

**UNIDAD DOCENTE
DE GERIATRIA.**

INDICE

0. INTRODUCCION

1. DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD

1.1.- ÁREA FÍSICA

1.1.1. *AREA DE HOSPITALIZACIÓN*

1.1.2. *AREA DE HOSPITALIZACION DE DÍA*

1.1.3. *AREA DE CONSULTAS EXTERNAS*

1. 2. RECURSOS HUMANOS

1. 3. MEDIOS DOCENTES

2. ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD

2.1. *UNIDAD DE CONVALECENCIA*

2.2. *UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS*

2.3. *UNIDAD DE LARGA ESTANCIA*

2.4. *UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA*

2.5. *UFISS*

2.6. *PADES*

2.7. *TURNOS DE GUARDIA*

2.8. *HISTORIA CLÍNICA Y PROTOCOLOS*

3.- ACTIVIDAD ASISTENCIAL

4.- ACTIVIDAD DOCENTE Y DE INVESTIGACION

4 1. *COMISIÓN DE DOCENCIA*

4.2. *PROGRAMA DE ROTACIONES*

4.3. TUTORIAS

4.4. PROGRAMA DE SESIONES

4.5. OTRAS ACTIVIDADES

4.5.1.- FORMACIÓN EXTERNA

4.5.2.- FORMACIÓN INTERNA

4.6.- ASISTENCIA A CONGRESOS Y JORNADAS

4.7.- PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y TRABAJOS
PUBLICADOS

5.- COMITÉ DE BIOÉTICA

6.- PAIS

O. INTRODUCCION

El Hospital de la Santa Creu está situado en Jesús, pedanía de Tortosa. Es un centro sociosanitario con capacidad para 355 camas. Consta de los siguientes recursos sociosanitarios: Unidad de Convalecencia, Unidad de Larga estancia, Unidad de Psicogeriatría, Unidad de Cuidados Paliativos, Unidad Funcional Interdisciplinar Socio-Sanitaria (UFISS), Programa de Atención Domiciliaria Equipo de Soporte (PADES), Hospital de día, Consultas Externas de evaluación geriátrica integral, Centro de día y Residencia asistida. El hospital dispone de unidades de Terapia Ocupacional, Terapia Física, Logopedia, Psicología Clínica, Trabajo Social y Servicio de Farmacia a disposición de todo el centro.

Además, cuenta con una unidad de Nefrología y con un servicio de atención a las drogodependencias. Todos estos recursos están concertados con el Servei Català de la Salut y el Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya.

Su área de influencia son las comarcas del Baix Ebre, Montsià y Terra Alta, con una población de 136.115 habitantes, aunque estos también pueden acceder desde cualquier otra área sanitaria de Cataluña.

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

Comarca	Hombres	Mujeres	Total
BAIX EBRE	32.965	33.404	66.369
MONTSIA	28.907	28.643	57.550
TERRA ALTA	6.194	6.002	12.196
TOTAL	68.066	68.049	136.115

Fuentes: Instituto de Estadística de Cataluña : Censo de población 2001

El Hospital de Tortosa "Virgen de la Cinta" es el centro de referencia para los pacientes en fase aguda de la enfermedad. Cuenta con 243 camas y los siguientes Servicios: Medicina Interna, Cirugía, Urología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Urgencias, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Traumatología, Rehabilitación, Anestesia y Medicina Intensiva, unidades de Aparato Digestivo, Hematología, Reumatología, Cardiología, Oncología, Neurología, Neumología, Alergología, Dermatología. Existen servicios centrales de Farmacia, Radiología, Laboratorio, Anatomía Patológica y Medicina Preventiva.

Es un hospital acreditado para la docencia de Médicos Internos Residentes en Medicina Interna, Traumatología, Medicina de Familia, Anestesia y Análisis clínicos.

Desde 1998 comparte la formación de los MIR en Geriatría para las rotaciones de Medicina Interna, Cardiología, Neurología y Endocrino.

Las guardias de Urgencias se realizan también en dicho hospital durante todo el período formativo.

El Hospital de la Santa Creu de Tortosa obtuvo la acreditación como **Unidad Docente para el postgrado de Médicos Internos Residentes en la Especialidad de Geriatría** en el año 1998. Desde entonces se han ofertado seis plazas de MIR (una por año). La primera promoción finalizó su formación en julio de 2003. En la actualidad disponemos de dos plazas acreditadas por año.

Nuestro modelo está basado en la atención:

Integral, dando respuestas a las necesidades físicas, emocionales, sociales, y espirituales del paciente,

Global, con medidas en cada uno de los ámbitos de atención.

Insertada en la comunidad.

Interdisciplinar, por una práctica cotidiana basada en el respeto y la comunicación de los diferentes profesionales, que analizan la situación, realizan un plan terapéutico y evalúan los resultados conseguidos.

La formación en Geriátría se complementa y está compartida con el Hospital "Verge de la Cinta" de Tortosa. Para ello hay un acuerdo formal de colaboración desde 1998 firmado por el Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital "Virgen de la Cinta" de Tortosa.

Consideramos que nuestro centro ha consolidado el modelo asistencial en el ámbito sociosanitario, ha ampliado todas las líneas de atención sociosanitarias existentes y ha aumentado de manera significativa la actividad asistencial. En los últimos cinco años ha demostrado tener capacidad como unidad docente y ha sabido dar respuesta a la formación del residente que tiene asignado.

1. DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD

1 . 1. ÁREA FÍSICA

El centro cuenta con 17.000 m² construidos, en una superficie total de 32.500 m². La edificación está estructurada en cuatro pisos de altura, con una nave central en la que están distribuidas las diferentes unidades asistenciales y dos edificaciones paralelas conectadas, para servicios y hospitalización.

