

Anexo 1

SUPERVISIÓN DE LAS TAREAS DEL RESIDENTE DE GERIATRÍA EN LAS DIFERENTES ÁREAS ASISTENCIALES (SALVO S. DE URGENCIAS)

1. Introducción
2. Normativa
3. Niveles de responsabilidad
4. **PROGRAMA DE SUPERVISIÓN MIR EN LAS DIFERENTES ÁREAS asistenciales del Servicio De Geriatria.**
 - 4.1. Unidad Geriátrica de Agudos (UGA)
 - 4.2. Unidad Geriátrica de Media Estancia (UME)
 - 4.3. Programa de supervisión en las Áreas de Consultas
 - 4.4. Programa de supervisión en el Hospital Geriátrico de Día
 - 4.5. Programa de supervisión en la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria y Atención Geriátrica en Residencias
 - 4.6. Programa de supervisión en la actividad investigadora y científica
 - 4.7. Supervisión en Guardias
5. **PROGRAMA DE SUPERVISIÓN EIR EN LAS ROTACIONES DE LAS DIFERENTES ÁREAS asistenciales.**

Niveles de Autonomía y Responsabilidad.

 - 5.1 **Primer año de residencia: Supervisión común a todas las rotaciones.**
 - 5.1.1 Unidades De Hospitalización De Cuidados Prolongados Media Y Larga Estancia.
 - 5.1.2 Equipo De Valoración Geriátrica: Consulta De Enfermería.
 - 5.1.3 Unidades De Hospitalización De Cuidados Continuados (Agudos)
 - 5.1.4 Hospital de Día Geriátrico.
 - 5.1.5 Urgencias-UAPI.
 - 5.1.6 Servicio de continuidad de cuidados en atención domiciliaria y equipos de soporte de la comunidad: Atención Primaria.
 - 5.2 **Segundo año de residencia: Supervisión común a todas las rotaciones.**
 - 5.2.1 Servicio de continuidad de cuidados en atención domiciliaria: Atención Geriátrica a Domicilio.
 - 5.2.2 Servicio de continuidad de cuidados en atención domiciliaria, Equipos de soporte de la comunidad y Educación para la Salud en la persona mayor y cuidadores: Atención Primaria
 - 5.2.3 Residencias geriátrica.
 - 5.2.4 Centro de Día.
 - 5.2.5 Otros Recursos:
 - 5.2.5.1 Farmacia.
 - 5.2.5.2 Unidad docencia-investigación.
 - 5.2.5.3 Comisión de Calidad-Enfermera de Enlace.
 - 5.3 **Supervisión de Guardias.**

SUPERVISIÓN DE LAS TAREAS DEL RESIDENTE DE GERIATRÍA

1. INTRODUCCIÓN

Los residentes de Geriatría tienen una doble vinculación con el hospital: contrato laboral y contrato de docencia. Como residentes tienen derecho a recibir una formación y la planificación de la misma corre a cargo del tutor y el jefe de servicio, conjuntamente con la Comisión de Docencia (CD).

Los residentes deben llevar a cabo una labor asistencial con una toma de responsabilidad progresiva y autorizada. La documentación relativa al itinerario formativo del residente de Geriatría con el programa de rotaciones, estructura del servicio, programación de guardias, etc., le serán entregados por el tutor en su incorporación al servicio. La supervisión de las tareas del residente de geriatría dentro del servicio se ajusta a lo establecido por la legislación vigente, a las Directrices de la Comisión de Docencia del Centro, a lo establecido en el BOE (ORDEN SCO/2603/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Geriatría), y se rige por la filosofía docente y asistencial propia del Servicio de Geriatría orientada a la adquisición progresiva de conocimientos habilidades y responsabilidades en la especialidad para la consecución de los objetivos formativos contemplados en la guía itinerario. Los niveles de supervisión podrán variar en los planes individualizados de formación y adaptarse en función de la evaluación continua y de la diferente evolución que puedan presentar forma individual en el aprendizaje.

2. NORMATIVA

El acceso a la formación, su organización, supervisión, evaluación y acreditación de unidades docentes se llevara a cabo conforme a lo previsto en el [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 de la formación sanitaria especializada, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre y en Real decreto 183/2006, de 6 octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud

A lo largo de la formación, el residente contará con la figura imprescindible y definida del tutor, que deberá ser un especialista en Geriatría. De acuerdo con las funciones que establece el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, el tutor planificará, gestionará, supervisará y evaluará todo el proceso de formación, proponiendo cuando proceda, medidas de mejora en el desarrollo del programa, favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente, con especial atención a la eficiencia y calidad de las actividades que el residente realice en las diferentes fases del proceso formativo. El presente documento se realiza de acuerdo a los contenidos de la GUÍA DEL RESIDENTE DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA (orden SSI/1461/2016 del 6 de septiembre) publicado en Mayo del 2017 por el Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad (orden SSI/1461/2016 del 6 de septiembre).

3. NIVELES DE RESPONSABILIDAD

Los niveles de responsabilidad en el desarrollo de la formación específica se definen en el protocolo de supervisión establecido por la Comisión de Docencia junto a las directrices para la supervisión de residentes en formación en el centro. Dicho protocolo se encontrará siempre disponible para su consulta por el residente que así lo requiera.

4. PROGRAMA DE SUPERVISIÓN MIR EN LAS DIFERENTES ÁREAS asistenciales del Servicio De Geriátría

A continuación se expone de forma detallada el proceso de supervisión que progresivamente irá recibiendo el residente a lo largo de su rotación en los diferentes Niveles Asistenciales del servicio.

Como norma general se recuerda que la supervisión de residentes de PRIMER AÑO será SIEMPRE de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos docentes y en aquellos en los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de Atención Continuada.

4.1. UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA)

En la UGA, en relación con el nivel de supervisión por parte del adjunto, cabe realizar la siguiente diferenciación:

- R1, recién iniciados su residencia
- R2, regreso a UGA después 6 meses de rotaciones por especialidades no geriátricas
- R3 y R4.

En este nivel asistencial el programa de supervisión, será diferente según el año de residencia y seguirá las indicaciones a continuación detalladas.

