de intensivos
- Tendrá supervisión directa durante todo el periodo formativo.

#### **7.4 Libranza postguardia**

En ningún caso se permitirá un calendario de guardias donde se contemple que el mismo médico en formación hace dos guardias en días consecutivos.

De acuerdo con la legislación vigente, el médico en formación tiene derecho después de 24 horas de trabajo ininterrumpido a un descanso de 12 horas. Si en algún supuesto excepcional no pudiera aplicarse este descanso, se aplicará el régimen de descansos alternativos previstos en el Estatuto Marco para el personal estatutario.

#### **7.5 Cambios de guardias**

Una vez publicado el calendario de guardias oficial no se admitirán cambios, salvo que se realicen por el médico en formación que precise el cambio de guardia, condición indispensable, y siempre que:

- Esté de acuerdo con otro médico en formación de su mismo año o incluido en su misma categoría y que realice el mismo tipo de guardias.
- Cuenten con el consentimiento escrito de los dos afectados y del tutor o coordinador de urgencias (correo electrónico con copia al coordinador de urgencias, tutor de especialidad y los dos residentes implicados).
- Se haga con más de 24 horas de antelación antes del día del cambio, para que pueda recogerse éste sin problemas en el listado que se publica diariamente en la intranet con los médicos de guardia

#### **7.6 Bajas médicas y situaciones especiales**

La asistencia a su puesto de trabajo por parte de un residente en horario de guardia se considera OBLIGATORIO y por tanto la falta a la misma ha de estar SIEMPRE justificada y debidamente documentada. De no ser así, se informará al Jefe de la guardia y a la Comisión de Docencia, y se aplicará el régimen disciplinario del Hospital.

De igual forma si ha de ausentarse de la misma por enfermedad o causa mayor deberá avisar en primer lugar a su adjunto responsable y al Jefe de Guardia. Esta falta no será recuperada.

Es obligación del residente hacer llegar dicha documentación a la Unidad Docente y de ésta revisar que es así.

Cuando un residente no pueda realizar una guardia, sea cual sea el motivo, procurará localizar a otro residente que la cubra o bien localizar a los residentes encargados de poner las guardias,

para que éstos intenten encontrar algún suplente y garantizar los puestos mínimos en cada área asistencial, con residentes de, al menos, igual promoción. Además, el residente que no realiza la guardia deberá recuperarla otro día y al suplente se le ajustará en los siguientes meses el número total de guardias realizadas.

Según lo aprobado por la Comisión de Docencia cuando un residente falte a una guardia, aún con causa justificada:

- Si la ausencia motiva una baja menor de 5 días, deberá recuperar la guardia en el plazo de un mes, y el mismo día de la semana de la guardia que no realizó.
- Si la ausencia es superior a 5 días, lo que dificultaría el añadir una guardia más, deberá recuperarla al mes siguiente.
- En el caso de ausencia de una guardia en día festivo o en un periodo considerado "especial" (puente, semana santa, navidad, etc.) deberá recuperar dicha guardia en un periodo considerado equivalente a la guardia no realizada. La asignación de la guardia pendiente de recuperación quedará sometida a juicio del tutor correspondiente.

En cualquier caso, el tutor valorará cada situación concreta de forma individual.

En caso de comunicarse una baja laboral de más de una semana, los responsables deben equilibrar, en la medida de lo posible, el número de residentes por día en cada guardia a partir de la semana siguiente a recibir la baja.

Se realizará una planilla de todos los médicos en formación con nombre, apellidos y número de teléfono, que deberá estar disponible para los residentes encargados de organizar las guardias, el tutor de residentes, el coordinador de urgencias y los jefes de guardia, para poder agilizar cualquier tipo de incidencia con respecto a las guardias.

## 8 Evaluación formativa y sumativa del residente

La evaluación durante la residencia garantiza la adquisición de las habilidades y conocimientos necesarios para el ejercicio competente de la especialidad. Asimismo, permite a tutores y residentes detectar áreas de mejora y es un incentivo para fomentar el estudio y aprendizaje del futuro especialista. El Hospital Universitario Rey Juan Carlos ha elaborado un PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL RESIDENTE, en el cual se define todo el proceso de la evaluación.

