

## **GUIA O ITINERARIO FORMATIVO TIPO**

---

**Especialidad:** Geriatria

**Fecha revisión itinerario:** febrero 2015

**Director de la Unidad Docente:** Domingo Ruiz

**Tutor:** Jordi Mascaró

**Dispositivo docente asociado:** Centro Sociosanitario Blauclínic

**Director Médico y responsable docente:** Joan Manuel Pérez Castejon

La **Duración de la Formación** en Geriatria es de 4 años, según establece el programa de formació sanitària especialitzada (FSE).

En la Unidad Docente de Geriatria del Hospital de Sant Pau la formación se realiza en el propio Hospital, excepto durante 6 meses que se realizan con el Centro Socio Sanitari Blauclínic, que es un dispositivo docente asociado a la Unidad Docente, donde se realizan las rotaciones por la Unidad de Media estancia o Convalecencia, la Unidad de Larga Estancia, y la rotación por atención domiciliaria (programa PADES o Programa de Atención Domiciliaria y Equipo de Soporte)

### **DEFINICIÓN DE LA ESPECIALIDAD Y CAMPO DE ACCIÓN**

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

- El desarrollo de un sistema asistencial a todos los niveles, que atienda las múltiples alteraciones y los problemas médico-sociales de los ancianos, que de forma aguda y subaguda presentan como rasgos comunes la pérdida de su independencia física o social.
- La organización de una asistencia prolongada a los ancianos que lo necesiten.
- La movilización de todos los recursos para integrar a la comunidad el mayor número de ancianos posible.
- La investigación, la docencia y la formación continuada de sus propios especialistas y del personal relacionado con dicha especialidad. En esencia, el campo de acción de la Geriatria se sintetiza en el concepto de «paciente geriátrico» definido como:
  - Generalmente mayor de 65-75 años.
  - Con enfermedad que tiende hacia la incapacidad.



- Con pluripatología.
- Con factores psíquicos y/o sociales que condicionan la evolución de su enfermedad.

También se caracteriza la especialidad por su abordaje, además de enfermedades concretas en su forma tradicional, de los denominados Síndromes Geriátricos, que son situaciones patológicas tales como el deterioro cognitivo, la confusión, la inestabilidad y caídas, la incontinencia de esfínteres, la malnutrición, la iatrogenia, los cuidados paliativos y de apoyo, etc. Para hacer frente a la seria problemática planteada por el tipo de pacientes comentados, la especialidad dispone de su propia tecnología, que se sintetiza en los siguientes tres apartados:

La Valoración Geriátrica Integral, entendida como «proceso multidimensional e interdisciplinar dirigido a identificar y cuantificar problemas, evaluar capacidades funcionales y psicosociales, proponer planes globales de tratamiento y optimizar la utilización de los recursos asistenciales». La praxis de la misma exige un muy profundo conocimiento de los recursos e instrumentos que en cada área deben ser utilizados y, por tanto, una sólida formación al respecto.

El deterioro funcional es el punto final común de muchas de las enfermedades del anciano; por ello, su valoración sistematizada debe llevarnos al conocimiento etiológico. En este sentido hay que tener en cuenta algunas consideraciones:

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

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

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

## **OBJETIVOS GENERALES DE LA FORMACIÓN**

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

Los objetivos generales deberán ir dirigidos hacia una formación que contemple al paciente geriátrico, en su completo entorno bio-psico-social, a lo largo de una cadena que comienza en los cambios (morfológicos, psicológicos, funcionales y sociales) que



origina el proceso de envejecimiento individual, continúa con la prevención y el manejo de las diferentes situaciones en enfermedad e incapacidad y culmina con la actuación interdisciplinaria conjunta en los distintos niveles asistenciales, tanto sanitarios como sociales.

En síntesis, esta formación teórico-práctica deberá abarcar prioritariamente los siguientes aspectos:

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



- **Principios de Psicogeriatría:** El deterioro cognitivo, la demencia, la depresión, la ansiedad, el insomnio y el manejo de psicofármacos son situaciones especialmente frecuentes en el anciano y constituyen, junto a las repercusiones psíquicas que, en ambas direcciones, origina la enfermedad orgánica, el eje de este apartado.
- **Principios de Asistencia Médico-Social:** Los aspectos sociales desfavorables condicionan fuertemente tanto la evolución como la propia aparición de la enfermedad. Es por ello obligado una especial atención a esta parcela asistencial.
- **Organización de Servicios:** Entendidos como el conjunto de niveles de atención (hospitalarios y extrahospitalarios, sanitarios y sociales) en función de las diferentes situaciones de enfermedad, desde procesos agudos de necesario ingreso hospitalario hasta los cuadros incapacitantes que precisan cuidados de larga duración o terminales, constituyen otro de los aspectos fundamentales de la especialidad que exigen un profundo conocimiento.

#### **Niveles de responsabilidad asistencial:**

Los niveles de responsabilidad serán progresivos, menores durante el primer año de residencia y aumentando progresivamente, siendo los residentes prácticamente autónomos en el cuarto año.

- Nivel 1 : Los procedimientos los realiza el residente, sin necesidad expresa de tutorización directa. Los realiza y luego informa.
- Nivel 2 : Los procedimientos los realiza el residente con supervisión de un miembro del staff.
- Nivel 3 : Los procedimientos los realiza un miembro del staff. El residente lo asiste y observa la actuación.

### **CALENDARIO DE ROTACIONES**

Se contemplan dos grandes períodos formativos en los que se aconsejan las siguientes rotaciones y tiempos:

#### **1. PERIODO FORMATIVO BÁSICO**

Este es el esquema sugerido por la SEEG, más adelante esta plasmada nuestra oferta concreta que se ajusta a la normativa de la SEGG.

El tiempo máximo total de referencia será de 24 meses. Durante el mismo se seguirá el siguiente plan estimativo de rotaciones.