- **R1:** durante los aproximadamente seis meses que se encuentran por primera vez en su residencia en el servicio, la supervisión será máxima (nivel 3):
 - Al comienzo de su rotación le será explicado funcionamiento y de objetivos de este nivel asistencial por parte del adjunto responsable.
 - El residente realizará en un principio la historia clínica con sus especificaciones geriátricas bajo la supervisión directa y siguiendo las indicaciones del adjunto hasta que alcance los conocimientos y habilidades suficientes. Esta misma dinámica será para realizar ante un paciente ingresado una historia clínica geriátrica elaborando un listado de problemas y un plan de actuación con las diferentes exploraciones complementarias, el manejo farmacológico y el no farmacológico.
 - Se encargará del registro de las constantes, incidencias y pruebas complementarias realizadas al paciente.
 - Realizará el pase de visita con el adjunto con especial énfasis en ir adquiriendo conocimientos y habilidades en el evolutivo diario de cada paciente.
 - Según vaya adquiriendo suficientes habilidades podrá participar pero siempre bajo supervisión directa del adjunto, en la realización de algunas

- técnicas diagnósticas como paracentesis, toracocentesis o punción lumbar (nivel 2 o nivel 3).
- Ante cualquier nuevo ingreso, el residente realizará la historia clínica. Con todos los datos expondrá al adjunto de forma provisional, un listado de problemas con un plan de actuación (exploraciones complementarias, tratamiento). En este punto el adjunto supervisará todo el proceso de historia clínica realizada, corrigiéndole los datos al respecto (valoración geriátrica, anamnesis y exploración geriátrica) a la vez que la toma de decisiones de acuerdo a dichos datos.
 - No realizará informes de alta pero sí que participará en el proceso de la elaboración-del mismo para ir adquiriendo las correspondientes habilidades al respecto.
 - No firmará tratamientos aunque participará en el proceso de toma de decisiones terapéuticas.
 - El residente participará en la sesión semanal multidisciplinaria junto con el adjunto, el equipo de enfermería y la trabajadora social.
 - De igual forma irá participando pero siempre en un nivel 3, en las diferentes cuestiones éticas que surjan pero con especial énfasis en ir adquiriendo conocimientos y habilidades de comunicación y transmisión de información al paciente y su familia.
- **R2:** incorporación a la UGA tras su rotación tras las diferentes especialidades fuera del servicio, la supervisión irá siendo gradual comenzado con una supervisión semejante a la expuesta en el apartado referido a R1 con una supervisión progresiva y adecuada a su nivel de conocimientos y habilidades. (nivel 3).
 - **R3 y R4:** el nivel de supervisión seguirá siendo de acorde a sus conocimientos y habilidades alcanzados. En todo momento participaran junto con el adjunto en el aprendizaje necesario de los R1 y R2. Su dinámica de trabajo será la siguiente:
 - La dinámica de trabajo será la misma que la expuesta anteriormente con las siguientes diferencias:
 - El residente tras revisar las incidencias clínicas y pasar visita planificará las modificaciones farmacológicas necesarias en el tratamiento, que deberán ser supervisadas y aprobadas por el adjunto (nivel de responsabilidad 2 y 3)
 - El residente participará activamente en la realización del informe del alta, partes judiciales, partes de defunción y otros documentos médico legales, supervisados y firmados (salvo en el caso de los partes de defunción) por un médico adjunto (nivel 2).
 - En aquellos casos que necesite de la intervención de trabajo social, o de entrar en contacto con otro servicio central (radiología, análisis clínicos, farmacia) o médico-quirúrgico, el residente podrá ser, según el caso y bajo indicación y supervisión del adjunto, quien transmita todo el caso. Cuando tengan establecido un plan conjunto con el residente, éste se reunirá con el adjunto para supervisar su actuación

y así perfilar el plan de cuidados definitivo derivado de dichas intervenciones. (nivel 2)

- El mismo proceder se podrá seguir si el paciente necesita de otro nivel asistencial (AGD, Hospital de día o UME).
- Las diferentes cuestiones éticas suscitadas en este nivel serán resueltas por el adjunto supervisando al residente (nivel 2 y 3):
 - ✓ Transmisión de diagnósticos, gravedad y pronóstico (terminalidad, limitación de esfuerzo terapéutico).
 - ✓ Realización de pruebas diagnósticas invasivas con ingreso o no en otras unidades hospitalarias, incluidas las quirúrgicas.
 - ✓ Cualquier otro problema tanto asistencial como psicosocial.
- Por último, especialmente el residente junto con el adjunto seleccionarán los casos que consideren oportunos para las sesiones del servicio (clínicas, bibliográficas).

4.2. UNIDAD GERIÁTRICA DE MEDIA ESTANCIA (UME)

Los residentes que rotan por esta unidad son por lo general R3 Al comienzo de su rotación le será explicado funcionamiento de la Unidad. En este nivel asistencial el programa de supervisión seguirá las indicaciones a continuación detalladas:

- El residente tras revisar las incidencias clínicas y pasar visita planificará las modificaciones farmacológicas necesarias en el tratamiento, que deberán ser supervisadas y aprobadas por el adjunto (nivel de responsabilidad 2)
- Ante cualquier nuevo ingreso, el residente realizará la historia clínica. Cuando la finalice seguirá el siguiente proceso :
 - Expondrá todo lo relativo al paciente al adjunto de geriatría y al equipo de Rehabilitación.
 - Elaborará de forma provisional, un listado de problemas con un plan de actuación (exploraciones complementarias, tratamiento). En este punto el adjunto supervisará todo el proceso de historia clínica realizada, corrigiéndole los datos al respecto (valoración geriátrica, anamnesis y exploración geriátrica) a la vez que la toma de decisiones de acuerdo a dichos datos (nivel 2).
 - Informará a la familia de la dinámica de la planta, horarios y objetivos para el paciente de la estancia en la Unidad (nivel 2).
 - No realizará informes de alta el primer mes pero sí que participará en el proceso del mismo para ir adquiriendo las correspondientes habilidades al respecto. Los realizara a partir del segundo mes con corrección posterior por parte del adjunto (nivel 2).

Sesiones multidisciplinarias

- El residente participará en la sesión semanal multidisciplinaria junto con el adjunto, el equipo de enfermería y la trabajadora social.
- De igual forma irá participando pero siempre en un nivel 2, en la reunión de información semanal a familiares adquiriendo conocimientos y habilidades de comunicación y transmisión de información sobre pronóstico, plan de actuación y continuidad de cuidados al alta a las familias.