El sistema de formación sanitaria especializada está regulado por el [Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero](#). La **Dirección General de Ordenación Profesional** del Ministerio de Sanidad ha establecido nuevas directrices sobre las evaluaciones de los especialistas en formación y los documentos que las acreditan a través de la **Resolución de 21 de marzo de 2018, corregida el 3 de Julio de 2018**.

En el **Hospital Universitario Rey Juan Carlos**(HURJC) utilizamos una herramienta informática desarrollada por **Quironsalud** para la gestión de la formación sanitaria especializada (**FORSAN**). La publicación en el BOE de la mencionada resolución ministerial ha obligado modificar profundamente el FORSAN. Se ha incorporado nuevas tendencias en materia de formación de

residentes contempladas en documentos del propio Ministerio de Sanidad, aunque su adopción no tenga todavía carácter obligatorio. Estas novedades incluyen:

- Área de reflexión por parte del residente mediante
- Reuniones trimestrales tutor - residente Evaluación por competencias: aunque en el documento del Ministerio de Sanidad hablan de 360º, se ha adoptado un formato simplificado que denominamos '**de 150º**' para indicar una aplicación más reducida del principio, con valoraciones por parte del jefe de servicio, el tutor y un tercer integrante del servicio (habitualmente el supervisor de enfermería en las áreas asistenciales, técnicos de laboratorio o psicólogo, en aquellos servicios sin enfermería)
  - Evaluaciones objetivas anuales (exámenes)
  - Plan de formación transversal y longitudinal

### 8.1 Tipos de Evaluación

Hay dos tipos de evaluación, la **formativa** y la **sumativa**. Además, la nueva normativa establece evaluaciones en varios momentos del plan formativo:

- De las rotaciones
- Anual por parte del tutor
- Anual por parte del comité evaluador
- Del final de residencia

La **evaluación sumativa** en este contexto, la evaluación sumativa no constituye una calificación con un peso determinante en la evaluación de final de curso ni en la evaluación final de la residencia. Se concibe, fundamentalmente, como una herramienta complementaria dentro del proceso de evaluación formativa.

### 8.2 Evaluación formativa o continúa

Denominamos así al seguimiento continuo del proceso de aprendizaje del especialista en formación, que permite conocer y mejorar la adquisición de competencias con relación a los objetivos establecidos en el programa formativo de la especialidad, identificando y planificando las acciones necesarias para su consecución. La evaluación formativa se realiza durante toda la residencia y para llevarla a cabo se usan diferentes herramientas que a continuación se mencionan y explican.

Por este motivo, se establecerán reuniones trimestrales entre el residente y el tutor, en las que se recogerán y analizarán dudas, comentarios e impresiones con el objetivo de favorecer la reflexión, el seguimiento del progreso y la mejora continua del proceso formativo.

## 9 PROGRAMACIÓN DE LAS SESIONES CLÍNICAS Y BIBLIOGRÁFICAS EN LAS QUE PARTICIPA EL RESIDENTE

### 9.1 Sesiones del servicio y bibliográficas

El residente de Geriatria debe asistir a todas las sesiones de Geriatria, Medicina interna, sesiones del área médica y sesiones de los servicios por los que rota.

El calendario de sesiones es el siguiente.

- Sesiones del área médica: participan todas las especialidades médicas del hospital (geriatria, alergia, endocrinología, hematología, digestivo, cardiología, medicina interna, neumología, nefrología, neurología, oncología, reumatología, urgencias) y además rehabilitación, unidad de cuidados intensivos y rotatoriamente se invita al resto de los servicios (preventiva, anatomía patológica, radiología, servicios quirúrgicos). Todos los martes de 8:15 a 9:00, publicado con antelación en la intranet del hospital.
- Sesiones de Medicina interna: sesiones clínicas todos los martes de 8:15 a 9:00. Se presenta casos clínicos, casos cerrados, casos abiertos de discusión, revisiones y ocasionalmente sesiones radiológicas.
- Sesiones de Geriatria, todos los viernes de 8:15 a 9:00, alternando sesiones bibliográficas con sesiones de revisión de un tema de actualidad en Geriatria
- Sesiones de Residentes: quincenalmente se harán sesiones de residentes multidisciplinarios de presentación de casos clínicos, resolución de problemas frecuentes... Los jueves de 14:00 a 15:00.