- **Rotaciones de R1:**
  - Unidad Geriátrica de agudos (Rotación inicial aconsejable) - 3 meses
  - Cardiología - 2 meses. Un mes en la sala, y otro mes, siempre que sea posible en la Unidad de Insuficiencia cardiaca
  - Neurología - 2 meses. 1 mes en la sala y el otro mes si es posible repartido entre Unidad de memoria y unidad de trastornos del movimiento
  - Neumología - 1 mes. Se realiza en el Hospital de Día de Respiratorio



- Urgencias- 1 mes
- Cuidados paliativo- 1 mes
- Medicina interna- 2 meses en la sala al final de R1
  
- Rotaciones de R2
  - Cuidados Intensivos - 2 meses.
  - UFISS-Interconsultas de geriatría- 1 mes
  - Psiquiatría - 1 mes
  - Reumatología – 1 mes. En Hospital de día, consultas externas y realizando Interconsultas
  - Endocrinología -1 mes en Hospital de Día de endocrinología
  - Unidad de Larga estancia en Centro Socio-sanitario Blauclinic, actualmente Isabel Roig en los antiguos cuarteles de Sant Andréu
  
- Rotaciones de R3 y R4
  - Hay 2 meses de rotación optativa, y el resto de meses se realizan en la Unidad de Geriatría: ortogeriatría, UGA, Hospital de Día.
  - Unidad de media estancia (convalecencia) en Centro Socio-sanitario Blauclinic, actualmente Isabel Roig en los antiguos cuarteles de Sant Andréu. 2 meses
  - Atención domiciliaria. PADES Barceloneta

## **2. PERIODO FORMATIVO ESPECÍFICO**

El tiempo total estimado: 24 meses. Los tiempos parciales serían:

1. Unidad Geriátrica de agudos (UGA) - 9-12 meses
2. Unidad/Pacientes media estancia - 4 meses
3. Hospital de día – 6 meses
4. Consultas externas -interconsulta - 3 meses
5. ECVG/Cuidados comunitarios/ayuda domiciliaria - 2meses

Notas:

- La rotación por recuperación funcional Geriátrica puede ser asumida por niveles específicos de la propia unidad de Geriatría (Hospital de día, y Unidad de Media Estancia).
- La rotación A.P.S.-Servicios Sociales estará bajo la dependencia de los niveles específicos de la propia unidad de Geriatría (Programas comunitario/Ayuda a Domicilio ). Y Programa PADES

## **3. ROTACIONES ESPECIALES**

Son posibles rotaciones no previstas bien fundamentadas (investigación básica, conocimiento de nuevas tecnologías, experiencias o sistemas...). No podrán exceder de un tiempo total de tres-seis meses y éste se extraerá preferentemente del período básico -rotaciones optativas o básicas geriátricas- siempre que estas últimas sean compensadas en el período formativo específico. En Nuestro caso se hacen 2 meses durante los primeros 7 meses de R4, en algún lugar que aporta algo novedoso para el residente y también para nosotros.



## **GUARDIAS MÉDICAS**

En calidad de residente en el Hospital, con carácter obligatorio. Se estima deseable que el número total de las mismas no sea superior a seis guardias/mes. En realidad están haciendo una media de 4 guardias. De R1 y R2 Urgencias la mayoría y alguna de semi críticos y/o UCI.

De R3-R4 siguen haciendo una media de 4-5, la mayoría en la sala de Agudos y Medicina Interna y alguna en Urgencias.

## **OBJETIVOS DOCENTES**

Esta se realizará independientemente de la localización del residente, ya sea en su período de rotación inicial, básica geriátrica o en el período formativo específico. Se trata de una formación teórico-práctica continua en la que los niveles de responsabilidad serán mayores a medida que el residente va avanzando a lo largo de los cuatro años del proceso formativo.

## **EN LAS ROTACIONES DURANTE EL PERIODO FORMATIVO BÁSICO:**

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

### **1. Cardiología**

Iniciar el nivel cognoscitivo reflejado en el apartado 6 (B-1) que posteriormente será completado en la UGA. Especial énfasis en el proceso diagnóstico, manejo de coronariopatías y arritmias, conocimiento de técnicas diagnósticas específicas y utilización de fármacos.

### **2. Neurología**

Iniciar el nivel cognoscitivo. Actividades de aprendizaje por permanencia en el servicio, con especial dedicación a ciertas habilidades como realización de punción lumbar, adecuada exploración neurológica y técnicas de neuroimagen.

### **3. Psiquiatría**

Iniciar el nivel cognoscitivo. Especial dedicación a la entrevista psiquiátrica, proceso diagnóstico, manejo de pacientes con trastornos del comportamiento (agitación, etc.) y uso de psicofármacos en el anciano.

### **4. Reumatología**

Iniciar nivel cognoscitivo: Especial énfasis en la interpretación de técnicas de imagen, praxis de punciones articulares y conocimiento de la enfermedad degenerativa osteoarticular, osteoporosis e inflamaciones más habituales. Uso de fármacos antirreumáticos en el anciano.



## **5. Neumología**

Iniciar nivel cognoscitivo. Conocimiento de técnicas específicas (drenaje pleural, espirometría, broncoscopia). Manejo de oxigenoterapia. Pautas terapéuticas en la insuficiencia respiratoria aguda y crónica.

## **6. Radiología**

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.

## **7. Cuidados intensivos**

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

## **8. Recuperación funcional geriátrica**

Conocimiento de técnicas rehabilitadoras indicadas en geriatría; cuidados posturales, movilizaciones, fisioterapia, respiratoria, fractura de cadera, amputados, ictus, inmovilismo, etc. Conocimientos de terapia ocupacional y logoterapia. Ayudas técnicas. Electromedicina. Cuando en el Programa se utiliza el término rehabilitación geriátrica, no se refiere a la praxis por el residente de las distintas técnicas rehabilitadoras, sino al contexto y concepto asistencial. El desarrollo teórico de la formación y las técnicas específicas de las diferentes terapias físicas deben ser efectuadas por los especialistas en Rehabilitación.

## **9. Atención Primaria de Salud (APS)**

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

## **10. Servicios Sociales Comunitarios**

Conocimiento de los recursos comunitarios, domiciliarios y residenciales. Relación atención especializada-atención primaria-servicios sociales.

