



**PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN
DEL RESIDENTE
ESPECIALIDAD: GERIATRÍA**

Aprobado en Comisión de Docencia el 2 de Marzo del 2020

ÍNDICE

1. <i>Objetivo del protocolo</i>	3
2. <i>Ámbito de aplicación.</i>	3
3. <i>Bases legislativas.</i>	4
4. <i>Supervisión de las actividades asistenciales.</i>	6

1. Objetivo del protocolo

El presente protocolo de supervisión del residente del Hospital Universitari Arnau de Vilanova tiene como objetivo establecer las bases que permitan graduar el nivel de supervisión requerido para las actividades asistenciales que desarrollen los residentes en su práctica laboral.

Se entiende que a lo largo del periodo de residencia se adquiere una competencia profesional progresiva que implica un nivel de responsabilidad creciente y una necesidad de supervisión decreciente, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

La Comisión de Docencia del Hospital Universitari Arnau de Vilanova ha elaborado este protocolo en cumplimiento del Artículo 15.5 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Dicho artículo establece que: “Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés”.

Tal y como se indica además en el citado Artículo 1 5.5 del Real Decreto 183/2008, el protocolo ha sido elevado a los órganos de dirección del centro para su aplicación y para que se realicen revisiones periódicas

2. Ámbito de aplicación.

El presente documento es aplicable a todos los residentes que estén desarrollando su programa de formación sanitaria especializada en nuestra organización. Afectará tanto a aquellos residentes que hayan obtenido una plaza en una Unidad Docente perteneciente a nuestro Hospital como a aquéllos que habiendo obtenido plaza en una Unidad Docente no dependiente de nuestro Hospital se encuentren realizando su actividad profesional, debidamente autorizada, en nuestras Unidades Docentes.

Asimismo, el documento se refiere a las actividades asistenciales que los residentes pertenecientes a nuestro Hospital realicen en Centros o Unidades Docentes externas.

3. Bases legislativas.

Como se indicó previamente, este protocolo de actuación se desarrolla en cumplimiento del Artículo 15.5 del Real Decreto 183/2008 que desarrolla determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada-

Para su elaboración se han tenido en cuenta el capítulo V: Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente que incluye los Artículos 14 y 15 del citado Real Decreto 183/2008 y su aplicación a las características específicas de nuestro Hospital.

A continuación se transcribe literalmente los Artículos citados:

Real Decreto 183/2008 (B.O.E. de 21 de febrero de 2008).

Capítulo V: Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente

Artículo 14. El deber general de supervisión.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 104 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en el artículo 34.b) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el artículo 12.c) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, toda la estructura del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada en las enseñanzas de grado, especializada y continuada de los profesionales.

Dicho principio rector determina que las previsiones de este real decreto y las que adopten las comunidades autónomas sobre los órganos colegiados y unipersonales de carácter docente, se entiendan sin perjuicio del deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes. Dichos profesionales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.

Los responsables de los equipos asistenciales de los distintos dispositivos que integran las unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas programarán sus actividades asistenciales en coordinación con los tutores de las especialidades que se forman en los mismos, a fin de facilitar el cumplimiento de los itinerarios formativos de cada residente y la integración supervisada de estos en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en dichas unidades, con sujeción al régimen de jornada y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto.

Artículo 15. La responsabilidad progresiva del residente.

1. El sistema de residencia al que se refiere el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, implica la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan los programas oficiales de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud.

Dicho sistema formativo implicará la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

2. En aplicación del principio rector que se establece en el artículo anterior, los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.

3. La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada.

Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

Las previsiones contenidas en este apartado se adaptarán a las circunstancias específicas de supervisión en las especialidades cuya duración sea de un año.

4. La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias.

En todo caso, el residente, que tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

5. Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés.

Dichos protocolos se elevarán a los órganos de dirección del correspondiente centro o unidad para que el jefe de estudios de formación especializada consensue con ellos su aplicación y revisión periódica.

4. Supervisión de las actividades

asistenciales. A. Generalidades.

La capacidad para realizar determinadas actividades asistenciales por parte de los residentes guarda relación con su nivel de conocimientos y con su experiencia, en buena medida determinada por el año de residencia en el que se encuentren. Además, la naturaleza y dificultad de la actividad a realizar es un determinante importante. Estos factores condicionan la responsabilidad progresiva que pueden adquirir y, por tanto, el grado de supervisión que precisan.