En la planta baja está la entrada principal que da acceso a todas las dependencias asistenciales del hospital, el Servicio de Admisiones y la Unidad de Trabajo Social, el Hospital de Día y Centro de Día, el Servicio de Rehabilitación, el área de Consultas Externas, Tanatorio, Farmacia hospitalaria y los vestuarios para el personal. También se encuentra el servicio de cafetería del Centro.

El Hospital de la Santa Creu es uno de los centros sociosanitarios más grandes de Cataluña, con 355 camas. Dispone de todos los recursos sociosanitarios existentes.

Su cartera de servicios es la siguiente:

HOSPITALIZACIÓN	Camas
Convalecencia	60
Cuidados Paliativos	10
Larga Estancia	165
Psicogeriatría	15
Residencia Asistida	105

Total camas

355

PROGRAMAS AMBULATORIOS Y EXTERNOS

Hospital de Día	20 Plazas
Centro de Día	20 Plazas
Unidad Nefrológica	
Unidad de Logopedia	
Unidad de Terapia Ocupacional	
Rehabilitación ambulatoria	
Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (PADES)	Soporte específico para las comarcas del Baix Ebre, Montsià y Terra Alta
Unidad Funcional Interdisciplinar Socio Sanitaria (UFISS)	Valoración de los pacientes ingresados en el Hospital de agudos a petición de los diferentes servicios.
Consultas Externas de Geriátrica	Valoración geriátrica integral
Atención Psicológica	
Servicio de Atención a las Drogodependencias	
Unidad de Vigilancia de la Salud	

1.1.1.- AREA DE HOSPITALIZACIÓN

CONVALECENCIA

La unidad de Convalecencia está situada en la primera planta del Hospital de la Santa Creu. Es una unidad asistencial individualizada, sin barreras arquitectónicas, de fácil acceso desde el área de terapia física a través de un ascensor directo.

CUIDADOS PALIATIVOS

La unidad de Cuidados Paliativos está ubicada en la tercera planta del hospital. Es una unidad de fácil acceso tanto para los usuarios como para las familias, con espacios amplios y bien iluminados.

No hay barreras arquitectónicas, con facilidad de comunicación con el resto de servicios por medio de tres escaleras auxiliares independientes y tres ascensores, dos de ellos capacitados para transporte de camas y camillas.

LARGA ESTANCIA

Las 165 plazas de este recurso asistencial están ubicadas en cuatro controles de enfermería, en tres plantas del hospital. Cada control es independiente y con las mismas características que los antes reseñados. Existen estancias comunitarias adecuadas a los pacientes ingresados, como son: sala de estar, comedor comunitario, espacio para terapia ocupacional. Sin barreras arquitectónicas, con protección en las escaleras para evitar los accidentes, y acceso a los ascensores.

UNIDAD DE PSICOGERIATRIA

La Unidad de Psicogeriatría está ubicada en la segunda planta, compartiendo control de enfermería con larga estancia. Dispone de 15 camas. Se trata de una unidad con acceso codificado exclusivo para el personal asistencial y familiares. El objetivo de la unidad es velar por la seguridad de los pacientes con trastornos de conducta y vagabundeo, evitando posibles fugas de la unidad.

1.1.2.- AREA DE HOSPITALIZACION DE DÍA

HOSPITAL DE DIA

La capacidad del Hospital de Día es de veinte plazas y su superficie es de 170m². Se encuentra al mismo nivel que el servicio de Rehabilitación y las salas comunes para actividades ocupacionales y otras dependencias de uso común como el servicio de Terapia ocupacional y física. Está equipado con servicios con baño adaptado.

CENTRO DE DIA

El Centro de Día dispone de veinte plazas y su superficie es de 174,6 m². Se encuentra al mismo nivel que el Hospital de Día.

1.1. 3.- AREA DE CONSULTAS EXTERNAS

UFISS

El despacho de UFISS se encuentra en el área de consultas externas del Hospital de la Santa Creu, equipado con ordenador y archivos para las valoraciones realizadas.

CONSULTAS EXTERNAS

Dispone de dos despachos de uso exclusivo, con equipamiento necesario para la valoración geriátrica integral.

PADES

El PADES geriátrico se encuentra ubicado en el área de consultas externas (planta baja). El PADES oncológico comparte despacho en la tercera planta, en la unidad de cuidados paliativos.

AREA DE TRABAJO SOCIAL

Situada en la planta baja, junto al servicio de admisiones. Está compuesta por tres despachos, con una sala contigua para la espera de los familiares o residentes y una sala para reuniones.

1.2. RECURSOS HUMANOS

La plantilla médica cuenta con nueve especialistas en Geriatria.

La Comisión de Docencia de la especialidad de Geriatria está compuesta por los siguientes miembros:

- Dra. Doña ESTHER MARTINEZ ALMAZÁN, presidenta de la Comisión de Docencia de la unidad docente de Geriatria.
- Dra. Doña CRISTINA MUÑOZ ROMERO, tutora de los MIR.
- Dr. Don Ignacio Ferré Peñart, MIR 3, representante de MIR.

Los recursos humanos de cada unidad son los siguientes:

CONVALECENCIA

1 Medico Geriatra
1 Enfermera - Responsable de la Unidad.
4 Enfermeras
7 Auxiliares
3 Celador
1 Trabajadora Social
1 Psicóloga Clínica
1 Traumatólogo
1 Fisioterapeuta
1 Terapeuta Ocupacional
1 Logopeda
1 Medico Rehabilitador

CUIDADOS PALIATIVOS

1 Médico Geriatra
1 Enfermera Responsable
4 Enfermeras
4 Auxiliares
1 Trabajadora Social
1 Psicóloga Clínica
1 Animadora Socio Cultural
1 Capellán

LARGA ESTANCIA

2 Médicos Geriatras
1 Enfermera Responsable de la Unidad
11 Enfermeras
22 Auxiliares

7 Celadores
1 Trabajadora Social
1 Psicóloga Clínica
1 Terapeuta Ocupacional
1 Fisioterapeuta
1 Animadora Socio Cultural

RESIDENCIA ASISTIDA

1 Medico Geriatra
1 Enfermera Responsable de la Unidad
4 Enfermeras
14 Auxiliares
3 Celadores
1 Trabajadora Social
1 Psicóloga Clínica
1 Terapeuta Ocupacional
1 Fisioterapeuta
1 Animadora Socio Cultural