## **EN LAS ROTACIONES POR UNIDADES ESPECÍFICAS GERIÁTRICAS:**

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

### **1. Unidad Geriátrica de Agudos**

Cognoscitivo: Criterios de ingreso. Referencias funcionales previas. Cualificación y cuantificación por problemas. Manejo de las diferentes patologías médicas. Utilización de técnicas diagnósticas y medios terapéuticos. Actuación interdisciplinaria. Solicitud de informes a especialidades. Enfoque rehabilitador. Cuidados e informes de enfermería. Preparación del alta y de la continuidad de los cuidados. Habilidades: Historia clínica. Praxis de la valoración geriátrica. Racionalización de pruebas diagnósticas y terapéuticas. Codificación de diagnósticos. Aspectos éticos. Informes de alta. Actitud:



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

## **2. Consulta externa/interconsulta**

Cognoscitivo: conocimiento y manejo de la interconsulta ambulatoria y hospitalaria. Conocimiento, valoración y manejo de los síndromes geriátricos. Valoraciones preoperatorias. Seguimiento postoperatorio. Criterios de derivación. Habilidades: Praxis de la valoración geriátrica. Cumplimiento de partes interconsultas. Valoración y optimización de pruebas diagnósticas y modos terapéuticos. Criterios de derivación. Actitud: Calidad del parte interconsulta. Capacidad de relación y grado de satisfacción del servicio solicitante. Capacidad de relación con paciente y familia. Adecuación de la derivación propuesta.

## **3. Unidad de Media Estancia**

Cognoscitivo: Criterios de ingreso. Conocimiento y manejo en la fase subaguda y crónica de la enfermedad incapacitante causa de ingreso (manejo clínico, fisioterapéutico y de terapia ocupacional en los pacientes ingresados). Medidas de la discapacidad funcional física y mental. Técnicas de abordaje interdisciplinario. Problemas de la marcha y caídas. Manejo de la incontinencia urinaria. Úlceras cutáneas y síndrome de inmovilización. Problemática sociofamiliar. Habilidades: exploración enfocada a la valoración de la discapacidad. Pronóstico. Manejo operativo sesiones interdisciplinarias. Preparación alta y continuidad de cuidados. Actitud: historia enfocada a la readaptación. Calidad informe clínico. Relación interdisciplinar. Información a paciente y familia. En nuestra Unidad Docente esta actividad se realiza en el centro Socio-sanitario Blauclinic, que está dirigido por el Dr. Juan Manuel Pérez Castejon

## **4. Hospital de día geriátrico:**

Cognoscitivo: Criterios de ingreso. Manejo en la fase subaguda y crónica de enfermedades incapacitantes y/o inestables. Medidas de la evaluación física y psíquica. Manejo funcional del síndrome de inmovilización, caídas, ACVA, fracturas óseas, Parkinson y artropatías. Fisioterapia y terapia ocupacional. Evaluaciones de un día. Técnicas de enfermería. Manejo de la depresión y de la demencia con técnicas de hospital de día. Abordaje y manejo sociofamiliar. Habilidades: Historia y exploración enfocada a la valoración de la discapacidad, autonomía y su pronóstico. Manejo operativo de las sesiones interdisciplinarias. Manejo de grupos específicos de trabajo. Manejo de técnicas a corto plazo en la evaluación diagnóstico-terapéutica. Informes de alta. Actitud: adecuada orientación de la historia clínica. Seguimiento de las patologías crónicas discapacitantes. Grado de información a paciente y familia. Coordinación con unidades de hospitalización y estructuras sociosanitarias del Área.

## **5- Ayuda a domicilio/Cuidados comunitarios**

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





domiciliaria. Identificación de la problemática funcional física o mental. Realización de protocolos de manejo clínico con equipos de Atención Primaria y Servicios Sociales. Derivación adecuada de enfermos y evaluación pre-ingreso en niveles asistenciales, Actitud: Calidad de la evaluación. Tasas de ingreso hospitalario. Grado comunicación con los equipos de Atención Primaria, médicos de residencia y Servicios Sociales. Conocimiento de técnicas de enferme Información y relación con paciente y familia. En nuestra Unidad Docente esta actividad se realiza en el centro Socio-sanitario Blauclinic, que está dirigido por el Dr. Juan Manuel Pérez Castejon

En resumen:

Nuestros objetivos generales son que la Unidad Docente de Geriatria proporcione una formación geriátrica de excelencia, pero con unos sólidos fundamentos en Medicina Interna, que permitan ir añadiendo de forma sucesiva con el paso del tiempo nuevos conocimientos y habilidades geriátricas

Los objetivos generales mínimos a conseguir son:

- Realizar una valoración geriátrica integral y trabajar de forma interdisciplinar.
- Manejo en régimen ambulatorio o de hospitalización de pacientes con pluripatología compleja y el manejo de la polifarmacia
- Conocimiento y manejo de los síndromes Geriátricos
- Conocimiento y manejo de las enfermedades más prevalentes en el paciente anciano: cardiopatías, neumopatías, nefropatías, anemia, deliro, enfermedades neurodegenerativas, alteraciones metabólicas y nutricionales como la diabetes y la Hiponatremía, etc.