Se establecen 3 niveles diferentes de responsabilidad y necesidad de supervisión:

Nivel 1. Responsabilidad máxima / Supervisión a demanda. Las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por lo tanto, el residente ejecuta y después informa al adjunto responsable. Solicita supervisión si lo considera necesario.

Nivel 2. Responsabilidad media / Supervisión directa. El residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Estas actividades deben realizarse bajo supervisión directa del adjunto responsable.

Nivel 3. Responsabilidad mínima / Supervisión de Presencia Física. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. El residente observa y asiste la actuación del adjunto responsable que es quien realiza el procedimiento.

Asimismo, se consideran 2 periodos formativos diferenciados, el primer año de residencia y los restantes, delimitándose niveles de responsabilidad también diferenciados para cada uno de ellos. Si bien se establecen niveles de responsabilidad únicos para cada tipo de actividad en cada periodo formativo, es evidente que los conocimientos y las habilidades del residente progresan con el paso del tiempo

B. Actividades.

La supervisión de residentes de primer año ha de ser siempre de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando.

La supervisión de los residentes a partir del segundo año de formación, irá decreciendo de forma progresiva, sin que nunca pueda ser menor que lo establecido como objetivo para una determinada actividad, en ese año formativo.

Las actividades aprendidas en años anteriores, mantienen el Nivel de Supervisión previo, al inicio del siguiente año formativo, para ir disminuyendo a lo largo del mismo.

Para las actividades de nueva realización, se establece el Nivel de Supervisión máxima al inicio de la rotación, independientemente del año formativo.

El paso de un Nivel de Supervisión 3 a 2, o de un nivel 2 a 1 será progresivo y dependerá no sólo del año de residencia, sino también de lo indicado por el tutor y las características individuales del residente (posible experiencia previa del residente en dichas actividades o formación específica). Cuando un residente no consiga alcanzar los conocimientos necesarios para progresar en su formación, no se puede disminuir el Nivel de Supervisión de la actividad en cuestión, teniendo que poner este hecho en conocimiento del Tutor de residentes, quién podrá adaptar y redefinir los Niveles de Supervisión de la rotación hasta que se constate que la progresión del residente garantiza la calidad de la formación.

En el HUAV se ha elaborado el siguiente protocolo de supervisión y organización del residente del Servicio de Geriátrica teniendo en cuenta los diferentes ámbitos formativos y los diferentes niveles de responsabilidad durante los 4 años de residencia. El protocolo está estructurado según año de residencia, nivel de responsabilidad y habilidades a adquirir.

Supervisión del residente de primer año

En general el nivel de supervisión será de nivel 3 y en algunas actividades se aplicará un nivel 2-3. 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.

OBJETIVOS DOCENTES GENERALES RESIDENTE DE PRIMER AÑO	NR
Presentarse e informar al paciente / familiares	3
Realizar correctamente la historia clínica, orientación diagnóstica, motivo de consulta y valoración de la gravedad del caso.	2-3
Realizar la exploración física	3
Interpretar correctamente la analítica de base	2-3
Indicar e interpretar correctamente la radiología simple de tórax y abdomen	3
Indicar e interpretar correctamente el electrocardiograma	3
Colaborar en punciones arteriales , venosas, toracocentesis , paracentesis y punciones lumbares	3
Colaborar en la indicación terapéutica	3
Colaborar en la valoración y tratamientos del paciente geriátrico.	3
Conocer la valoración básica de la patología geriátrica general	2
Conocer la valoración de pacientes geriátricos con patología quirúrgica y traumatológica	3
Colaborar en las técnicas de dinámicas de equipos interdisciplinarios	3

-Rotación en la Unidad Geriátrica de agudos

Los residentes estarán acompañados en todo momento por un médico adjunto especialista en Geriátrica, que realizará supervisión continua tanto para realizar cualquier exploración como para realizar la historia clínica al paciente durante el primer mes, a partir del segundo mes podrá historiar y explorar a un paciente solo pero deberá consultar todos los aspectos de la visita al médico adjunto especialista, incluida la petición de exploraciones complementarias.

El curso clínico deberá ser supervisado siempre por el adjunto.

En ningún caso podrá prescribir o informar o firmar un informe de alta o certificado de exitus.

-Rotación en Urgencias

El primer mes deberá ser supervisado de presencia física por un adjunto del Servicio de Urgencias, tanto en la realización de la historia clínica como en la exploración.