HOSPITAL DE DIA y CENTRO de DIA

1 Médico Geriatra
1 Médico Rehabilitador
2 Enfermeras
1 Fisioterapeuta
1 Psicóloga Clínica
1 Trabajadora Social
1 Terapia Ocupacional
1 Animadora Socio Cultural
3 Auxiliares de Clínica
1 Administrativo

PADES

El equipo está compuesto por:

- 1 Médico Geriatra
- 3 Enfermeras
- 1 Trabajadora Social
- 1 Psicóloga Clínica

UFISS

Los integrantes del equipo son :

- 1 Medico Geriatra
- 1 Enfermera

Se adjunta curricula de los médicos Geriatras (ANEXO 4)

1.3. MEDIOS DOCENTES

El centro dispone de salas habilitadas para la celebración de sesiones, cursos o cualquier evento formativo.

Está equipado con proyector de diapositivas, proyector de transparencias, proyector de imágenes, cañón de diapositivas, pantalla, pizarra para tiza y pizarra para rotulador y papel, ordenador personal, TV , video y cámara de video.

En todas las unidades del Hospital hay acceso a un ordenador personal, con programas incorporados para el tratamiento de textos y específicos para ser utilizados en la elaboración de trabajos científicos.

Existe correo electrónico para ser usado por el personal del centro.

1.3. BIBLIOTECA

La Biblioteca del Centro se encuentra en la cuarta planta, junto a las habitaciones de los médicos de guardia. El acceso es abierto para todo el personal del hospital.

Es un espacio polivalente que se utiliza para las acciones formativas, sesiones o charlas. Está equipada con un ordenador personal con acceso a internet a disposición de residente las 24 horas del día y con atención directa de una responsable de 9 a 18 horas de lunes a viernes. Tiene acceso a las principales revistas de geriatría a través de Internet. A través de la página web de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología hay acceso a la Biblioteca Salgado Alba, a la Fundación Biblioteca Josep Laporte y a la "Cochrane Library".

2. ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD

2.1.- UNIDAD DE CONVALECENCIA

El objetivo del ingreso es la recuperación funcional y/o la adaptación a la incapacidad que ha causado el ingreso.

Organización Interna

La organización funcional de la Unidad está constituida por el equipo interdisciplinario, formado de manera permanente por:

- El medico de la Unidad
- Enfermera responsable de la Unidad
- Trabajadora Social
- Fisioterapeuta
- Auxiliar de Clínica

- Psicóloga Clínica
- Terapeuta Ocupacional
- Logopeda

El equipo actúa de enlace con los colaboradores, bien de una forma directa, bien mediante documento (consulta de especialidad).

Se han considerado como colaboradores los consultores:

- Medico Traumatólogo
- Medico Rehabilitador
- Radiólogo
- Podólogo

El personal auxiliar se ha responsabilizado de los hábitos higiénicos, alimentación y del seguimiento en las valoraciones de las actividades básicas de la vida diaria (Escala de Barthel), potenciando las actitudes del equipo ante el enfermo.

Las reuniones interdisciplinarias se constituyen como herramienta principal para realizar el plan terapéutico del paciente y la toma de decisiones conjuntas por el equipo.

Se hacen dos por semana con diferente contenido :

- Martes. Valoración de los ingresos. Evaluación evolutiva . Planteamiento de problemas, objetivos y actividades conjuntas a realizar.
- Viernes. Previsión de altas. Evaluación evolutiva. Planteamiento de nuevos objetivos

En la evaluación de resultados obtenidos se considera :

- Historia Clínica
- Evolución clínica
- Curso de Enfermería
- Valoración Evolutiva funcional según la escala de Barthel
- Valoración Evolutiva y seguimiento psicológico
- Valoración Evolutiva del programa de Rehabilitación física
- Historia Social. Evaluación Evolutiva mediante la elección de indicadores de alarma.

Para la unificación de criterios diagnósticos se sigue la clasificación CIM. 9. MC con soporte informático para su codificación al alta.

Relaciones Funcionales

El 90 % de los pacientes ingresan procedentes del Hospital "Verge de la Cinta", tras valoración de la UFISS.

El 10% restante procede de otras unidades del Centro o bien de hospitales de fuera de la Comarca, tras realizar previamente un trámite telefónico.

Una vez completado el Programa de Atención Integral, y superados los objetivos se decide el recurso más adecuado para cada paciente, primando la intencionalidad de reinserción social y familiar.

Para posibilitar el alta de un paciente es preciso la constitución de un plan terapéutico y unos objetivos realistas desde el momento del ingreso, haciendo partícipes al paciente, al equipo asistencial y a la familia.

La preparación del alta a domicilio se inicia en el momento del ingreso y lleva implícita la educación a la familia de las nuevas necesidades del paciente por parte de todo el personal sanitario.

Si es necesario, la unidad se coordina con otros recursos sociosanitarios (Larga estancia, PADES , Hospital de Día, consultas externas) o sociales (ayuda familiar, ICASS).

2.2.- UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Organización Interna

La Unidad de Cuidados Paliativos tiene como objetivo el control sintomático de los pacientes con enfermedad en fase terminal, principalmente de causa oncológica.

Se realiza una sesión interdisciplinar semanal en la que se presentan los nuevos pacientes ingresados, se detectan los problemas, se definen los objetivos globales e individuales y se hace el seguimiento evolutivo (valoración de los últimos días y del momento de la muerte).

Los servicios de Rehabilitación y Animación Socio-cultural están integrados en el equipo y su actuación es a demanda específica.