### **NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y HABILIDADES GENERALES DURANTE EL PRIMER Y SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA**

<b>Habilidades Generales</b>	<b>Nivel de Responsabilidad</b>
Realizar una anamnesis completa	<b>1</b>
Realizar una exploración física completa	<b>1-2</b>
Conocer el funcionamiento y los circuitos del servicio de Geriatria. Aprender a trabajar en equipo multidisciplinar	<b>1</b>
Conocer las tipologías de pacientes y los recursos socio sanitarios del hospital, así como los circuitos de comunicación y derivación a centros socio-sanitarios	<b>1</b>
Realizar una valoración geriátrica	<b>1</b>
Realizar un diagnóstico diferencial y una orientación diagnóstica	<b>2</b>
Solicitar e interpretar las exploraciones complementarias: ECG, RX tórax, RX abdomen y analítica	<b>1-2</b>
Identificar e iniciar la valoración y tratamiento de los principales síndromes geriátricos	<b>1-2</b>
Realizar un informe de alta hospitalaria	<b>2</b>
Ser capaz de dar información clara, concisa y comprensible al paciente y a los familiares, del estado de salud	<b>1-2</b>



Saber afrontar las situaciones del final de la vida	2-3
Saber establecer relación con pacientes y familiares en situaciones difíciles (situación de gravedad vital, malas noticias, solicitud de autopsias, pacientes violentos).	3
Conocer las indicaciones y realización de las principales punciones: arteriales, venosas, toracocentesis, paracentesis, determinadas artrocentesis, punciones lumbares. Saber interpretar los resultados.	2-3
Saber indicar e interpretar el resultado de las pruebas funcionales respiratorias, broncoscopia, endoscopia digestiva y ecocardiografía.	2-3
Saber indicar e interpretar los resultados de ecografías, TAC tórax, abdomen y craneal.	2-3
Organizar el propio currículum.	2
Realizar una búsqueda bibliográfica y manejo de referencias bibliográficas.	2
Realizar una lectura crítica de la literatura médica	2
Manejo de las bases de datos para recopilar información de interés en un estudio de investigación	2-3
Ser capaz de presentar casos clínicos en las sesiones específicas de residentes, en las del propio servicio y en las de los servicios por donde se rote	2
Colaborar en la docencia de los estudiantes de medicina	2

### NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y HABILIDADES GENERALES DURANTE EL TERCER AÑO DE RESIDENCIA

Habilidades generales	Nivel de responsabilidad
Realizar una valoración de la gravedad del paciente	2
Realizar una anamnesis completa	1
Realizar una exploración física completa	1
Realizar una valoración geriátrica completa	1
Diseñar unos objetivos terapéuticos concretos en el paciente basados en la valoración geriátrica multidisciplinar	1
Realizar un diagnóstico diferencial y una orientación diagnóstica	1-2
Solicitar exploraciones para confirmar o descartar la orientación diagnóstica	1-2
Interpretar las exploraciones complementarias: analítica, radiología de tórax i abdomen, ECG	1-2
Prevención y correcto tratamiento de los principales síndromes geriátricos	1
Realizar un informe de alta hospitalaria	2
Ser capaz de dar información clara, concisa y comprensible al paciente y los familiares, de su estado de salud	1-2
Saber afrontar las situaciones del final de la vida, conocer las diferentes tipologías de pacientes y plantear al equipo multidisciplinar el inicio de limitación de esfuerzo terapéutico	1-2
Manejo de pacientes tributarios de cuidados paliativos	2-3
Saber establecer relación con pacientes y familiares en situaciones difíciles (situación de gravedad vital, malas noticias, solicitud de autopsias, pacientes	1-2



violentos).	
Conocer las indicaciones y realización de las principales punciones: arteriales, venosas, toracocentesis, paracentesis, determinadas artrocentesis, punciones lumbares. Saber interpretar los resultados.	2
Saber indicar e interpretar el resultado de las pruebas funcionales respiratorias, broncoscopia, endoscopia digestiva y ecocardiografía.	2
Saber indicar e interpretar los resultados de ecografías, TAC tórax, abdomen y craneal.	2
Comunicarse adecuadamente con colegas de diferentes especialidades y aprender a trabajar en equipo para atender los procesos que requieren un abordaje multidisciplinar	2-3
Saber hacer presentaciones de calidad en reuniones científicas externas al hospital (congresos, jornadas nacionales).	2
Ser capaz de realizar una RCP avanzada.	2-3
Realizar intubaciones orotraqueales.	2-3
Organizar el propio currículum.	1-2
Realizar una búsqueda bibliográfica y manejo de referencias bibliográficas.	1-2
Realizar una lectura crítica de la literatura médica	1-2
Manejo de las bases de datos para recopilar información de interés en un estudio de investigación	1-2
Participar en proyectos de investigación, mejorando los conocimientos sobre su metodología.	2
Ser capaz de presentar casos clínicos en las sesiones específicas de residentes, en las del propio servicio y en las de los servicios por donde se rote	1
Colaborar en la docencia de los estudiantes de medicina	1-2
Ejercitar las funciones docentes con residentes de años inferiores.	1-2

### NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y HABILIDADES GENERALES DURANTE EL CUARTO AÑO DE RESIDENCIA

Habilidades generales	Nivel de responsabilidad
Realizar una valoración de la gravedad del paciente	1
Realizar una anamnesis completa	1
Realizar una exploración física completa	1
Realizar un diagnóstico diferencial y una orientación diagnóstica	1
Solicitar exploraciones para confirmar o descartar la orientación diagnóstica	1
Interpretar las exploraciones complementarias: analítica, radiología de tórax i abdomen, ECG	1
Manejo correcto de los fármacos en el paciente anciano: ACOVE, BEERS y criterios START-STOP	1



Realizar un informe de alta hospitalaria	1-2
Ser capaz de dar información clara, concisa y comprensible al paciente y los familiares, del estado de salud	1
Saber afrontar las situaciones del final de la vida	1
Saber establecer relación con pacientes y familiares en situaciones difíciles (situación de gravedad vital, malas noticias, solicitud de autopsias, pacientes violentos).	1-2
Conocer las indicaciones y realización de las principales punciones: arteriales, venosas, toracocentesis, paracentesis, determinadas artrocentesis, punciones lumbares. Saber interpretar los resultados.	1
Saber indicar e interpretar el resultado de las pruebas funcionales respiratorias, broncoscopia, endoscopia digestiva y ecocardiografía.	1
Saber indicar e interpretar los resultados de ecografías, TAC tórax, abdomen y craneal.	1
Comunicarse adecuadamente con colegas de diferentes especialidades y aprender a trabajar en equipo para atender los procesos que requieren un abordaje multidisciplinar	1
Ser capaz de realizar una RCP avanzada.	1-2
Realizar intubaciones oro-traqueales.	1-2
Organizar el propio currículum.	1
Realizar una búsqueda bibliográfica y manejo de referencias bibliográficas.	1
Realizar una lectura crítica de la literatura médica	1
Manejo de las bases de datos para recopilar información de interés en un estudio de investigación	1
Participar en proyectos de investigación, mejorando los conocimientos sobre su metodología.	1-2
Ejercitar las funciones docentes con residentes de años inferiores.	1
Colaborar en la docencia de los estudiantes de medicina	1
Ser capaz de presentar casos clínicos en las sesiones específicas de residentes, en las del propio servicio y en las de los servicios por donde se rote	1
Saber hacer presentaciones de calidad en reuniones científicas externas al hospital (congresos, jornadas nacionales).	1
Ser capaz de participar activamente en grupos de trabajo relacionados con la especialidad.	1-2