Podrá realizar el curso clínico, que verá ser supervisado por el adjunto asignado, y deberá consultar todos los aspectos relevantes y la petición de pruebas complementarias antes de su realización.

En ningún caso podrá informar, prescribir, o firmar un informe de alta o de exitus sin supervisión de presencia física.

-Rotación en Cardiología

Al final de esta rotación el residente deberá conocer el proceso diagnóstico, manejo de la insuficiencia cardiaca, coronariopatías y arritmias, conocimiento de técnicas diagnósticas específicas y utilización de fármacos.

La supervisión durante el primer mes ha de ser continua y de presencia física, mientras que en el segundo mes el residente podrá asumir como propio al paciente, historiar y explorar, consultando siempre al adjunto especialista en Cardiología, y precisando supervisión física en la prescripción farmacológica, petición de exploraciones complementarias y realización de informes, que no podrá firmar.

-Rotación en Neurología

El residente deberá conseguir al finalizar la rotación, la realización adecuada de la exploración neurológica, punción lumbar e interpretación de técnicas de neuroimagen. Para ello deberá actuar como observador el primer mes en la exploración neurológica, así como en las punciones lumbares, y podrá participar en las mismas con supervisión de un adjunto en el segundo mes. No podrá prescribir, firmar informes ni certificados de exitus sin supervisión física del adjunto de Neurología.

-Rotación en Radiología

En toda la rotación el residente ha de estar supervisado de forma continua y física por el médico adjunto en radiología, no pudiendo firmar ningún informe ni realizar ninguna punción sin la presencia física del radiólogo.

-Rotación en Neumología

El pase de planta y la visita en el hospital de día de neumología deberá realizarlo siempre acompañado del facultativo especialista, así como la solicitud de exploraciones complementarias y prescripción farmacológica. En ningún caso podrá firmar informes ni certificados de exitus.

- Rotación en Unidad de Cuidados Intensivos

En toda la rotación el residente ha de estar supervisado de forma continua y física por el médico adjunto en cuidados intensivos, no pudiendo firmar ningún informe ni realizar ninguna punción, intubación o medidas intervencionistas sin la presencia física del intensivista. Deberá ser acompañado a la hora de prescribir fármacos o realizar exploraciones complementarias. En ningún caso podrá firmar informes ni certificados de exitus.

- Rotación por Atención Primaria.

Durante toda la rotación pasará visita en la consulta de Atención primaria y en los domicilios como observador, así como en la coordinación con los servicios sociales de la zona, y participando activamente en las sesiones, creación de protocolos y actuaciones de coordinación, bajo la supervisión directa del médico adjunto especialista en MFyC.

Supervisión del residente de segundo año

En general la supervisión será de un nivel 2-3, pudiendo precisar en determinadas actividades muy específicas un nivel 2.

OBJETIVOS DOCENTES GENERALES DEL RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO:	NR
Presentarse e informar al paciente / familiares	2
Realizar correctamente la historia clínica, orientación diagnóstica, motivo de consulta y valoración de la gravedad del caso.	2
Realizar la exploración física	2
Interpretar correctamente la analítica de base	2
Indicar e interpretar correctamente la radiología simple de tórax y abdomen	2
Indicar e interpretar correctamente el electrocardiograma	2
Colaborar en punciones arteriales , venosas, toracocentesis , paracentesis y punciones lumbares	2-3
Colaborar en la indicación terapéutica	2
Colaborar en la valoración y tratamientos del paciente geriátrico.	2
Conocer la valoración básica de la patología geriátrica general	2
Conocer la valoración de pacientes geriátricos con patología quirúrgica y traumatológica	2
Colaborar en las técnicas de dinámicas de equipos interdisciplinares	2

-Rotación por UFISS de Geriatria de urgencias

Los tres meses será supervisado de presencia física por un adjunto del servicio de geriatría, tanto en la realización de la historia clínica como en la exploración. Actúa en un nivel 2-3 de responsabilidad.

Podrá realizar el curso clínico, que verá ser supervisado por el adjunto asignado, y deberá consultar todos los aspectos relevantes y la petición de pruebas complementarias antes de su realización.

En ningún caso podrá informar, prescribir, o firmar un informe de alta o de exitus sin supervisión de presencia física.