El residente de Geriatria deberá realizar sesiones clínicas de casos, sesiones bibliográficas y/o sesiones de revisión de una patología al menos cada dos meses. Si hay disponibilidad presentará una sesión del área médica. Se aconseja que el residente acuda a las sesiones de los comités de tumores si se presenta un caso en el que está involucrado en el manejo del paciente, con el fin de formar parte de la discusión y aprender de los planteamientos realizados por los diferentes especialistas.

### 9.2 Programa de Acogida de Residentes

Se ha establecido un programa formativo en la acogida de los residentes para la adquisición de competencias transversales.

## PROGRAMA DE INCORPORACIÓN y COMPETENCIAS TRANSVERSALES DE LOS MÉDICOS INTERINOS RESIDENTES:

1º DÍA	8:30 – 12:30: FECHA DE INCORPORACIÓN. FIRMA DE CONTRATOS. 12:30 – 13:00: Presentación del Hospital. Organización del Hospital. Funcionamiento de la docencia. La comisión de docencia. El tutor. La evaluación. 13:00 – 14:00: Presentación del Tutor. Entrega de rotaciones.
2º DÍA	8:30 – 9:00: Comunicación y trabajo en equipo 9:00 – 9:30: Bioética y profesionalismo. El comité de ética asistencial. Relación sanitario-paciente. 9:30-10:00: Asistencia basada en la evidencia y Calidad 10:00 – 10:30: Investigación. Instituto de investigación. Servicio de la Biblioteca. 10:30 – 11:00: Seguridad del Paciente.



	11:00 – 11:30: Estructura organizativa de la sanidad en la Comunidad de Madrid. Continuidad asistencial. 11:30 – 12:00: DESCANSO 12:00 – 14:00: Historia Clínica Electrónica. Casiopea.
3º DÍA	8:30 – 14:00 MANEJO DE LAS PRINCIPALES URGENCIAS HOSPITALARIAS 8:30 – 9:00: DOLOR TORÁCICO 9:00 – 9:30: DISNEA 9:30 – 10:00: SÍNCOPE 10:00 – 10:30: DOLOR ABDOMINAL AGUDO 10:30 – 11:00: FIEBRE 11:00 – 11:30: DESCANSO 11:30 – 12:00: DOLOR ARTICULAR. LUMBALGIA. 12:00 – 12:30: URTICARIA Y ANGIOEDEMA 12:30 – 13:00: URGENCIAS UROLÓGICAS 13:00 – 15:00: ALMUERZO 15:00 – 17:00: REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR SOPORTE VITAL AVANZADO
4º DÍA	8:30 – 15:00: CURSO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA RESIDENTES

### 9.3 Cursos de formación complementaria para residentes

(Plan de Formación transversal de la Comunidad de Madrid).

- Curso de Protección radiológica.
- Curso de historia clínica electrónica.
- Curso de soporte Vital Básico y Avanzado.
- Curso de urgencias.
- Curso de búsquedas bibliográficas.
- Curso de seguridad del paciente.
- Curso de bioética.
- Curso de metodología de la investigación.
- Curso de ecografía para internistas.

### 9.4 Jornadas de la especialidad.

El residente de Geriátría deber realizar de forma obligatorio los cursos planificados en el hospital en los que interviene la unidad como son:

- Jornadas de Oncogeriatría.
- Jornadas de Ortogeriatría
- Jornadas coordinación con Residencias.
- Otras jornadas.

Los residentes deberán enviar algún caso clínico a Revista Española de Geriátría y Gerontología a lo largo de su residencia. A partir del segundo año de residencia se estimulará la asistencia a un Congreso Nacional de la especialidad o específico de alguna de las líneas de trabajo. Los residentes deberán participar con la elaboración de al menos una comunicación nacional o internacional a lo largo de la residencia.