Valoraciones de paciente para ingreso en la Unidad

- El residente participará activamente con el adjunto en la realización de la valoración de la adecuación en los criterios de ingreso de aquellos pacientes que están en las plantas médicas de agudos y para los que se solicita traslado a nuestra Unidad. La decisión final de admisión la hará el adjunto (nivel 2).
- El residente previo entrenamiento podrá realizar él solo la valoración, seguimiento perioperatorio y adecuación en los criterios de traslado a la unidad de aquellos pacientes del programa de Ortogeriatría que están en la planta de Traumatología de nuestro centro. La decisión final de admisión la supervisará el adjunto (nivel 2).

Relación con Trabajo Social y otros Servicios del Centro

En aquellos casos que necesite de la intervención de trabajo social, o de entrar en contacto con otro servicio central (radiología, análisis clínicos, farmacia) o médico-quirúrgico, el residente podrá ser, según el caso y bajo indicación y supervisión del adjunto, quien transmita todo el caso. Cuando tengan establecido un plan conjunto con el residente, éste se reunirá con el adjunto para supervisar su actuación y así perfilar el plan de cuidados definitivo derivado de dichas intervenciones (nivel 2).

Por último, especialmente el residente junto con el adjunto, **seleccionarán los casos que consideren oportunos para las sesiones del servicio** (clínicas, bibliográficas) y para las sesiones Generales si procede.

4.3. PROGRAMA DE SUPERVISIÓN EN ÁREA DE CONSULTAS

Los residentes que rotan por esta unidad son por lo general R2 (final) o R3. Al comienzo de su rotación le será explicado funcionamiento de la Unidad. En este nivel asistencial el programa de supervisión seguirá las indicaciones a continuación detalladas:

- Realizará en todos ellos una historia clínica característica de nuestro Servicio de Geriatría (anamnesis, exploración clínica, valoración geriátrica).
- Una vez terminada la historia clínica el residente expondrá al adjunto un listado de problemas provisional con un plan de actuación (exploraciones complementarias, tratamiento y seguimiento con ubicación del paciente). En este punto el adjunto supervisará todo el proceso de historia clínica realizada, corrigiéndole los datos al respecto (valoración geriátrica, anamnesis y exploración geriátrica) a la vez que la toma de decisiones de acuerdo a dichos datos. (nivel 2).
- En aquellos casos que necesite de la intervención de trabajo social, el residente será quien transmita todo el caso, una vez supervisado por el adjunto como se ha expuesto previamente, a la trabajadora social. Cuando tengan establecido un plan conjunto entre la trabajadora social y el residente, se reunirán con el adjunto para ya perfilar el plan de actuación social definitivo para el paciente y familia en cuestión. (nivel 2).
- Igual procedimiento se seguirá cuando se necesita de forma urgente entrar en contacto con otro servicio central (radiología, análisis clínico, farmacia), médico (neurología, cardiología, etc.), o quirúrgico del hospital (traumatología, cirugía general, etc.). (nivel 2).

- El mismo proceder se seguirá si el paciente necesita de otro nivel asistencial (AGD, Hospital de día, UME o UGA). (nivel 2).
- Si tras la supervisión por el adjunto, el paciente necesitará de realizar en consultas una exploración diagnóstica (paracentesis, toracocentesis, o punción lumbar) será realizada en el hospital de día y organizada por el residente junto con la enfermería del hospital de día. Cuando esté todo preparado (material más peticiones) se avisará al adjunto quien decidirá si la exploración la realiza directamente el adjunto. (nivel 2 o 3).
- El residente participará activamente en la realización del informe del alta. (nivel 2).
- Las diferentes cuestiones éticas suscitadas en este nivel siempre serán resueltas por el adjunto supervisando del modo expuesto anteriormente al residente (nivel 2 y 3):
 - Transmisión de diagnósticos (Demencia, cáncer u otros procesos incapacitantes).
 - Ingreso en centro residencial, incapacitaciones.
 - Realización de pruebas diagnósticas invasivas con ingreso o no en otras unidades hospitalarias, incluidas las quirúrgicas.
 - Cualquier otro problema tanto asistencial como psicosocial.

Por último, especialmente el residente junto con el adjunto seleccionarán los casos que consideren oportunos para las sesiones del servicio (clínicas, bibliográficas).

4.4. PROGRAMA DE SUPERVISIÓN EN HOSPITAL GERIÁTRICO DE DÍA

Los residentes que rotan por esta unidad son por lo general R2 (final) o R3. Al comienzo de su rotación le será explicado funcionamiento de la Unidad. En este nivel asistencial el programa de supervisión seguirá las indicaciones a continuación detalladas:

- La valoración de pacientes nuevos y las consultas sucesivas de los pacientes incluidos en forma de hospital de día seguirán los mismos criterios de supervisión descritos para el Área De Consultas Externas
- El residente participará activamente en todas las reuniones multidisciplinarias semanales que se realizan en el Hospital de Día, con los objetivos de planificación conjunta de cuidados y de alta. Para dicha reunión el residente actualizará previamente la base de datos obteniendo el informe resumen que sirve de base para la reunión, repartiéndolo a todos los miembros del equipo. Al finalizar la reunión multidisciplinaria el residente realizará la actualización de los datos correspondientes de los diferentes pacientes en la base de datos, con especial énfasis en la realización de pruebas complementarias, y en la programación de altas y cita previa con la familia y el paciente (nivel 2).
- El residente realizará el informe del alta del mismo modo que se ha expuesto en consultas. Igualmente en la cita previa al alta con la familia, el residente participará con el adjunto en la comunicación al paciente y familia del plan de cuidados y de seguimiento. Además el día del alta del H. de día será cuando se le entregue al paciente el informe firmado por el residente y el adjunto junto con el plan de cuidados futuro (nivel 2).

- De igual modo el residente participará junto con el resto del equipo en la selección de pacientes candidatos al Hospital de día a petición de la UME y de la UGA o de cualquier otro servicio (nivel 2 y 3).
- Las diferentes cuestiones éticas suscitadas en este nivel siempre serán resueltas por el adjunto supervisando, como se ha expuesto ya previamente en el nivel de consultas al residente (nivel 2 y 3).
- Por último, especialmente el residente junto con el adjunto seleccionarán los casos que consideren oportunos para las sesiones del servicio (clínicas, bibliográficas).