## ACTIVIDADES FORMATIVAS DOCENTES DE LA PROPIA UNIDAD:

### 1- PROGRAMA DE SESIONES

- Sesión diaria de ingresos a las 8 h
- Sesiones interdisciplinarias en la UGA los martes y los Jueves de 10 a 10,30
- Sesión semanal General de Geriátrica: Miércoles a las 8,30. Se van alterando: bibliográfica, presentación caso clínico, temas de revisión por miembros de la propia Unidad : adjuntos y/o residentes o invitados de otros servicios
- Sesión general del servicio de Medicina Interna: Martes a las 15 h
- Sesión de Residentes: Jueves a las 15 horas.



- Además hay las sesiones de todos los servicios por donde van rotando
- En las sesiones de la Unidad de Geriátría y del servicio de medicina Interna hay control de asistencia

## 2- PROGRAMA TEÓRICO

El contenido teórico de la formación se desarrollará a través de un programa establecido, seminarios, sesiones bibliográficas, sesiones clínicas propias e interdepartamentales.

### 1- Formación Básica En Gerontología Y Geriátría

- **Aspectos Gerontológicos y de investigación del envejecimiento:** Concepto y ramas de la Gerontología. Biología del envejecimiento. Envejecimiento celular y molecular. Aspectos metabólicos del envejecimiento. Cambios inmunológicos. Teorías del envejecimiento. Medida de la edad biológica. Prevención del envejecimiento patológico: actuaciones preventivas y de promoción de salud.
- **Demografía del envejecimiento:** Índices de medida de envejecimiento. Envejecimiento en los diferentes países, continentes y culturas. Esperanza y expectativa de vida. Perspectivas futuras.
- **Fisiopatología del envejecimiento:** Cambios psicológicos ligados al envejecimiento. Cambios anatómicos y funcionales de órganos, sistemas y aparatos. Datos epidemiológicos: indicadores de salud, prevalencia de enfermedades y síndromes geriátricos, prevalencia de incapacidad, consumo de fármacos y recursos asistenciales. Concepto de paciente geriátrico.
- **Sociología del envejecimiento:** Envejecimiento bio-psico-social. Factores sociales, culturales y económicos y su repercusión sobre la enfermedad. Aislamiento y condiciones de la vivienda. Cultura y ocio. Jubilación. Estudio de necesidades y recursos sociosanitarios.
- **Teoría y práctica de la valoración geriátrica integral:** Valoración clínica, física, mental y social. Peculiaridades de la valoración clínica: Historia, exploración y pruebas complementarias; síndromes geriátricos y patologías no informadas. Conocimiento y manejo de las principales escalas de valoración funcional, mental y social.
- **Asistencia Geriátrica:** Equipos de Atención Primaria. Asistencia geriátrica en Atención Especializada: Equipos de valoración y cuidados geriátricos, unidades de agudos, unidades de recuperación funcional geriátrica o de media estancia, hospital de día, consultas externas e interconsultas, unidad de ayuda a domicilio o de relaciones con la comunidad, asistencia geriátrica en servicios sociales, autocuidado y cuidado informal, cuidados en la comunidad, cuidados domiciliarios, cuidados residenciales, coordinación socio-sanitaria.
- **Aspectos interdisciplinarios:** Concepto de interdisciplinariedad. Objetivos y limitaciones del equipo interdisciplinar. Interdisciplinariedad informal y formal.



Enfermería en Geriatria. Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Otras disciplinas implicadas en el cuidado del anciano.

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

## 2. Formación En Geriatria Clínica

El programa abarca la formación en patología general, con especial énfasis en los aspectos más específicamente geriátricos. Se señalan a continuación objetivos a alcanzar, actividades a desarrollar y niveles de responsabilidad en la formación teórica-práctica del residente. Es obvio que la relación no puede ser exhaustiva y excluye apartados que como la patología de los órganos de los sentidos, Odontología, etc., deben ser considerados. Se dedica un apartado especial a los grandes síndromes geriátricos. La formación se realiza a través de actividades de formación continuada y acción asistencial (habilidades y valoración de actitudes). Se desarrollan los siguientes contenidos:

- **Patología cardiológica:** Cognoscitivo: Cambios anatómo-funcionales con el envejecimiento, identificación de arritmias y su manejo, síncope, enfermedad isquémica e hipertensiva. Síndrome de insuficiencia cardíaca. Valvulopatías. Habilidades: interpretación electrocardiográfica, auscultación cardíaca, registro tensional, interpretación de test de esfuerzo, adecuación de procedimientos invasivos, y manejo farmacológico. Actitud: historia clínica, enfoque cardiológico del paciente geriátrico, información a paciente y familia y toma de decisiones adecuadas. Indicaciones de consulta especializada.
- **Patología neurológica:** Cognoscitivo: Anatomofisiología del sistema nervioso central y periférico. Cambios relacionados con el envejecimiento. Infecciones del Sistema Nervioso Central. Tumores cerebrales. Epilepsia. Enfermedad de Parkinson y parkinsonismos. Alteraciones del equilibrio. Sistema nervioso y enfermedades sistémicas. Patología vasculo cerebral aguda. Urgencias neurológicas. Habilidades: Exploración neurológica, realización de punción lumbar, interpretación de técnicas de neuroimagen, interpretación de fondo de ojo, indicaciones de procedimientos invasivos, manejo farmacológico específico. Actitud: 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.
- **Patología psiquiátrica:** Cognoscitivo: Depresión: clasificación, tipos, diagnóstico diferencial, manejo del paciente y su entorno. Trastornos por ansiedad. Demencia: pautas diagnósticas. Diagnóstico diferencial. Causas reversibles y tratables. Manejo del paciente demente en distintas fases de evolución. Trastorno confusional. Habilidades: adecuada realización de la entrevista, identificación situaciones físicas y sociales asociadas a enfermedad mental, manejo adecuado de fármacos y terapias no farmacológicas. Actitud: adecuada realización entrevista, información y acercamiento grupo familiar, entorno social y cuidador principal. Indicaciones de consulta especializada.