-Rotación en Medicina Interna

El residente actúa con un nivel 2-3 de responsabilidad, consultando todos los aspectos al médico adjunto, tanto a nivel de prescripción, como realización de informes o certificados de exitus. En cuanto a las técnicas de recogida de muestras actuará bajo supervisión física continua del adjunto.

-Rotación en Infecciosas

El residente actúa con un nivel 2-3 de responsabilidad, consultando todos los aspectos al médico adjunto, tanto a nivel de prescripción, como realización de informes o certificados de exitus.

En cuanto a las técnicas de recogida de muestras actuará bajo supervisión física continua del adjunto.

-Rotación en Digestivo

Realizará el pase de planta y la visita ambulatoria en las consultas externas, en presencia de un adjunto especialista en Digestivo. El residente actúa con un nivel 2-3 de responsabilidad. Deberá tener supervisión física en la realización de paracentesis. En ningún caso podrá informar, prescribir, o firmar un informe de alta o de exitus sin supervisión de presencia física.

-Rotación en Rehabilitación

El residente actúa en un nivel 2-3 de responsabilidad. Realizará el pase de planta y la visita ambulatoria en las consultas externas, en presencia de un adjunto especialista en Rehabilitación. Deberá tener supervisión física en la realización de infiltraciones o punciones de articulaciones. En ningún caso podrá informar, prescribir, o firmar un informe de alta o de exitus sin supervisión de presencia física.

-Rotación en UFISS de geriatría hospitalización

Realizará el pase de planta en presencia de un adjunto especialista Geriatría. El residente actúa con un nivel 2-3 de responsabilidad. Deberá tener supervisión física en la realización de entrevistas con familiares y toma de decisiones respecto al nivel asistencial propuesto al alta. En ningún caso podrá informar, prescribir, o firmar un informe de alta o de exitus sin supervisión de presencia física.

-Rotación en Ortogeriatría

Realizará el pase de planta y la visita ambulatoria en las consultas externas, en presencia de un adjunto especialista en Geriatría. El residente actúa con un nivel 2-3 de responsabilidad. Deberá tener supervisión física en el proceso de valoración funcional y rehabilitador tras la fractura de cadera. En ningún caso podrá informar, prescribir, o firmar un informe de alta o de exitus sin supervisión de presencia física.

Supervisión del residente de tercer año

A partir de este año de residencia se inicia la formación específica por las diferentes áreas de la Geriátrica. El nivel de habilidad será progresivamente mayor de acuerdo al año de formación. En general, durante el primer tercio del tiempo dedicado a cada rotación se establece un nivel dos (experiencia y conocimientos) que irá aumentando hasta avanzar a un nivel uno (acciones independientes). No obstante, los niveles de responsabilidad son orientativos, y se establecerán de forma individualizada a través de reuniones periódicas entre residente y tutor.

Las actividades serán las asistenciales propias de cada nivel: proceso diagnóstico y de valoración del caso, manejo terapéutico, participación activa en sesiones interdisciplinarias y específicas de cada Unidad, discusión sobre problemas éticos, información a pacientes y familiares, e intervención en la planificación del alta.

OBJETIVOS DOCENTES GENERALES RESIDENTE TERCER AÑO:	NR
Presentarse e informar al paciente / familiares	1
Realizar correctamente la historia clínica, orientación diagnóstica, motivo de consulta y valoración de la gravedad del caso.	1-2
Realizar la exploración física	1-2
Interpretar correctamente la analítica de base	1-2
Indicar e interpretar correctamente la radiología simple de tórax y abdomen	1-2
Indicar e interpretar correctamente el electrocardiograma	1-2
Colaborar en punciones arteriales , venosas, toracocentesis , paracentesis y punciones lumbares	2-3
Colaborar en la indicación terapéutica	1-2
Colaborar en la valoración y tratamientos del paciente geriátrico.	1-2
Conocer la valoración básica de la patología psicogeriátrica general	1-2
Conocer la valoración inicial de pacientes con patología médica urgente	2
Colaborar en las herramientas utilizadas en la valoración geriátrica	2

- Rotación en Unidad de Valoración Geriátrica Ambulatoria y Hospital de día

En la primera mitad de la rotación el residente asumirá como propios los pacientes del hospital de día y podrá realizar la historia clínica y la exploración física en la consulta, pero deberá consultar cualquier prescripción farmacológica y tener supervisión directa en la realización de exploraciones invasivas y en la realización de informes, planificación, gestión de las sesiones multidisciplinares y la información. Nivel 1-2