## 10 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Durante la formación el residente de Geriátría debe iniciarse en el conocimiento de la metodología de la investigación. Las líneas de investigación abiertas en el servicio y a las que se puede incorporar el residente son:

- Oncogeriatría.
- Fractura de cadera. Participación en el Registro Nacional de Fractura de Cadera
- Enfermedades infecciosas: infecciones protésicas.
- Fragilidad.
- Urgencia geriátrica

A los residentes de Geriátría se les estimulará a participar de forma activa en alguna de las distintas líneas de investigación, y se les propondrá la realización de trabajos prospectivos como retrospectivos para iniciarse en el conocimiento de la metodología de la investigación. Durante su residencia deberán adquirir los conocimientos necesarios para realizar un estudio de investigación, ya sea de tipo observacional o experimental. Diseñar un estudio, realizar la labor de campo, recogida de datos, análisis estadístico, así

como su discusión y elaboración de conclusiones, que debe saber presentar como comunicación o publicación. Anualmente tendrá que presentar al menos una comunicación al congreso Nacional de la especialidad fruto del trabajo de investigación realizado durante el año, a partir de R2.

Otras habilidades que debe adquirir son la revisión crítica de la literatura científica relativa a las ciencias de la salud. Se fomentará con las sesiones de medicina basada en la evidencia y de revisión bibliográfica.

La formación del geriatra como futuro investigador ha de irse realizando a medida que avanza su maduración durante los años de especialización, sin menoscabo que pueda realizar una formación adicional al finalizar su periodo de residencia para capacitarse en un área concreta de investigación.

El residente deberá informar de su intención de realizar la Tesis doctoral durante su residencia, que podrá ser dirigida por distintos miembros de la plantilla, tanto en el seno de las unidades asistenciales, como en las distintas unidades monográficas, para programar esta actividad durante la realización de la residencia. Se aconseja iniciar la Tesis durante los dos últimos años de residencia, cuando el residente ha adquirido más madurez sobre temas de investigación.

### 10.1 Algunas publicaciones del servicio

### 10.2 Revistas Internacionales.

Cristina González de Villaumbrosia; Raquel Barba; Cristina Ojeda-Thies; Eulalia Grifol-Clar; Noelia Álvarez-Díaz; Teresa Álvarez-Espejo; Jose Manuel Cancio-Trujillo; Jesús Mora-Fernández; Teresa Pareja-Sierra; Raquel Barrera-Crispín, Alicia Calle- Egusquiza, Aina Capdevila – Reneiu, Cristina Carrasco-Paniagua, M<sup>º</sup> Carmen cervera Díaz, Patricia Condorhuamán - Alvarado, Laura Cotano-Abad, Leonor Cuadra-Llopart, Verónica García Cárdenas, Sofía González Chávez, y otros. Predictive factors of gait recovery after hip fracture: a scoping review. Age and Ageing 2025; 54: afaf057. doi: 10.1093/ageing/afaf057

Cristina Bermejo Boixareu; Leticia Pecharroman Anton; Laura Mateos del Amo; Manuel Benito Fuentes; Gema Piña Delgado; Macarena Díaz de Bustamante de Ussía; Ana Royuela Vicente; F. Javier Martín-Sánchez; Rosa M. Martínez Ruiz; Carlos Fagundez García; Rafael Bielza Galindo; Verónica García Cárdenas; Clara Valverde Fontcuberta; cristina González de Villaumbrosía; Marta I. Sanz Pérez; Jesús Campo Loarte. Daily Steps After Hip Fracture in Older Adults and Their Relationship with Functional Recovery. J. clin. Med. 2025, volume 14, Issue 11, 3960. doi: 10.3390/jcm14113906

Herrero Pinilla B, Hong S, Brodie MA, Lord SR, Chan LLY. More than step counts: Slow walking speed, limited running, and fewer long walks predict cardiovascular mortality in the Walk Watch UK Biobank study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2025 Sep 19;80(10):glaf184. doi: 10.1093/gerona/glaf184. PMID: 40845147.