- **Patología reumatológica:** Cognoscitivo: cambios con el proceso de envejecimiento. Fisiopatología en la inflamación. Enfermedades degenerativas e inflamatorias. Enfermedades metabólicas y 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, interpretación radiológica, práctica de artrocentesis diagnósticas, uso de fármacos. Actitudes: historia clínica enfocada a la Reumatología, adecuación en petición de pruebas e indicación de tratamientos.
- **Patología respiratoria:** Cognoscitivo: Insuficiencia respiratoria aguda y crónica. Infección respiratoria. Tuberculosis pulmonar. Obstrucción crónica flujo aéreo. Neoplasia pulmonar. Patología pleural. Tromboembolismo pulmonar. Trastornos de la ventilación en el anciano. Habilidades: Realización de toracocentesis evacuadora y diagnóstica, indicaciones de la oxigenoterapia, interpretación de pruebas de la función respiratoria. Actitudes: adecuada historia clínica, petición de pruebas e indicación de tratamientos.
- **Patología hematológica y oncológica:** Cognoscitivo: Anemias, síndromes mieloproliferativos, coagulopatías y trastornos plaquetarios, neoplasias del sistema linfóide, leucemias en el anciano, mieloma múltiple y otras gammapatías. Valoración pronóstica del paciente oncológico. Habilidades: realización de exploración física, indicaciones de tratamiento transfusional. Actitud: realización de historia clínica, interpretación de pruebas, información a paciente oncológico y familiares en la fase de diagnóstico, tratamiento activo o de cuidado paliativo. Indicaciones de consulta especializada.
- **Enfermedades infecciosas.** Cognoscitivo: Enfermedades más prevalentes en el anciano (Neumonía, ITU, Tbc, sepsis...). Habilidades: técnicas de recogida de muestras. Manejo racional de antibioterapia. Actitud: Conocimiento de familias de antibióticos y quimioterápicos.
- **Patología digestiva:** Cognoscitivo: Úlcera péptica en el anciano. Trastornos esofágicos, neoplasias del tubo digestivo, enfermedad inflamatoria intestinal, hepatopatías. Obstrucción intestinal, enfermedades de vesícula y vía biliar. Pancreatitis aguda y crónica. Manejo en la hemorragia digestiva en el anciano. Habilidades: exploración física, realización de paracentesis abdominal, indicaciones de pruebas endoscópicas. Actitud: Historia clínica. Adecuación de peticiones. Indicaciones de consulta especializada.
- **Patología nefro-urológica:** Cognoscitivo: Cambios con el envejecimiento. Insuficiencia renal aguda y crónica, infecciones de las vías urinarias, nefrolitiasis, tumores de riñón y vías urinarias, afectación renal por enfermedades multisistémicas. Yatrogenia. Patología de la próstata y vejiga. Habilidades: Adecuada realización exploración física. Ajuste terapéutico según función renal. Criterios de diálisis. Palpación prostática. Sondaje vesical. Actitud: realización de historia clínica. Interpretación de pruebas de función renal. Indicaciones de cateterización y consulta especializada.



- **Patología endocrinológica y metabólica.** Cognoscitivo: Diabetes mellitus en el anciano. Trastornos tiroideos. Patología de la hipófisis, enfermedades de la glándula suprarrenal. Hiperlipidemias. Obesidad en el anciano. Alteraciones del metabolismo hidroelectrolítico. Habilidades: exploración física e interpretación de datos hormonales. Actitudes: historia adecuadamente enfocada, educación sanitaria al paciente diabético y la familia.
- **Patología quirúrgica:** Cognoscitivo: Valoración del riesgo quirúrgico. Profilaxis y tratamiento enfermedad tromboembólica. Manejo preoperatorio de las patologías más frecuentes. Trastornos hidroelectrolíticos y nutricionales. Manejo complicaciones clínicas. Habilidades: adecuación técnicas diagnósticas y terapéuticas. Actitud: coordinación asistencial con los servicios quirúrgicos.
- **Patología traumatológica:** Cognoscitivo: Fractura de cadera, columna, pelvis. Aplastamientos vertebrales. Prótesis articulares: tipos e indicaciones. Complicaciones. Aspectos rehabilitadores en el post-operatorio. Habilidades: interpretación de anomalías radiológicas, indicaciones de la terapia rehabilitadora. Actitud: coordinación asistencial con servicios traumatológicos. En nuestra Unidad docente esto se realiza en la rotación por UFISS y en la rotación por la Unidad de Geriátrica durante la rotación con el equipo de soporte a Traumatología (Dra. Barceló)
- **Síndromes geriátricos:** Ya referidos y de especial importancia para el adecuado manejo de los pacientes de edad más avanzada. Son situaciones a las que se llega como consecuencia de un conjunto de enfermedades de alta prevalencia, a veces con manifestaciones atípicas e inadecuadamente controladas, o en avanzado estado de evolución. Conllevan un notable deterioro de la capacidad autónoma y de la calidad de vida, asociándose frecuentemente a problemática socio-familiar y económica. Entre los principales síndromes geriátricos se destacan los siguientes, con la actitud a seguir:
  - **Incontinencia urinaria:** protocolo diagnóstico y terapéutico.
  - **Deterioro cognitivo/Demencia:** Protocolo diagnóstico. Actitud terapéutica. Adecuación de servicios sociosanitarios.
  - **Síndrome confusional:** Prevención y manejo.
  - **Caídas, trastornos de la marcha y del equilibrio:** Estudio de las patologías asociadas (neurológica, osteomuscular, mental). Protocolo diagnóstico. Manejo preventivo y rehabilitador.
  - **Síndrome de inmovilización:** Protocolo diagnóstico. prevención y manejo de complicaciones. Enfoque rehabilitador.
  - **Úlceras por presión:** Causas y consecuencias. Prevención. Tratamiento.
  - **Malnutrición:** Valoración del estado nutricional. Deshidratación. Alimentación enteral y parenteral.
  - **Paciente con enfermedad terminal:** manejo del dolor y cuidados paliativos. Manejo y prevención de las complicaciones. Soporte psicológico. Uso y adecuación de servicios socio-comunitarios.
  - **Habilidades:** Exploración enfocada a los distintos síndromes tales como manejo de la incontinencia urinaria, conocimiento de procesos asociados a situaciones confusionales, identificación de los distintos estadios de demencia, valoración de la discapacidad, exploración de trastornos de