Relaciones Internas

La coordinación con la atención domiciliaria es fácil y fluida al ser el mismo médico de la unidad el responsable del equipo PADES de las comarcas del Baix Ebre y Montsià

Las reuniones con la UFISS son diarias y se llevan a cabo según la demanda de valoraciones del Hospital de agudos .

La coordinación con las unidades de hospitalización es la siguiente :

Rehabilitación-Convalecencia: En ocasiones, los pacientes de cuidados paliativos consolidan una situación de estabilidad y requieren un tratamiento más encaminado a la recuperación funcional, motivo por el que se decide el traslado tras consenso con ambos equipos.

Larga Estancia: Hay una relación bidireccional con las unidades de larga estancia, siendo recurso de alta en pacientes para continuidad de cuidados, con problemática social. Siempre hay un consenso previo de los equipos para efectuar el cambio de unidad.

Nefrología: Derivación de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal no candidatos a Hemodiálisis.

Hospital de Día: El paciente pasa a este recurso mediante decisión por consenso de los equipos implicados.

Relaciones Externas

Hospital "Verge de la Cinta", relación a través de la UFISS. Ésta recibe las peticiones de valoración de pacientes en fase terminal y después de la valoración del paciente decide la ubicación más adecuada. El médico responsable de la Unidad, cuando existe una necesidad de consulta, contacta telefónicamente con el Servicio implicado para evitar las listas de espera de las Consultas Externas del Hospital de referencia.

En la actualidad existe una Unidad de Oncología en el Hospital Verge de la Cinta, con la que se mantiene una sesión quincenal, para la valoración y seguimiento, de enfermos candidatos al ingreso en UCP o a domicilio con el apoyo del PADES, que a su vez, está coordinada con el servicio de Oncología del Hospital de Sant Joan de Reus.

Atención Primaria: La relación con atención primaria se realiza a través del PADES del Centro. El PADES actúa como fuente de ingresos de pacientes

a la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) y como recurso de alta de la misma.

Cuando un paciente es dado de alta de la Unidad de Cuidados Paliativos se contacta telefónicamente o por escrito con el equipo de atención primaria, con un informe de alta médica y de enfermería informando de los planteamientos terapéuticos o evolutivos.

Otros: Los Hospitales de segundo y tercer nivel de fuera de nuestras comarcas, así como otros centros sociosanitarios pueden también realizar solicitud de ingreso a través de la UFISS.

2.3.- LARGA ESTANCIA

Organización Interna

La Larga Estancia atiende a individuos que por pluripatologías crónicas, han perdido, parcial o totalmente, la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria y/o personas que presentan problemas sociales (marginación, carencia de domicilio, insuficiencia económica).

El objetivo es dar atención de una forma integral e individualizada, promoviendo cuidados preventivos, terapéuticos, rehabilitadores y de apoyo adaptados a las características de las personas y llevadas a cabo por el equipo multidisciplinario.

Vela por el respeto de los derechos de la persona, estimulando su participación en las actividades internas del Centro y las de relación con la comunidad. Promueve el mantenimiento de los vínculos familiares con la colaboración activa de la familia para favorecer la reintegración socio - familiar.

Los objetivos del equipo multidisciplinario son :

- Objetivos asistenciales
 - Atención integral e individualizada.
 - Seguimiento del estado de los pacientes y adaptación de la atención según necesidades.
 - Evaluación de los resultados de la atención.
 - Evitar la variabilidad de la práctica con la unificación de los criterios asistenciales según protocolos.
 - Potenciar el trabajo en equipo multidisciplinario.
- Objetivos docentes
 - Educación dirigida a los pacientes y a sus familias

- Información a la comunidad
 - Formación de otros profesionales en la detección y manejo de los principales síndromes geriátricos.
- Objetivos de investigación
- Potenciar la creación de líneas de investigación orientadas a la mejora de la atención y de la calidad de vida de los pacientes geriátricos.

La evaluación de las necesidades del paciente se realiza inicialmente a su ingreso por el equipo multidisciplinar, determinando un plan de cuidados y objetivos asistenciales.

Las reuniones multidisciplinarias son semanales. En ellas se planifican las evaluaciones y se valora el cumplimiento de los objetivos.

La programación del alta tiene en cuenta las necesidades del paciente, y por eso en los casos en donde no es posible un regreso al domicilio, se tramita el recurso residencial.

Relaciones Internas

La Larga Estancia se coordina con los diferentes recursos del centro para dar una correcta continuidad asistencial :

Convalecencia
Cuidados Paliativos
Hospital de Día
PADES
UFISS

Relaciones Externas

Mediante la UFISS se vincula la Unidad con el Hospital de Agudos.

Mediante el PADES se vincula la Larga Estancia con la Atención Primaria.

2.4.-UNIDAD DE PSICOGERIATRIA.

La atención al enfermo con demencia es uno de los objetivos principales de nuestro centro en todos los niveles asistenciales. La Unidad de Psicogeriatría tiene como objetivo desarrollar una atención especializada de todos los grupos profesionales orientada a la demencia. Aborda a los enfermos de mayor complejidad, tanto por la riqueza de síntomas cognitivos y conductuales como por las dificultades de sus familiares y cuidadores.

Criterios de inclusión en la unidad.

Pacientes con deterioro cognitivo con las siguientes características:

- ✓ Riesgo de fuga.
- ✓ Trastornos de conducta de muy difícil control que se beneficien de mantener un ambiente hospitalario sometido a pocos cambios (personal más constante, visitas menos frecuentes).
- ✓ Pacientes con vagabundeo que requieran un entorno cerrado para realizarlo con seguridad.

El motivo de ingreso puede ser tanto social como médico, siempre y cuando el enfermo tenga alguno de los criterios anteriores.

La permanencia en la unidad será temporal, planteándose siempre la alternativa entre alta al domicilio familiar o a una residencia asistida.

Criterios de exclusión de la unidad.