4.5. PROGRAMA DE SUPERVISIÓN EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA Y LA ATENCIÓN GERIÁTRICA RESIDENCIAS

En este nivel asistencial el residente se encuentra la segunda mitad de su tercer año de residencia o en su último año. Al comienzo de su rotación le será explicado funcionamiento de la Unidad. En este nivel asistencial el programa de supervisión seguirá las indicaciones a continuación detalladas:

La demanda asistencial incluye la valoración geriátrica de pacientes con alta comorbilidad, polifarmacia y dependencia funcional, de control clínico ante reagudizaciones en pacientes con rica comorbilidad y de pacientes con enfermedad avanzada de órgano en fase terminal, incluidos oncológicos. La actividad desarrollada incluye:

- Valoración en domicilio o residencia de pacientes nuevos en el programa a petición del médico de atención primaria o del médico de residencia.
- Seguimiento de pacientes tras el alta hospitalaria de cualquier nivel asistencial de nuestro servicio o bien de cualquier otro servicio de nuestro hospital o del hospital del área generalmente Geriatria y Cuidados Paliativos.
- Seguimiento de pacientes ya incluidos en el programa, con visitas sucesivas hasta control de los diferentes problemas detectados.
- Contacto telefónico para seguimiento de pacientes e inter consulta telefónica con equipos asistenciales de Atención Primaria o de Residencia.

○ Pacientes nuevos y revisiones

El residente acudirá sólo al domicilio o a la residencia del paciente o bien con el adjunto, o con el equipo de enfermería, dependiendo de la tipología del paciente, del tiempo que lleve en la rotación, y sobre todo de los conocimientos y habilidades adquiridos, factores todos ellos que serán valorados por el adjunto. En el domicilio o residencia se seguirá con respecto a la realización de la historia clínica la misma dinámica que la expuesta en consultas. Lo habitual es la visita conjunta, pero en los meses finales de la rotación, es recomendable que acuda solo pero siempre con la supervisión que se expone a continuación:

- Si el adjunto está presente, éste supervisará en todo momento la actuación del residente, con la dinámica de actuación expuesta en consultas externas (nivel 2).
- Si el adjunto no está presente, a su regreso al centro supervisará la historia clínica realizada por el residente así como el listado de problemas y el plan de

actuación transmitiéndoselo a la familia, con especial énfasis en la continuidad de cuidados y en la adherencia terapéutica (nivel 1).

○ Interconsulta telefónica

- Las llamadas las podrá atender el residente siempre y cuando se conozca al paciente y toda la información recibida y la toma de decisiones realizada será expuesta al adjunto. Posteriormente todo el proceso deberá quedar reflejado en la historia clínica (nivel 2 y 1).
- Las llamadas de los médicos de atención primaria, las podrá también siguiendo la dinámica anterior, el residente pero es recomendable supervisión directa por el adjunto (nivel 2).

El residente participará activamente en todas las reuniones multidisciplinarias semanales que se realizan con los Equipos De Atención Primaria Y Con El Equipo Asistencial De La Residencia en donde se expondrán los diferentes problemas y el plan de actuación a seguir conjunto con ellos (nivel 2).

De igual modo también participará en las reuniones multidisciplinarias del servicio de geriatría que se realizarán una vez al mes con todos los miembros de los dos equipos de atención geriátrica domiciliaria (nivel 2).

Las frecuentes cuestiones éticas suscitadas en este nivel siempre serán resueltos por el adjunto supervisando como se ha expuesto ya previamente en el nivel de consultas al residente (nivel 2).

Por último, especialmente el residente junto con el adjunto seleccionarán los casos que consideren oportunos para las sesiones del servicio (clínicas, bibliográficas).

TABLA RESUMEN NIVELES DE RESPONSABILIDAD DEL RESIDENTE MIR EN LAS DIFERENTES ÁREAS ASISTENCIALES DEL SERVICIO DE GERIATRÍA

Año de residencia	Unidad geriátrica de agudos	Hospital de Día y Consulta Externa	Unidad de Media Estancia/Recuperación Funcional	Atención Geriátrica Domiciliaria y Atención Geriátrica En Residencias
R1	3			
R2	3	2-3		
R3	2-3	2	2	2
R4	1-2			1-2

4.6. PROGRAMA DE SUPERVISIÓN EN LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA Y CIENTÍFICA

La actividad instigadora del residente la actividad investigadora del residente será tutelada y supervisada por su tutor, el jefe de estudios, el jefe de servicio y la Comisión hospitalaria de investigación si procede

- Los congresos de la especialidad, simposios y cursos deben de formar parte de la formación de un residente. La participación en ellos irá evolucionando desde asistencia como oyente a participación como ponente.
- Para ello el residente debe saber que cuando presenta un trabajo científico en un congreso lo hace al amparo del servicio de Geriátría del HCCR y con el nombre del/los adjuntos que supervisan su trabajo. Éstos son quienes aseguran la calidad de este trabajo.
- La asistencia al evento en el que se va a presentar el trabajo debe estar asegurada o pactado con quién vaya a presentar el trabajo. El incumplimiento de las normas establecidas a este respecto conlleva una sanción de dos años sin presentar trabajos y recae también sobre el adjunto y el Servicio de Geriátría del hospital.
- La asistencia a congresos no puede ser ilimitada. La ley marca un máximo de seis días libres disponibles para formación continuada y como trabajadores de esta empresa con un contrato laboral debéis de cumplir también esa normativa. Se intentará en la medida de lo posible compaginar la actividad asistencial con el derecho de cada residente a recibir esa formación extrahospitalaria. En caso de conflicto la decisión será tomada por el tutor de residentes y el jefe de servicio en función de las necesidades del servicio.

4.7. SUPERVISIÓN EN LAS GUARDIAS

Los residentes realizan guardias de plan de Hospital Central De La Cruz Roja y guardias de puerta de urgencias en el Hospital Universitario De La Paz. La supervisión para las guardias se rige según protocolo específico elaborado a tal fin. Cualquier incidencia durante una guardia debe ser puesta en conocimiento del tutor.

5. PROGRAMA DE SUPERVISIÓN EIR DE GERIATRÍA EN LAS ROTACIONES DE LAS DIFERENTES ÁREAS asistenciales.

En cumplimiento del Real Decreto 183/2008 antes citado, se garantizará siempre la seguridad de los pacientes al tiempo que se permitirá el aprendizaje y la progresión de los especialistas en formación. La supervisión será activa y se encontrará incluida en los procedimientos de trabajo ordinarios de las áreas de formación.