marcha y equilibrio, adecuación de las técnicas diagnósticas y rehabilitadoras, tratamientos y cuidados paliativos, información al paciente terminal y a su familia, etc.

- o **Actitud:** adecuado acercamiento y manejo de pacientes frágiles, severamente deteriorados y/o con estadios terminales de su enfermedad.

### **FORMACIÓN EN COMPETENCIAS GENÉRICAS:**

Los residentes participaran asistirán a los cursos de formación transversal organizado por el centro, sobre nociones de ética, seguridad clínica, comunicación en el ámbito asistencial, metodología de la investigación y gestión clínica

### **ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN**

Se fomentará la asistencia a cursos y congresos de la especialidad, así como la integración en las líneas de investigación de la unidad y la realización de publicaciones:

- Asistencia a Congresos o cursos en relación con la especialidad: uno por año al menos, presentando como mínimo una comunicación.
- Publicaciones: a lo largo del período de formación deberán efectuarse 1-2 como primer firmante y 2-3 como posterior firmante.
- Proyectos de investigación: se recomienda la participación en 1-2 proyectos a lo largo del período formativo.
- Tesis: Aconsejable realización cursos doctorado e iniciación tesis doctoral.

Las líneas de investigación principales de la unidad son las siguientes:

- Farmacología: Estudios de Uso adecuado de fármacos. Estudio multicéntrico PIPOPS.
- Neumonías: Ensayo clínico: Uso de la Valoración Geriátrica en pacientes ancianos con neumonía.
- Sarcopenia: Estudio multicéntrico ELLI sobre prevalencia de Sarcopenia en España.
- Pérdida de peso: Estudio observacional sobre la utilidad de la Valoración Geriátrica en la pérdida de peso en mayores de 75 años.
- Calidad de vida: Estudio Impacto de la anemia en ancianos con multimorbilidad sobre la calidad de vida.
- Deterioro cognitivo: Estudio de prevalencia de sintomatología conductual en el deterioro cognitivo leve..



## **Actividades asistenciales a recoger en el libro del residente**

### - Área de Hospitalización:

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

### - Área ambulatoria (consulta externa y hospital de día)

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

### - Área comunitaria

- Participación en reuniones de trabajo en Centros de Salud y Sociales.
- Valoración y seguimiento de un número suficiente de pacientes, en sus domicilios, junto con los equipos de Atención Primaria. Realización de protocolos en síndromes geriátricos (inmovilismo, demencia, cuidados paliativos).
- Participación activa en la coordinación con Atención Primaria y Servicios sociales.
- Conocimiento cuantificable de los recursos socio-sanitarios de área, así como de su funcionamiento y utilización adecuada.



Anexo: **DECALOGO DE PREGUNTAS SOBRE LA GERIATRIA** (datos extraídos literalmente de la web de la SEGG o Sociedad Española de Geriatria y Gerontología)

1.- ¿Qué es la geriatría?

Es una especialidad médica que se ocupa de la salud de la persona mayor. Estudia los aspectos clínicos, preventivos, terapéuticos y sociales del anciano en situación de salud o de enfermedad.

2.- ¿Desde cuando existe la geriatría?

El concepto fue introducido por I. Nascher en los Estados Unidos en 1909. Los puntos básicos de lo que hoy conocemos como "asistencia geriátrica" surgieron en Inglaterra a finales de los años treinta y principios de los cuarenta del siglo XX de la mano de M Warren. Las primeras sociedades nacionales de la especialidad aparecieron por esas mismas fechas (la española se creó en 1948). La especialidad está oficialmente reconocida en España y forma residentes vía MIR de manera ininterrumpida desde 1978

3.- ¿Es lo mismo geriatría que gerontología?

No. La gerontología es una ciencia mucho más amplia que se ocupa del estudio del envejecimiento en cualquiera de sus formas: aspectos biológicos (cómo y por qué envejecemos), aspectos sociodemográficos y aspectos referidos a las ciencias del comportamiento. La geriatría sería aquella parte de la gerontología más directamente relacionada con los problemas de salud de la persona mayor. En algunos casos recibe el nombre de "gerontología clínica". En todo caso el geriatra debe también adquirir algunos conocimientos básicos de biogerontología y de gerontología social.

4.- ¿Es lo mismo paciente geriátrico que paciente mayor?

No. Paciente mayor es aquél de edad avanzada con independencia de cual sea su situación general. El concepto de paciente geriátrico no viene determinado por la edad. Para definir el paciente geriátrico al hecho de tener una edad avanzada se añade la idea de trastorno funcional físico y/o psíquico, de pluripatología, de polifarmacia y de fragilidad social. A mayor edad mayores posibilidades de presentar esas características. Se calcula que entre los pacientes mayores de 65 años que están ingresados en un hospital de agudos tan sólo alrededor de un 15% reúnen estas características. Como es lógico esta proporción es mayor a medida que aumenta la edad que se toma como referencia.