En la segunda mitad, salvo en la realización de exploraciones invasivas, que deben ser supervisadas de forma física y continua, deberá consultar al adjunto, que no ha de estar de presencia física, para prescribir, informar, planificar o realizar un informe de alta. Nivel 1

- Rotación en Unidad de Trastornos cognitivos/ Psicogeriatría

En la primera mitad de la rotación el residente precisará supervisión continua por parte del adjunto, y actuará como observador en las entrevistas clínicas y la toma de decisiones en la coordinación con las unidades hospitalarias o sociosanitarias de la. De forma progresiva adquirirá un nivel 2 a medida que adquiera el conocimiento de las principales patologías psiquiátricas del anciano, con especial énfasis en la demencia con trastornos cognitivos y conductuales, y en la depresión y conocimiento de los recursos sanitarios, sociales y sociosanitarios, de ingreso y en la comunidad.

En la segunda mitad de la rotación podrá explorar y realizar la historia clínica sin supervisión directa, pero el adjunto ha de estar disponible, y deberá tener supervisión física para la prescripción farmacológica, planificación, información y realización de informes, así como para dirigir la sesión multidisciplinar. Nivel 1

-Rotación por PADES

Durante el primer tercio de la rotación el residente acudirá siempre acompañado por el médico adjunto especialista en Geriatría, aunque podrá realizar solo la historia clínica y exploración física, así como la petición de pruebas complementarias. Deberá tener supervisión física en las actividades de coordinación entre Atención primaria-especialistas-Servicios sociales y en la realización de planes de salud avanzados, así como en la información. Nivel 2

En la segunda parte de la rotación el residente puede acudir solo al domicilio, acompañado de enfermera, debiendo consultar al adjunto todos los eventos, relevantes e intrascendentes, y en el tercer tercio podrá asumir la realización de planes de salud, así como la coordinación entre áreas de trabajo, siendo estar revisadas a posteriori por el adjunto. Nivel 1

-Rotación en la Unidad de cuidados intermedios-recuperación funcional

El grado de supervisión será de nivel 1-2 salvo en la información, planificación y realización de informes de alta, prescripción de tratamientos y dirección de sesiones multidisciplinarias, que se realizará con un nivel 2 hasta el último tercio de rotación. El residente podrá estar solo en la habitación, pero deberá disponer de supervisión física en la planta salvo el último mes de la

rotación, en que podrá consultar a posteriori cualquier evento. Para la realización de exploraciones invasivas (punciones, etc) deberá tener supervisión física a pie de cama.

Supervisión del residente de cuarto año

Dirigido a gestionar la práctica asistencial urgente, siguiendo en el desarrollo de las habilidades y competencias expuestas en el apartados anteriores con un nivel de responsabilidad mayor, aunque las actuaciones están tuteladas.

OBJETIVOS DOCENTES GENERALES RESIDENTE CUARTO AÑO	NR
Presentarse e informar al paciente / familiares	1
Realizar correctamente la historia clínica, orientación diagnóstica, motivo de consulta y valoración de la gravedad del caso.	1
Realizar la exploración física	1
Interpretar correctamente la analítica de base	1
Indicar e interpretar correctamente la radiología simple de tórax y abdomen	1
Indicar e interpretar correctamente el electrocardiograma	1
Realizar punciones arteriales y venosas periféricas	1
Realizar toracocentesis, paracentesis y punciones lumbares*	1-*2
Realizar una indicación terapéutica	1
Colaborar en la valoración y tratamientos del paciente poli traumático no crítico.	1-2
Conocer la valoración básica de la patología psicogeriatrica general	1
Conocer la valoración inicial de pacientes con patología médica urgente	1
Conocer y utilizar las herramientas utilizadas en la valoración geriátrica de forma ágil	1

-Rotación en Paliativos

La responsabilidad en cuanto al manejo del paciente en general, salvo en la prescripción de opiáceos durante en la primera mitad de la rotación será de un nivel 2, precisando supervisión para la prescripción de opioides, información, realización de informes, coordinación de cuidados y liderar las sesiones. En la segunda mitad tendrá un nivel 1 de responsabilidad excepto para la información, planificación y realización de informes de alta, que se realizará con un nivel 2.