- ✓ Pacientes inmovilizados.
- ✓ Pacientes que se encuentran al ingreso con algún problema médico que requiere uso de vía intravenosa o cuidados y vigilancia intensa por parte del personal de enfermería.

Si durante la permanencia en la unidad se produce un cambio clínico que dificulta que se le proporcionen los cuidados médicos adecuados, se traslada a la unidad de larga estancia disponible.

Periódicamente se valora la ubicación del enfermo en la unidad de larga estancia convencional por buena adaptación al centro o mejora en el control de los trastornos de conducta.

La Unidad de Psicogeriatría tiene como objetivos:

- Ofrecer un entorno físico adecuado para garantizar la seguridad de los pacientes con deterioro cognitivo y trastornos de conducta.
- Realizar planes terapéuticos específicos.
- Disponer de personal con formación en Psicogeriatría.
- Proporcionar tratamientos adecuados.

Plan de atención.

Al ingreso se realiza la historia clínica socio-sanitaria habitual.

Se recoge un protocolo específico de la unidad con los siguientes objetivos:

- Conocer la situación funcional y cognitiva del enfermo en el momento del ingreso y el potencial rehabilitador para poder establecer un plan de cuidados adecuado.
- Recoger de forma objetiva los trastornos de conducta del enfermo para iniciar un adecuado abordaje tanto farmacológico como conductual.
- Valorar la situación social y el grado de carga del cuidador, para planificar la solicitud de recursos sociales y la ubicación más adecuada al alta.

En la recogida de los datos participa todo el equipo en la parte asignada para cada profesional concreto:

Diagnósticos, fármacos, síndromes geriátricos: Médico.

Datos sociales: Trabajadora social.

Datos funcionales, NPI: Auxiliares habituales de la unidad.

Datos cognitivos, afectivos: Psicóloga.

La coordinación entre los diferentes profesionales de la unidad se realiza a través de las sesiones multidisciplinarias quincenales.

La asistencia externa del Centro se lleva a cabo a través de la Unidad Funcional Socio Sanitaria (UFISS) y el Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (PADES).

2.5.- UFISS

Los objetivos fundamentales son :

- Mejorar la atención de los pacientes geriátricos con patología aguda ingresados en el hospital de agudos.
- Dar soporte, ayuda y orientación durante el ingreso al enfermo y a la familia.
- Detectar pacientes con deterioro funcional secundario al ingreso en agudos para una rehabilitación eficaz.
- Aumentar la probabilidad de inserción del enfermo en su domicilio una vez superada la agudización de su enfermedad.
- Asesoramiento de recursos sociosanitarios.

Relaciones Internas

La relación con el servicio de Admisiones del Centro es estrecha. A diario informa al equipo de UFISS de la disponibilidad de camas en las diferentes unidades del centro (larga estancia, convalecencia, cuidados paliativos) como la previsión de altas.

El hecho de encontrarse integrada en un centro sociosanitario hace posible que tras la valoración geriátrica integral, la UFISS pueda ofrecer el recurso más adecuado.

Existe una reunión diaria con todos los responsables de las distintas unidades del centro a primera hora de la mañana, para favorecer y agilizar los ingresos.

La Unidad de Trabajo Social (U.T.S.) colabora a petición del médico o enfermera responsables. Dispone de un horario de atención a los familiares de los enfermos de la UFISS.

Relaciones Externas

Las solicitudes de valoración y traslado se canalizan a través de Unidad de Atención al Usuario del Hospital Verge de la Cinta, donde son recogidas de lunes a viernes por el equipo UFISS. Con frecuencia, el servicio solicitante se pone en contacto directo con el equipo a través de una hoja de interconsulta.

Ocasionalmente la UFISS recibe petición de valoración de otros centros a través de FAX, realizando siempre un contacto telefónico con el equipo responsable del paciente.

Horario de Funcionamiento

La unidad tiene un horario de 40 horas semanales. La actividad fundamentalmente se realiza en el Hospital Verge de la Cinta, donde se recogen las solicitudes y se hacen las valoraciones. Posteriormente, se

introducen los datos de las valoraciones en el despacho de la UFISS en el centro sociosanitario y se realizan los contactos telefónicos oportunos.

El médico de la UFISS participa en el programa de sesiones médicas organizadas por el servicio de Medicina Interna del Hospital Verge de la Cinta, colaborando en el programa docente para residentes.

2.6.- PADES

El equipo de ayuda a domicilio tiene como objetivos básicos asistenciales

- La atención directa de los pacientes geriátricos complejos, a petición de los profesionales de la Atención Primaria.
- Incorporar a la práctica diaria las técnicas de los cuidados paliativos, con la finalidad de mejorar la asistencia a enfermos terminales, así como la previsión y cobertura de la situación de agonía del enfermo.
- Promocionar la calidad de la atención geriátrica y/o paliativa especializada a domicilio.
- Permitir la atención directa dentro de la propia comunidad.
- Favorecer la coordinación y conexión entre los diferentes niveles asistenciales.

En la atención domiciliaria del paciente geriátrico los objetivos son:

- Ayudar a evitar la pérdida innecesaria de capacidad funcional y luchar contra la invalidez a la hora de planificar los cuidados para mantener la independencia, dignidad y la funcionalidad en pacientes con múltiples incapacidades.
- Ayudar a prevenir y tratar los problemas de salud que afectan negativamente en la calidad de vida.

En la atención domiciliaria del paciente paliativo oncológico los objetivos son:

- Control de síntomas
- Ayuda y apoyo al cuidador i/o la familia
- Propiciar que la muerte se produzca en el propio domicilio, como máxima expresión de la posibilidad de la atención sociosanitaria integral, del paciente insertado en su entorno habitual.

La coordinación del trabajo del equipo se hace mediante sesiones interdisciplinarias semanales conjuntas, donde se presentan los casos nuevos, se definen los problemas, los objetivos y el plan terapéutico.