La subcomisión de docencia de enfermería, se implicará en el seguimiento continuado del residente. Se controlará de forma rutinaria la presencia física del residente en su puesto de trabajo, así como la asistencia y participación en todas las sesiones clínicas del servicio e interdepartamentales, salvo causa justificada. Se garantizará el visado de todos los documentos de carácter asistencial (informes, órdenes de tratamiento, evolutivos, planes de cuidados) en los que intervenga el EIR.

Siempre existirá una figura de referencia, tutor o colaborador docente, en cada rotación o periodo formativo. Los encuentros residente-tutor, así como los

encuentros con el colaborador docente responsable facilitaran la coordinación entre todos en la formación.

Es determinante la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad Enfermería Geriátrica Para que se cumpla el grado y 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 según el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero en el capítulo V.

Niveles de Autonomía y Responsabilidad.

Los EIR de Geriátrica se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad donde realizarán su rotación práctica, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.

La **supervisión del EIR de Geriátrica de primer año se garantizará con 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.

El sistema de residencia formativo implica la **asunción progresiva de responsabilidades** en la especialidad que se está cursando.

La **supervisión decreciente de los EIR de Geriátrica a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo**. La capacidad para realizar determinados cuidados enfermeros guarda relación con el nivel de conocimientos y experiencia. Por ello deben considerarse 3 niveles de autonomía vinculados a niveles de responsabilidad.

Desde el punto de vista didáctico hablamos de **autonomía al grado de independencia con el que el residente ha de ser capaz de realizar un determinado acto al finalizar un periodo formativo** y hablamos de **responsabilidad al grado de supervisión con el que el residente realiza las actividades durante ese mismo periodo**.

Para actuar con responsabilidad nivel 1 previamente es preciso haber conseguido un nivel de autonomía 1.

Según esto, se definen **3 niveles de autonomía**:

Nivel 1: Las habilidades adquiridas permiten al enfermero residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutela directa, teniendo a su disposición en cualquier caso la posibilidad de consultar con el especialista responsable (tutele indirecta).

Nivel 2: El enfermero residente tiene un extenso conocimiento pero no alcanza la experiencia suficiente para hacer unos cuidados completos de forma independiente.

Nivel 3: El residente no ha visto o ha ayudado a determinadas actuaciones, pero no tiene experiencia propia.

Y **3 niveles de responsabilidad:**

Nivel 1: Son actividades realizadas directamente por el residente, sin necesidad de tutela directa. El residente hace y luego informa.

Nivel 2: Son actividades realizadas directamente por el residente bajo la supervisión del tutor o colaboradores docentes.

Nivel 3: Son actividades a realizar por los especialistas y observadas o asistidas por el enfermero residente.

Durante las primeras semanas de rotación en un determinado entorno (sea atención primaria, unidades de hospitalización u otras) el residente no podrá tener un nivel de autonomía nivel 1 en ningún caso.

En la siguiente tabla queda estructurado una aproximación del protocolo de supervisión de los EIR de Geriátrica en los dos años de residencia:

1º año de residencia		
ROTACIONES	NIVEL DE AUTONOMIA	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Unidades de hospitalización de cuidados prolongados media y larga estancia.	3-2	3-2
Servicio de continuidad de cuidados en atención domiciliaria; Equipos de soporte en la comunidad. (Atención Primaria)	3-2	2
Equipo de valoración geriátrica: Consulta de Enfermería.	2-1	1
Urgencias/UAPI	3-2	2
Unidades de hospitalización de cuidados continuados (agudos)	2	2
Hospital de Día Geriátrico	2	2

2º año de residencia		
ROTACIONES	NIVEL DE AUTONOMIA	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Equipos de soporte y valoración geriátrica (Atención Geriátrica a Domicilio)	2-1	2-1
Servicio de continuidad de cuidados en atención domiciliaria; Equipos de soporte en la comunidad; Servicio de educación para la salud en la persona mayor y cuidadores (Atención Primaria)	2-1	2-1
Residencias	2-1	2-1
Centros de Día	2-1	2-1
Otros Servicios:		
➤ Farmacia	2	2
➤ Unidad Docencia Investigación	1	1
➤ Comisión Calidad-Enfermera Enlace	2-1	2-1

Estos niveles de autonomía y responsabilidad podrán ser modificados por el tutor especialista que determinará en función de la madurez formativa del residente y la complejidad de la actividad a desarrollar, según cada situación.

5.1 Primer año de residencia: Supervisión común a todas las rotaciones:

- Al comienzo de cada rotación al EIR le será explicado funcionamiento, protocolos y procedimientos de este nivel asistencial por parte de la tutora responsable.
- El EIR realizará en un principio las valoraciones de las necesidades (entrevista-recogida de datos), nivel de incapacidad y factores de riesgo relacionados con sus especificaciones geriátricas bajo la supervisión directa y siguiendo las indicaciones de la tutora o colaboradora docente hasta alcanzar los conocimientos y habilidades suficientes.
- Se encargará de empezar a identificar el diagnóstico enfermero con las intervenciones y resultados de los cuidados realizados al paciente según NANDA NOC/NIC para su posterior registro en la historia clínica bajo supervisión directa de la tutora o colaboradora docente.
- Podrá participar pero siempre bajo supervisión directa de la tutora o colaboradora docente, en la realización de procedimientos enfermeros no invasivos e invasivos (extracción sangre, canalización venosa, cateterización vesical y naso-gástrico, curas-vendajes, etc.). Estos procedimientos irán decreciendo de nivel a medida que la tutora o colaboradora docente vaya evaluando.
- No realizará ningún cuidado sin informarlo a la tutora o colaboradora docente hasta que su supervisión lo admita hasta nivel 2.
- De igual forma el EIR de primer año y siempre en un nivel 3, en las diferentes cuestiones éticas que surjan pero con especial énfasis en ir adquiriendo conocimientos y habilidades de comunicación y transmisión de información al paciente y su familia.
- Sólo al final del primer año de su residencia, el EIR podrá participar de manera supervisada en el proceso de toma de decisiones de cuidados.