-Rotación en Residencia

El residente asumirá desde el principio la responsabilidad de la gestión clínica de los usuarios residentes con supervisión inicial durante la realización de la actividad en la primera parte

de la rotación, y posteriormente de forma completamente autónoma, con consulta aunque sea a posteriori al adjunto responsable, así como la coordinación con otros recursos de la red sanitaria (especialidades u hospital), consultando en todo caso al adjunto todas las decisiones, sean trascendentes o no.

-Rotación Unidad Geriátrica de Agudos

Desde el principio de la rotación el residente adquiere un nivel de responsabilidad completa, dado que se encuentra al final del periodo formativo, y debe ser capaz de sustituir a un facultativo especialista. Deberá consultar las decisiones tomadas al adjunto, y podrá firmar informes de alta y certificados de exitus, informando de ello al adjunto asignado.

GRADACIÓN DE LA SUPERVISIÓN EN AREAS ESPECÍFICAS DE GERIATRIA

AREA DE CONSULTAS EXTERNAS (dentro de cada rotación específica y hospital de día)	R1	R2	R3	R4
Realización de historia clínica	3	2	2-1	1
Orientación de los problemas y solicitud de exploraciones complementarias	3	2	2-1	1
Comunicación con paciente y familia	3	2	2-1	1
AREA DE ATENCIÓN PRIMARIA	R1	R2	R3	R4
Realización de historias clínicas	3			
Detección de síndromes geriátricos	2-3			
Educación sanitaria y apoyo psicosocial	3			
Manejo del dolor	3			
Comunicación con el paciente	3			
AREA DE URGENCIAS	R1	R2	R3	R4
Manejo de las patologías más prevalentes en UCIAS	3	2	2-1	1
Aplicación de los códigos más prevalentes (IAM, sepsis,ictus)	3	2	2	1
Resucitación cardiopulmonar	3	2	2	1
Aplicar criterios de ingreso y decisión de alta	3	2	2-1	1

Redacción de informe de alta, partes de lesiones, etc	3	2	2	1
---	---	---	---	---

ATENCIÓN INTERMEDIA/RECUPERACIÓN FUNCIONAL	R1	R2	R3	R4
Información, planificación y realización informes alta			2-1	
Dirección sesiones multidisciplinares			2-1	
Exploraciones invasivas			2-3	
Manejo del paciente, comunicación, tratamientos			2-1	
CUIDADOS PALIATIVOS	R1	R2	R3	R4
Prescripción de opioides				2-1
Información y coordinación y planificación de cuidados				3-2
Realización de informes de alta				2
Dirección de sesiones multidisciplinares				2-1
PSICOGERIATRIA	R1	R2	R3	R4
Entrevista-diagnóstico			2-1	
Tratamiento farmacológico y no farmacológico			2-1	
Comunicación con familias			2-1	
Realización de historia clínica			1	
Realización de informes y coordinación de cuidados			2-1	
Manejo de neurolépticos			2-1	
UFISS URGENCIA- UFISS HOSPITALIZACIÓN- ORTOGERIATRIA	R1	R2	R3	R4
Realización de historia clínica y planificación		2		
Prescripción farmacológica		2-3		
Manejo perioperatorio		2-3		
Solicitud de exploraciones complementarias		2-3		
Coordinación del alta y comunicación		2-3		
Realización de informes de alta		2		
VALORACIÓN AMBULATORIA HOSPITAL DE DÍA	R1	R2	R3	R4

Realización de historia clínica, manejo diagnóstico y prescripción farmacológica y no farmacológica			1	
Exploraciones complementarias invasivas			2	
Realización de informes y comunicación con familias			1	
Dirección de sesiones multidisciplinarias			1	
UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS	R1	R2	R3	R4
Realización de historia clínica, manejo diagnóstico y prescripción farmacológica y no farmacológica	3			1-2
Exploraciones complementarias invasivas	3			1-2
Realización de informes y comunicación con familias	2-3			1
Dirección de sesiones multidisciplinarias	3			1-2
Solicitud de exploraciones complementarias	2-3			1
Coordinación del alta y comunicación	3			1
Realización de informes de alta	2			1-2
AREA DE RESIDENCIA	R1	R2	R3	R4
Gestión residencial				2-1
Coordinación con especialidades y hospital de agudos				1
Planificación de cuidados del paciente institucionalizado				1
AREA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA(PADES)	R1	R2	R3	R4

Manejo del tratamiento sintomático y sedación			2-1	
Manejo e intercambio de opioides			2-1	
Comunicación de malas noticias			2-1	