Relaciones Internas

La relación con los distintos niveles asistenciales es fluida y se favorece por las reuniones diarias que mantienen todos los médicos responsables de las distintas unidades.

Dependiendo de los requerimientos asistenciales de cada paciente, el PADES se relaciona de la siguiente manera con los distintos recursos:

Unidad de Cuidados Paliativos: relación bidireccional, tanto en los casos en que el enfermo se ha dado de alta de la Unidad con seguimiento domiciliario por parte de PADES, como para los enfermos del PADES, que por su problemática (claudicación familiar o dificultad de control de síntomas), se decide el ingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP).

La coordinación entre ambas unidades es excelente al ser el responsable médico la misma persona.

Convalecencia: A petición del equipo multidisciplinar de convalecencia se solicita seguimiento domiciliario al alta, fundamentalmente para asegurar una buena adaptación al domicilio y apoyar a la familia en el seguimiento. Ocasionalmente, la unidad puede ser destino de pacientes que estando en domicilio, presenta deterioro funcional potencialmente reversible.

Larga Estancia: Debido a la complejidad de los pacientes geriátricos ingresados en larga estancia, se ha acordado realizar un seguimiento y control después del alta por el PADES. En ocasiones, los pacientes en

seguimiento por PADES requieren un ingreso en larga estancia por complejidad de manejo a domicilio, o de manera programada para realizar descargas familiares.

UFISS: Puede valorar pacientes en el Hospital Verge de la Cinta subsidiarios de control domiciliario, que no precisan ingreso hospitalario, y derivarlos al PADES.

Hospital de Día: Existe una relación bidireccional. Cuando un paciente de hospital de día ha perdido su autonomía para acudir al centro puede requerir seguimiento por parte del PADES. En otras ocasiones, el PADES puede detectar en domicilio pacientes que requieren una recuperación funcional posible de manera ambulatoria.

Relaciones Externas

Equipos de Atención Primaria

El equipo del PADES ha sido creado para dar apoyo principalmente, a los equipos de atención primaria.

Los pacientes seguidos por PADES lo son siempre a demanda y petición del médico de atención primaria. Con ellos se establece un primer contacto telefónico, y periódicamente se informa de la evolución del paciente con la finalidad de unificar criterios terapéuticos y conseguir una mayor coordinación. El PADES dispone de un contestador telefónico para recibir todas las consultas. Todas las mañanas de lunes a viernes, el equipo contesta las mismas de 8 a 10 de la mañana y de 15 a 16h.

El equipo de PADES participa en el programa de formación continuada en temas relacionados con la atención geriátrica y paliativa, acudiendo a los distintos centros de atención primaria del área sanitaria de les Terres de l'Ebre.

Hospital de referencia

La mayoría de las demandas están canalizadas a través de la Unidad de Atención al Usuario. Como se ha comentado anteriormente, la UFISS en ocasiones deriva pacientes al PADES .

2.7.- TURNOS DE GUARDIA

La continuidad asistencial se garantiza con la presencia de atención médica, con guardias de presencia física, desde las 17 horas hasta las 8 horas, garantizando la asistencia a los pacientes las 24 horas al día los 365 días del año.

Los MIR realizan el siguiente programa de guardias:

Los MIR1 realizan 5 guardias al mes en el servicio de urgencias del Hospital Verge de la Cinta.

Los MIR 2 realizan 3 guardias al mes en el servicio de urgencias y 2 guardias por mes en nuestro centro, supervisados por el facultativo de guardia en el centro sociosanitario.

En los dos últimos años de residencia, realizan 2 guardias mensuales en el Servicio de Urgencias y 3 en nuestro hospital.

2.8.- HISTORIAS CLINICAS, PROTOCOLOS Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

El Hospital de la Santa Creu dispone de una Historia Sociosanitaria Unificada para la cumplimentación del historial clínico de todo paciente ingresado en los distintos recursos sociosanitarios. Está diseñada para que todos los profesionales que integran el equipo multidisciplinar vean facilitado su trabajo de recogida de datos.

Existe también un documento informatizado de traslado al hospital de agudos, así como documento de alta unificada multidisciplinar de convalecencia y larga estancia. (ANEXO 5)

El Plan de Atención Integral es un objetivo de mejora de la calidad de la atención a nivel de todos los centros del Grup SAGESSA, con el que se pretende, además de la mejora de la calidad asistencial, el mantenimiento de la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales.

Se configura mediante los Programas Asistenciales Interniveles (P.A.I.) que son programas de base poblacional que, por diferentes patologías o problemas de salud, contienen las actuaciones a desarrollar sobre los pacientes a fin de incrementar los resultados de la atención sanitaria.

Una parte de su desarrollo ha consistido en la elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC) para cada una de las patologías implicadas. Para ello se han constituido diferentes grupos de expertos (uno para cada guía) de carácter interdisciplinario, donde estaban representados todos los niveles asistenciales e integrados por personas clave por sus conocimientos científicos, asistenciales i de gestión, bajo la coordinación de un clínico experto, el cual ha tenido una relevancia especial en la elaboración de la guía.

Las guías contienen los factores de riesgo sobre los que es conveniente actuar, las actividades sanitarias que se han de aplicar a los pacientes y el nivel asistencial más efectivo y eficiente para ponerlas en práctica. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos más efectivos en base a la evidencia científica disponible y a la experiencia de nuestros profesionales y el sistema de evaluación con propuestas de indicadores de resultados.

Las GPC elaboradas hasta ahora, están disponible en una pagina INTRANET accesible a todos los profesionales desde cualquier ordenador personal del centro y con la posibilidad de poder imprimir el documento. Así mismo mediante una dirección de correo electrónico, el sistema permite la

comunicación directa con el clínico experto coordinador de cada guía para cualquier aclaración o sugerencia sobre el contenido de cada una de ellas.