5.1.1 Unidades De Hospitalización de Cuidados Prolongados Media y Larga estancia.

ROTACIONES AREA ESPECIALIZADA Hospital Central de la Cruz Roja	NIVEL DE AUTONOMIA	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Unidades de hospitalización de cuidados prolongados media y larga estancia.	3-2	3-2

- Durante los primeros tres meses que se encuentra por primera vez en su residencia recién incorporado el EIR en la unidad de hospitalización de cuidados prolongados media y larga estancia tanto el nivel de autonomía y de responsabilidad la supervisión será de 3. La posterior rotación de dos meses en la unidad de hospitalización de cuidados continuados (agudos) el nivel de autonomía y de responsabilidad la supervisión decrecerá hasta nivel 2.

- Esta misma dinámica se realizará ante un paciente ingresado con historia clínica geriátrica elaborando un listado de problemas y un plan de cuidados específicos.
- Realizará seguimiento del evolutivo de cuidados ampliando conocimientos y habilidades según los pacientes.
- Ante cualquier nuevo ingreso, el EIR realizará la apertura de historia de enfermería. Con todos los datos expondrá a la tutora o colaboradora docente de forma provisional, la priorización de problemas con un plan de cuidados. En este punto la tutora o colaboradora docente supervisará todo el proceso de historia clínica realizada, corrigiéndole aquellos aspectos mejorables.
- Participará en el cambio de turno, también en los informes de alta, para ir adquiriendo las correspondientes habilidades al respecto.

Valoraciones de paciente para ingreso en la Unidad

- El EIR conocerá y participará activamente con la tutora o colaboradora docente en la valoración de la adecuación en los criterios de estancia según cuidados y patología (nivel 2).
- El residente deberá realizar la valoración de enfermería al ingreso, seguimiento de cuidados perioperatorios y adecuación en los criterios de cuidados en el traslado a la unidad, de aquellos pacientes del programa de Ortogeriatría que están en la planta de Traumatología de nuestro centro supervisado por la tutora o colaborador docente con un nivel 2 de ambos niveles.

5.1.2 Equipo de valoración geriátrica: Consulta de enfermería

ROTACIONES AREA ESPECIALIZADA Hospital Central de la Cruz Roja	NIVEL DE AUTONOMIA	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Equipo de valoración geriátrica: Consulta de Enfermería.	2-1	1

- El EIR no podrá realizar ninguna valoración de enfermería geriátrica integral sólo hasta la segunda semana de la rotación. La tercera semana estará supervisado por la tutora y la última semana podrá realizarlo en solitario con puesta en común de la tutora.
- Al final de esta rotación el EIR podrá realizar educación y recomendaciones de manera individual y supervisado por la tutora.

5.1.3 Unidades de Hospitalización De Cuidados Continuados (agudos)

ROTACIONES AREA ESPECIALIZADA Hospital Central de la Cruz Roja	NIVEL DE AUTONOMIA	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Unidades de hospitalización de cuidados continuados (agudos)	2	2

- Esta rotación de dos meses en la unidad de hospitalización de cuidados continuados (agudos) el nivel de autonomía y de responsabilidad la supervisión decrecerá hasta nivel 2.

- Esta misma dinámica se realizará ante un paciente ingresado con historia clínica geriátrica elaborando un listado de problemas y un plan de cuidados específicos.
- Realizará seguimiento del evolutivo de cuidados ampliando conocimientos y habilidades según los pacientes.
- Ante cualquier nuevo ingreso, el EIR realizará la apertura de historia de enfermería. Con todos los datos expondrá a la tutora o colaboradora docente de forma provisional, la priorización de problemas con un plan de cuidados. En este punto la tutora o colaboradora docente supervisará todo el proceso de historia clínica realizada, corrigiéndole aquellos aspectos mejorables.
- Participará en el cambio de turno, también en los informes de alta, para ir adquiriendo las correspondientes habilidades al respecto.

Valoraciones de paciente para ingreso en la Unidad

- El EIR conocerá y participará activamente con la tutora o colaboradora docente en la valoración de la adecuación en los criterios de estancia según cuidados y patología (nivel 2).
- El residente deberá realizar la valoración de enfermería al ingreso, seguimiento de cuidados perioperatorios y adecuación en los criterios de cuidados en el traslado a la unidad, de aquellos pacientes del programa de Ortogeriatría que están en la planta de Traumatología de nuestro centro supervisado por la tutora o colaborador docente con un nivel 2 de ambos niveles.

5.1.4 Hospital de Día Geriátrico

ROTACIONES AREA ESPECIALIZADA Hospital Central de la Cruz Roja	NIVEL DE AUTONOMIA	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Hospital de Día Geriátrico	2-1	2-1

- En esta rotación, al final del primer año de residencia, el EIR realizará valoraciones geriátricas funcionales potenciales reversibles y en deterioro cognitivo leve-moderado siempre bajo supervisión de tutora-colaboradora docente con un nivel 2 de autonomía y responsabilidad.
- El EIR participará junto con el resto del equipo en la acogida/valoración de pacientes candidatos al Hospital de Día Geriátrico derivado de la Hospitalización de cuidados prolongados media y larga estancia o de cualquier otro servicio (nivel 2).
- Realizará a los pacientes geriátricos que necesiten de cuidados de enfermería procedimentales en la sala de curas de la unidad siempre bajo supervisión de la tutora-colaboradora docente (nivel 2).
- Participará en las sesiones de equipo multidisciplinar todos los miércoles de 13 a 15h desde el principio con sus aportaciones de cuidados integrales hacia cada paciente comentado.
- El EIR al final de la rotación, deberá alcanzar nivel 2 de autonomía y responsabilidad en cuanto a:
 - Actualización de historia clínica: traslado, alta a su domicilio/residencia.

- Información al paciente/familia de los grupos y funcionamiento ambulatorio.
- Extracciones de sangre y otros procedimientos de cuidados enfermeros.
- Actualización de las dietas de los ancianos que comen en el Hospital de Día Geriátrico.
- Hospitalizaciones de 1 día para pacientes que precisen tratamiento intravenoso y transfusiones de sangre.
- Tramitación ambulancias y citas para seguimiento.
- Control de paciente crónico y complejo: anticoagulados, riesgo cardiovascular, diabéticos...

Sesiones multidisciplinarias EN EL HOSPITAL:

El EIR al mes empezará a participar en la sesión semanal multidisciplinaria preferiblemente junto con la tutora o colaboradora docente, enfermería, los adjuntos, MIR y la trabajadora social.