Sturnieks DL, Chan LL, Cerda MTE, Arbona CH, Pinilla BH, Martinez PS, et al. Cognitive functioning and falls in older people: A systematic review and meta-analysis. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2025;128(105638):105638. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2024.105638>

González de Villaumbrosia C, Sáez López P, Martín de Diego I, Lancho Martín C, Cuesta Santa Teresa M, Alarcón T, Ojeda Thies C, Queipo Matas R, González-Montalvo JI, On Behalf Of The Participants In The Spanish National Hip Fracture Registry. Predictive Model of Gait Recovery at One Month after Hip Fracture from a National Cohort of 25,607 Patients: The Hip Fracture Prognosis (HF-Prognosis) Tool. Int J Environ Res Public Health. 2021 Apr 6;18(7):3809. doi: 10.3390/ijerph18073809. PMID: 33917348; PMCID: PMC8038738.

González de Villaumbrosia, C., Martínez Peromingo, J., Ortiz Imedio, J., Álvarez de Espejo Montiel, T., García-Puente Suárez, L., Navas Clemente, I., Morales Cubo, S., Cotano Abad, L.E., Suárez Sánchez, Y., Torras Cortada, S., Oñoro Algar, C., Palicio Martínez, C., Plaza Nohales, C., Barba Martín, R., 2020. Implementation of an algorithm of cohort classification to prevent the spread of COVID-19 in nursing homes. Journal of the American Medical Directors Association S1525861020308987. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.10.023>

Candel, F.J., Barreiro, P., San Román, J., Abanades, J.C., Barba, R., Barberán, J., Bibiano, C., Canora, J., Cantón, R., Calvo, C., Carretero, M., Cava, F., Delgado, R., García-Rodríguez, J., González del Castillo, J., González de Villaumbrosia, C., Hernández, M., Losa, J.E., Martínez-Peromingo, F.J., Molero, J.M., Muñoz, P., Onecha, E., Onoda, M., Rodríguez, J., Sánchez-Celaya, M., Serra, J.A., Zapatero, A., 2020. Recommendations for use of antigenic tests in the diagnosis of acute SARS-CoV-2 infection in the second pandemic wave: attitude in different clinical settings. Rev Esp Quimioter. <https://doi.org/10.37201/req/120.2020>

#### 10.2.1 Revistas nacionales.

- Sáez-López P, Ojeda-Thies C, Alarcón T, Muñoz Pascual A, Mora-Fernández J, González de Villaumbrosia C, Molina Hernández MJ, Montero-Fernández N, Cancio Trujillo JM, Díez Pérez A, Prieto Alhambra D, Caeiro Rey JR, Etxebarria Foronda I, Gómez Campelo P, Pareja Sierra T, Tarazona-Santabalbina FJ, López-Giménez R, Otero Puime A, Navarro-Castellanos L, Queipo Matas R, Jiménez Mola S, López-Peña T, Cassinello Ogea C, González-Montalvo JI. Registro Nacional de Fracturas de Cadera (RNFC): resultados del

- primer año y comparación con otros registros y estudios multicéntricos españoles. Rev Esp Salud Pública. 2019;93: 18 de octubre e201910072
- Molina Hernández, M. Jesús, Cristina González de Villaumbrosia, Elisa Martín de Francisco de Murga, Teresa Alarcón Alarcón, Nuria Montero-Fernández, Julia Illán, Rafael Bielza, y Jesús Mora-Fernández. «Registro de fracturas de cadera multicéntrico de unidades de Ortogeriatría de la Comunidad Autónoma de Madrid». Revista Española de Geriatría y Gerontología 54, n.o 1 (enero de 2019): 5-11. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.07.006>.
  - Martínez Peromingo, Francisco Javier, Carlos Oñoro Algar, M. Elena Baeza Monedero, Cristina González de Villaumbrosia, Diego Real de Asua Cruzat, y Raquel Barba Martín. «[Proposed development of a geriatric oncology unit. Times of change: Our reality]». Revista Española De Geriatria Y Gerontologia 53, n.o 3 (junio de 2018): 149-54. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.10.007>.

### **10.3 Más de 30 pósters y comunicaciones orales a congresos nacionales e internacionales en los últimos 5 años.**



## 11 RESUMEN

### Programa de Formación en Geriatría en el HRJC