RELACION DE GPC

Artrosis de rodilla	Infección urinaria
Asma infantil	Insuficiencia cardíaca
Cardiopatía Isquémica	Lactancia materna y alimentación infantil
Cólico renal	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Cólico biliar	Enfermedad tromboembolica
Demencias	Neoplásia de colon
Diabetes	Otitis media
Dolor Lumbar	Neumonía
Embarazo y puerperio	Reflujo esofágico
Ejercicio físico y dieta	Tabaquismo
Gastroenteritis aguda	Tumor vesical
Hipercolesterolemia	Úlcera péptica
Hipertensión arterial	
Hipertrofia benigna de próstata	

3.- ACTIVIDAD ASISTENCIAL

El Centro elabora la memoria anual de todos los servicios. En ella se incluye la relación de toda la actividad asistencial, docente y de investigación llevadas a cabo durante todo el año. Se puede acceder a través de la página www.grupsagessa.com.

4.- ACTIVIDAD DOCENTE Y DE INVESTIGACIÓN

4.1.- COMISIÓN DE DOCENCIA

Las funciones de la Comisión de Docencia son:

- Velar por el cumplimiento del programa de formación de los MIR en Geriatría.
- Solicitar las rotaciones extra hospitalarias.
- Ser la interlocutora del centro con el Ministerio de Sanidad y Consumo; evaluar anualmente a los MIR .

La Comisión de Docencia mantiene reuniones periódicas (aproximadamente una mensual), de las que constan en acta las respectivas órdenes del día.

Actualmente la Comisión de Docencia está compuesta por los siguientes miembros:

- Presidenta de la Comisión de Docencia: Dra. Esther Martínez Almazán
- Tutora de MIR: Dra. Cristina Muñoz Romero
- Vocal: Maria de la O Domínguez López
- Representante de MIR: Ignacio Ferré Peñart
- Secretaria: Montserrat Hierro Zabarte

4.2.- PROGRAMA DE ROTACIONES

4.2.1.- PERÍODO FORMATIVO BÁSICO. 24 MESES.

PERÍODO	RITMO/DURACION	CENTRO	SERVICIO
1º AÑO	1 semestre	HVC	Unidad de agudos (Medicina Interna).
	3 trimestre	HVC	Cardiología
	4 trimestre	HSC	Psicogeriatría.
2º AÑO	1 trimestre	HVC	Unidad de agudos
	2 trimestre	HVC	Neurología
	2 semestre	HSC	Convalecencia - Rehabilitación y media estancia

4.2.2.- PERÍODO FORMATIVO ESPECIFICO. 24 MESES.

PERÍODO	RITMO/DURACIÓN	CENTRO	SERVICIO
3º año	1 trimestre	HVC	Unidad de agudos
	2 trimestre	HSC	Unidad de cuidados paliativos y PADES oncológico.
	3 trimestre	HSC	PADES Atención domiciliaria
	4 trimestre	HVC	Rotaciones optativas
4º año	1 semestre	HSC	Larga estancia/Hospital de día
	2 semestre	HSC	UFISS / Consulta externa - Interconsultas. Período de rotaciones

específicas.

4.2.3.- ROTACIONES EXTERNAS.

Las rotaciones externas son propuestas por el tutor del residente. Se contemplan en período máximo de 3 a 6 meses y con especial énfasis en 2 campos:

○ **Ámbito de Psicogeriatría:**

Hospital Clínic de Barcelona,*

Fundación Hospital "Asil"de Granollers, Barcelona.*.

○ **Ámbito de UGA: Servicio de Geriatría. Hospital Universitario de San Carlos. Madrid.*.**

Para los residentes que así lo desean, se ofrece en el cuarto año de residencia la posibilidad de realizar una rotación extraordinaria al extranjero, para conocer el sistema de atención geriátrica en otros países de la comunidad europea (Toulouse, Glasgow...)

*Hospitales acreditados para la docencia vía MIR

4.3.- TUTORÍAS

Todos los lunes lectivos de 15h00 a 17h00, y a petición del residente.

4.4.- PROGRAMA DE SESIONES PARA LOS RESIDENTES DE GERIATRÍA

Durante el año académico se organizan las siguientes sesiones:

En el Hospital Verge de la Cinta:

Los residentes de Geriatría participan en las sesiones clínicas organizadas por el coordinador de Medicina Interna, Dr. Giner, que

tienen lugar todos los martes y jueves laborables, en el aula de cristal de 8h30 a 9h30.

Sesiones radiológicas en Curso de Radiodiagnóstico, organizado por el servicio de Radiología, de octubre a mayo, todos los viernes lectivos de 8h30 a 9h30.

Sesiones anatomoclínicas realizadas por el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Verge de la Cinta (bimensual).

Seminarios de Cardiología: Lectura de EKG: martes de 15h30 a 17h.

Curso de RCP avanzada de 20 horas, realizado anualmente en mayo, organizado por el servicio de Medicina Intensiva, de carácter obligatorio para MIR1 y MR2.

En el Hospital de la Santa Creu:

Sesiones de casos clínicos abiertos de lunes a viernes de 8h15 a 8h45 en la 4º planta.

Sesiones clínicas desde octubre a junio. Una sesión presentada por MIR cada 15 días en la biblioteca medica del Centro

Sesiones bibliográficas de octubre a junio cada 15 días (alternadas con las anteriores) en la biblioteca del Centro. Se revisan las principales revistas de interés para Geriatria.

Sesiones Magistrales de Radiológica ínterhospitalarias, de carácter semestral, a cargo del Dr. Bardají (Jefe de Servicio del Hospital de Móra de Ebro).

Sesiones multidisciplinarias semanales en cada unidad.

Sesión trimestral de salud laboral a cargo del Dr. Inglés en el aula del Hospital de la Santa Creu.

Participación en sesiones clínicas para Atención Primaria en el CAP El Temple de Tortosa (trimestral).

Seminarios: todos los jueves lectivos de octubre a junio de 15h30 a 17h00, según programa en el que se repasan los principales síndromes geriátricos.