Relación con Trabajo Social y otros Servicios del Centro

En aquellos casos que necesite de la intervención de trabajo social, u otro servicio (farmacia, fisioterapia, terapia ocupacional...) el EIR podrá colaborar junto con la tutora o colaboradora docente, para seguimiento y perfilar el plan de cuidados al paciente (nivel 2).

Por último, el EIR junto con la tutora o colaboradora docente, **seleccionarán los casos que consideren oportunos para las sesiones del servicio** (de cuidados, bibliográficas) y para las sesiones Generales si procede.

5.1.5 Urgencias - UAPI

ROTACIÓN AREA ESPECIALIZADA Hospital Universitario Puerta de Hierro- Majadahonda	NIVEL DE AUTONOMIA	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Urgencias - UAPI	3-2	2

Durante el primer año de residencia el EIR efectuará dos meses de rotación en el área de urgencias/UAPI y sus cometidos serán:

- Realizar valoraciones y cuidados de enfermería del paciente. Registros en historias clínicas.
- Actuar ante una situación crítica con soporte vital.
- Recepcionar al paciente a su ingreso, según normativas y protocolos del Servicio de Urgencias/UAPI.
- Conocer los circuitos hospitalarios e Instituciones Socio-Sanitarias.
- Identificar los factores de riesgo del paciente mayor, complejo y frágil.
- Realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Valoración tratamientos farmacológicos: polimedicación, interacciones, efectos adversos y automedicación.
- Buen uso de sujeciones físicas y farmacológicas.
- Otras.

Para estas labores, contará con el apoyo y supervisión del personal de enfermería de plantilla del servicio de Urgencias/UAPI. A ellos recurrirá para las consultas que estime necesarias, compartiendo así la responsabilidad de sus decisiones.

Las actividades formativas de esta actividad se fundamentan en adquirir agilidad y soltura en el manejo de los cuidados de los pacientes geriátricos con patología aguda.

- Durante los primeros quince días de la rotación, el EIR estará supervisado con un nivel 3 de autonomía y responsabilidad por la enfermera colaboradora docente de plantilla del hospital.
- Durante los siguientes días de la rotación y hasta el final, los pacientes geriátricos que necesiten de cuidados de enfermería procedimentales los realizará siempre bajo supervisión de la enfermera colaboradora docente de plantilla del hospital con un nivel 2 de autonomía y responsabilidad.

5.1.6 Servicio de continuidad de cuidados en atención domiciliaria y equipos de soporte de la comunidad. Atención Primaria.

ROTACION ÁREA PRIMARIA Centro de Salud Dr. Castroviejo	NIVEL DE AUTONOMIA	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Servicio de continuidad de cuidados en atención domiciliaria y equipos de soporte de la comunidad.	3-2	3-2

- Durante los primeros quince días que se encuentra por primera vez en un dispositivo de continuidad de cuidados en atención domiciliaria y equipos de soporte en la comunidad desde Equipo de Atención Primaria (Centro de Salud), según la asunción progresiva de responsabilidades tanto el nivel de autonomía y de responsabilidad la supervisión irá decreciendo hasta 2 en el primer año.
- No realizará ninguna consulta de enfermería solo y sin supervisión de la tutora o colaboradora docente en este primer año de residencia.
- No realizará ninguna visita domiciliaria en solitario durante esta rotación.
- No podrá realizar actividades de educación para la salud a la persona mayor y cuidadores de manera individual pero sí debe participar en la consecución de las mismas supervisado por la tutora.
- No podrá realizar actividades de participación comunitaria a la persona mayor de manera individual pero sí debe participar en la consecución de las mismas supervisado por la tutora.
- El EIR desde su incorporación, empezará a participar en las sesiones establecidas por el equipo de atención primaria junto con la tutora o colaboradora docente, personal de enfermería y facultativos, MIR y otros del equipo.

5.2 Segundo año de residencia: Supervisión común a todas las rotaciones:

- Al comienzo de cada rotación al EIR le será explicado funcionamiento, protocolos y procedimientos de este nivel asistencial por parte de la tutora responsable.

- El EIR realizará en un principio las valoraciones de las necesidades (entrevista-recogida de datos), nivel de incapacidad y factores de riesgo relacionados con sus especificaciones geriátricas con un nivel de autonomía y responsabilidad decreciente sin necesidad de tutela directa hasta llegar nivel 1 de autonomía y por tanto también de responsabilidad.
- Finalizará sus dos años de residencia siendo capaz de identificar los diagnósticos enfermeros con las intervenciones y resultados de los cuidados realizados al paciente según NANDA NOC/NIC para su posterior registro en la historia clínica hasta llegar nivel 1 de autonomía y por tanto también de responsabilidad.
- Participará, en la realización de procedimientos enfermeros de cuidados no invasivos e invasivos (extracción sangre, canalización venosa, cateterización vesical y naso-gástrico, curas-vendajes, etc.) hasta llegar nivel 1 de autonomía y por tanto también de responsabilidad.
- Podrá finalizar la residencia realizando cuidados independientes y autónomos hasta llegar nivel 1 de autonomía y por tanto también de responsabilidad.
- De igual forma el EIR de segundo año y en un nivel decreciente desde 2 hasta 1 y según formación advertida por parte de la tutora se cumple para las diferentes cuestiones éticas que surjan y con especial énfasis en los conocimientos y habilidades de comunicación y transmisión de información al paciente y su familia.
- Y continuar el EIR su segundo año de residencia, participando progresivamente y de manera autónoma en el proceso de toma de decisiones de cuidados.

5.2.1 Servicio de continuidad de cuidados en atención domiciliaria (Atención Geriátrica a Domicilio)

ROTACION ÁREA DE ESPECIALIZADA Hospital Central de la Cruz Roja	NIVEL DE AUTONOMIA	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Servicio de continuidad de cuidados en atención domiciliaria (Atención Geriátrica a Domicilio)	2-1	2-1

En este nivel asistencial el EIR inicia su segundo año de residencia en esta rotación. Al comienzo de su rotación le será explicado funcionamiento tan específico de la Unidad. En este nivel asistencial el programa de supervisión seguirá las indicaciones a continuación detalladas:

La demanda asistencial incluye la valoración de enfermería geriátrica de pacientes con alta comorbilidad, polimediación y dependencia funcional, de control clínico ante reagudizaciones en pacientes con rica comorbilidad y de pacientes con enfermedad avanzada de órgano en fase terminal, incluidos oncológicos. La actividad desarrollada incluye:

- Valoración en domicilio o residencia de pacientes nuevos en el programa a petición del médico de atención primaria o del médico de residencia.
- Seguimiento de pacientes tras el alta hospitalaria de cualquier nivel asistencial de nuestro servicio o bien de cualquier otro servicio de nuestro

hospital o del hospital del área generalmente Geriátrica y Cuidados Paliativos.