5.- ¿Es la geriatría la medicina interna de la persona mayor?

No. El geriatra debe ser un buen internista, pero añade a ello una serie de características que no suelen encontrarse en los programas formativos de medicina interna. Además suele tener una visión más holística de la medicina. Las diferencias más importantes del geriatra en relación con el internista son las siguientes:

- Un buen conocimiento de lo que es el proceso de envejecer (de los cambios fisiológicos y patológicos derivados del paso del tiempo).
- Un mejor conocimiento de las peculiaridades que presenta la enfermedad en la persona mayor. P.ej: de las manifestaciones atípicas de las enfermedades o de los aspectos referidos al manejo de fármacos en el tratamiento.
- Estar familiarizado con una herramienta de trabajo específica, como es la llamada valoración geriátrica integral (valoración de la situación clínica, de las funciones física y mental, y de la social del paciente y su entorno).



- Disponer de un conocimiento del que suele carecer el internista acerca de aquellas enfermedades o situaciones que aparecen o se producen fundamentalmente o de manera casi exclusiva en la persona mayor. El ejemplo más típico son los llamados "grandes síndromes geriátricos": caídas, incontinencia urinaria o fecal, inmovilidad, etc.
- Tener un mayor hábito de trabajo en equipo dentro de un grupo multidisciplinar donde están incluidos otros profesionales sanitarios y no sanitarios.

6.- ¿Se requiere alguna condición especial para ser geriatra? Sólo una: que no te desagrade el paciente de edad avanzada, cosa que ocurre con mucha frecuencia en medicina. Hay que ser consciente de que la persona mayor plantea por el hecho de serlo algunas dificultades específicas desde el punto de vista de su manejo clínico que son más inhabituales a otras edades: suelen ser pacientes más complejos, la comunicación con ellos es más difícil, requieren más tiempo, hay que contar muchas veces con la colaboración de terceras personas (familiares y cuidadores), plantean mayores problemas desde el punto de vista de la bioética, etc. Todo ello obliga a dedicar más tiempo a cada uno de estos pacientes y a extremar la paciencia con ellos. Por lo demás llegar a ser un buen geriatra requiere entre otras cosas, como en cualquier otra especialidad, un periodo formativo más o menos largo en el tiempo, interés, dedicación y mucho estudio.

7.- ¿Es la geriatría una especialidad "triste", donde se me van a morir todos los pacientes?

Se trata de una doble pregunta -o afirmación-, bastante frecuente, que parte de unos prejuicios e ideas preconcebidas en torno a la vejez y a la persona mayor. Ninguno de los dos asertos se ajusta demasiado a la realidad. Las personas mayores se mueren como nos morimos todos, pero existen posibilidades de curación en la mayor parte de los casos de enfermedades agudas, un amplio margen para los cuidados de todo tipo en las crónicas y enormes posibilidades de alivio ante cualquier situación de estos pacientes. Todo ello en una medida similar si no mayor a la que uno puede encontrar en otros campos de la medicina. Por otra parte estamos ante un colectivo que tradicionalmente ha sido muy poco atendido -ha sido y es discriminado también en la práctica médica- por lo que cuando se le presta atención las muestras de reconocimiento suelen ser mayores. En este sentido nos encontramos ante una especialidad que proporciona grandes satisfacciones morales.

8.- ¿Qué pasa con las salidas profesionales?

Son muchas y lógicamente van a ser cada vez más. Esto es así por varias razones. En primer lugar por la propia dinámica social, marcada hoy en día y previsiblemente durante bastantes décadas por una tendencia al envejecimiento poblacional, lo que va a exigir cada vez en mayor medida profesionales expertos que pueden proporcionar una atención específica en los casos que así lo requieran. Pero también porque al tratarse de una especialidad joven el mercado laboral no solamente no está saturado sino que va a ir creciendo de manera inevitable en los años próximos. Junto a ello hay que tener en cuenta que el geriatra es un médico polivalente que puede desempeñar su actividad en muchos escenarios. Por supuesto en el hospital, pero también en residencias o centros sociosanitarios, en atención primaria, en tareas organizativas o de gestión de recursos, en labores docentes o de investigación, etc.

9.- ¿Podré hacer docencia si me hago geriatra?

La respuesta es sí. Con el valor añadido de que al tratarse de una especialidad relativamente joven el margen en este terreno es mucho más amplio. En muchos



países europeos la geriatría esta totalmente introducida en la universidad con departamentos y cátedras específicas en la práctica totalidad de sus las facultados de medicina (Reino Unido, Italia, Suecia, Dinamarca, en menor medida Holanda, Bélgica o Francia, etc.) En España la enseñanza de geriatría aparece recogida como obligatoria en los planes de estudio vigentes dentro de la licenciatura de medicina, aunque existe todavía a día de hoy una carencia casi absoluta de profesorado específico y sólo una facultad dispone de una cátedra de geriatría. Lógicamente esto debe cambiar para mejor en los próximos años. Sí que existen en muchas facultades de medicina cargos docentes reconocidos como "de geriatría" de un rango inferior, como puede ser la figura de profesor asociado. Las posibilidades de docencia se hacen extensivas también a otras disciplinas dentro del campo de ciencias de la salud, entre ellas enfermería, terapia ocupacional, rehabilitación, podología, nutrición, trabajo social, etc., muchas de ellas con profesorado específico de geriatría.

10.- ¿Podré hacer investigación si me hago geriatra?

Las consideraciones son análogas a las de la pregunta anterior. El campo para investigar dentro del epígrafe envejecimiento es muy extenso y abarca aspectos básicos, pero, sobre todo, en el caso del geriatra aspectos clínicas. El área de conocimiento sobre envejecimiento ha sido y es con alternativas según los años un campo preferencial para las agencias oficiales de investigación en los Estados Unidos, así como en la Unión Europea y en España. También lo es para muchas agencias privadas, entre las que se incluyen los laboratorios de productos farmacéuticos más importantes.