Participación en las sesiones trimestrales, para la discusión de temas relacionados con la bioética, programado por el Comité de Ética Asistencial del Centro con la colaboración continuada de un experto en bioética.

4.5 OTRAS ACTIVIDADES DE FORMACION CONTINUADA

4.5.1.- FORMACION EXTERNA SEGÚN PROGRAMACIÓN ANUAL: ÁREAS DE INTERÉS

CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO

CUESTIONES DE BIOÉTICA: RESPONSABILIDAD Y ÉTICA EN LAS PROFESIONES
SANITARIAS

CURSO BASICO DE CUIDADOS PALIATIVOS

CURSOS ORGANIZADOS POR LA SEGG Y LA SEMEG PARA MÉDICOS INTERNOS
RESIDENTES DE GERIATRÍA.

4.5.2.- FORMACION INTERNA

ESTRÉS LABORAL. PREVENCIÓN DEL BURNOUT

MANEJO DE PROCESOS DEL GRUPO SAGESSA

SESIONES DE BIOÉTICA: VOLUNTADES ANTICIPADAS

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

RCP BÁSICA

ADAPTACIÓN NUTRICIONAL PARA EL PACIENTE GERIATRICO

SESIONES DE BIOÈTICA: ÈTICA DE LA GESTIÓN SANITARIA
MANEJO CONDUCTUAL EN PSICOGERIATRIA
BIOESTADÍSTICA Y SPSS

4.6.- ASISTENCIA A CONGRESOS Y JORNADAS DE LAS PRINCIPALES SOCIEDADES RELACIONADAS CON LA GERIATRÍA

CONGRESOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGIA
CONGRESOS DE LA SOCIETAT CATALANA DE GERIATRIA I GERONTOLOGIA
Participación en las JORNADAS MÉDICAS DE LES TERRES DE L'EBRE

4.7.- PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y TRABAJOS PUBLICADOS

Es vocación de la Comisión de Docencia del Centro el incorporar a los residentes en los trabajos de investigación puestos en marcha en las disitintas unidades, así como en introducirles en la metodología de cómo escribir un artículo y capítulos de libro. Por lo tanto, se les invita a participar en las colaboraciones que los adjuntos del hospital realizan en manuales, guías de práctica clínica, etc.

MIR 4: NUEVA INCORPORACIÓN COMO MIEMBRO DEL GRUPO DE DEMENCIAS DE LA SEGG.

MIR 3: COLABORADORA EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE MEMANTINA, JUNTO A LA DRA. CRISTINA MUÑOZ ROMERO.

MIR 2: PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CON EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA: INVESTIGADOR PRINCIPAL: DR. BAIGES.

MORBI-MORTALIDAD Y ANEMIA DEL ENFERMO EN HEMODIÁLISIS. ESTUDIO MULTICENTRICO - PROYECTO MIR 1

5.- COMITÉ DE BIOÈTICA ASISTENCIAL(CBA)

El centro cuenta con un Comité de Bioética Asistencial.

Creado como una comisión consultiva de carácter multidisciplinar, analiza los conflictos éticos que se producen en la práctica sanitaria y psicosocial, con el objetivo de mejorar el cuidado integral a todas las personas atendidas en el centro, y asesorar a los profesionales para su correcta praxis.

Las funciones específicas son:

- Favorecer la protección de los derechos de los pacientes, familiares y profesionales de la institución.
- Analizar y asesorar las situaciones que comportan un conflicto ético, en las que pueden estar involucrados o implicados, personal asistencial, pacientes o usuarios, familiares i/o instituciones.
- Promover la formación en bioética de los profesionales del Hospital.
- Proponer a la institución protocolos de actuación para abordar los conflictos éticos más frecuentes.

En los últimos años se han realizado diversos protocolos. Entre ellos, cabe destacar los consentimientos informados en:

Sujeción mecánica

Sonda Nasogástrica para alimentación

Inserción de una vía central

Técnica para Toracocentesis

Tratamiento con Eritropoyetina

Tratamiento con Hierro por vía endovenosa

Transfusión sanguínea

Se ha editado un documento de voluntades anticipadas o testamento vital que está a disposición de los pacientes. El CBA ha elaborado el código ético que rige en el Centro.

6.- PROGRAMAS ASISTENCIALES INTERNIVELES

El Plan de Atención Integral es un objetivo de mejora de la calidad de la atención a nivel de todos los centros del Grup SAGESSA, con el que se pretende, además de la mejora de la calidad asistencial, el mantenimiento de la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales.

Se configura mediante los Programas Asistenciales Interniveles (P.A.I.) que son programas de base poblacional que, por diferentes patologías o problemas de salud, contienen las actuaciones a desarrollar sobre los pacientes a fin de incrementar los resultados de la atención sanitaria.

Una parte de su desarrollo ha consistido en la elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC) para cada una de las patologías implicadas. Para ello se han constituido diferentes grupos de expertos (uno para cada guía) de carácter interdisciplinario, donde estaban representados todos los niveles asistenciales e integrados por personas clave por sus conocimientos científicos, asistenciales i de gestión, bajo la coordinación de un clínico experto, el cual ha tenido una relevancia especial en la elaboración de la guía.

Las guías contienen los factores de riesgo sobre los que es conveniente actuar, las actividades sanitarias que se han de aplicar a los pacientes y el nivel asistencial más efectivo y eficiente para ponerlas en práctica. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos más efectivos en base a la evidencia científica disponible y a la experiencia de nuestros profesionales y el sistema de evaluación con propuestas de indicadores de resultados.

Las GPC elaboradas hasta ahora, están disponible en una pagina INTRANET accesible a todos los profesionales desde cualquier ordenador personal del centro y con la posibilidad de poder imprimir el documento. Así mismo mediante una dirección de correo electrónico, el sistema permite la comunicación directa con el clínico experto coordinador de cada guía para cualquier aclaración o sugerencia sobre el contenido de cada una de ellas.