- Seguimiento de pacientes ya incluidos en el programa, con visitas sucesivas hasta control de los diferentes problemas detectados.
- Podrá participar pero siempre bajo supervisión directa de la tutora o colaboradora docente, en la realización de procedimientos enfermeros no invasivos e invasivos en el domicilio del paciente (extracción sangre, canalización de venas, cateterización vesical, curas, cambios de estomas....). Estos procedimientos irán decreciendo de nivel a medida que la tutora o colaboradora docente lo supervise.
- Contacto telefónico para seguimiento de pacientes e inter consulta telefónica con equipos asistenciales de Atención Primaria o de Residencia
 - **Pacientes nuevos y revisiones**
 - El EIR acudirá acompañado al principio de esta rotación, al domicilio o a la residencia del paciente con la tutora o colaboradora docente y con el equipo médico, dependiendo de la tipología del paciente, del tiempo que lleve en la rotación, y sobre todo de los conocimientos y habilidades adquiridos, factores todos ellos que serán valorados por su tutora. En el domicilio o residencia se seguirá con respecto a la realización de la valoración enfermería geriátrica de la historia clínica la misma dinámica que la expuesta en consultas. Lo habitual es la visita conjunta, pero en los meses finales de la rotación, es recomendable que acuda el EIR solo pero siempre con la supervisión que se expone a continuación:
 - ✓ Si la tutora o colaboradora docente está presente, éste supervisará en todo momento la actuación del EIR, con la dinámica de actuación expuesta en consultas externas (nivel 2).
 - ✓ Si la tutora no está presente, a su regreso al centro supervisará la recogida de datos sobre la valoración de la historia clínica realizada por el EIR así como el listado de problemas y el plan de cuidados transmitiéndoselo a la familia, con especial énfasis en la continuidad de cuidados y en la adherencia terapéutica (nivel 1).
 - **Interconsulta telefónica**
 - Las llamadas las podrá atender el EIR siempre y cuando se conozca al paciente y toda la información recibida y la toma de decisiones realizada será expuesta a la tutora o colaboradora docente. Posteriormente todo el proceso deberá quedar reflejado en la historia clínica (nivel 2 y 1).
 - Las llamadas de las enfermeras de atención primaria, las podrá también atender siguiendo la dinámica anterior, el EIR pero es recomendable supervisión directa por la tutora o colaboradora docente (nivel 2).

El EIR participará activamente en todas las reuniones multidisciplinarias semanales que se realizan con los Equipos De Atención Primaria y junto El Equipo Asistencial De La Residencia en donde se expondrán los diferentes problemas y el plan de actuación a seguir conjunto con ellos (nivel 2).

De igual modo también participará en las reuniones multidisciplinares del servicio de geriatría que se realizarán una vez al mes con todos los miembros de los dos equipos de atención geriátrica domiciliaria (nivel 2).

Las frecuentes cuestiones éticas suscitadas en este nivel siempre serán resueltas por la tutora supervisando como se ha expuesto ya previamente en el nivel de consultas al EIR (nivel 2).

Por último, especialmente el EIR junto con la tutora seleccionarán los casos que consideren oportunos para las sesiones del servicio (clínicas, bibliográficas).

5.2.2 Servicio de continuidad de cuidados en atención domiciliaria; Equipos de soporte en la comunidad y Servicio de Educación para la Salud en la persona mayor y cuidadores. Atención Primaria.

ROTACION ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA Centro de Salud Dr. Castroviejo	NIVEL DE AUTONOMIA	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Servicio de continuidad de cuidados en atención domiciliaria; Equipos de soporte en la comunidad y Servicio de Educación para la Salud en la persona mayor y cuidadores.	2-1	2-1

- Al ser una segunda rotación en su 2º año, conocerá del primer año el funcionamiento, protocolos y procedimientos de este nivel asistencial desde nivel 2 hasta alcanzar nivel 1 de autonomía y responsabilidad.
- Podrá realizar al final de la rotación alguna consulta de enfermería y procedimientos de cuidados invasivos y no invasivos de enfermería sólo y sin supervisión de la tutora o colaboradora docente en este segundo año de residencia.
- Podrá realizar visita domiciliaria en solitario al final de la rotación. El EIR hace y luego informa.
- Podrá realizar actividades de educación para la salud a la persona mayor y cuidadores sin necesidad de tutela. El EIR hace y luego informa.
- Podrá realizar actividades de participación comunitaria sin necesidad de tutela. El EIR hace y luego informa.
- El EIR desde su incorporación en esta rotación, empezará a participar en la sesión semanal multidisciplinaria junto con la tutora o colaboradora docente, personal de enfermería y facultativos, MIR y otros del equipo.

5.2.3 Residencia geriátrica.

ROTACION ÁREA INSTITUCIONES SOCIALES Residencias geriátricas Gastón Baquero o González Bueno o Adolfo Suárez.	NIVEL DE AUTONOMIA	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Residencias	2-1	2-1

- La incorporación del EIR a esta rotación se realiza en el último semestre de la formación y partirá de un nivel 2 de autonomía y de responsabilidad y será

la supervisión del colaborador docente quien determinará cuándo el EIR puede llevar actuaciones de manera independiente sin tutela directa hasta nivel 1, para:

- Ante cualquier nuevo ingreso, el EIR realizará la apertura de historia de enfermería. Con todos los datos expondrá a la colaboradora docente de forma provisional, la priorización de problemas con un plan de cuidados individualizado. En este punto la colaboradora docente supervisará todo el proceso de la aplicación informática central H.I.R.E que actúa como historia clínica y gestión centralizada de protocolos y cuidados individualizados, corrigiéndole aquellos aspectos mejorables.
- Participará en el cambio de turno, también en los informes de alta, para ir adquiriendo las correspondientes habilidades al respecto.
- Realizará seguimiento del evolutivo de cuidados ampliando conocimientos y habilidades según los pacientes.

5.2.4 Centro de Día.

ROTACION ÁREA INSTITUCIONES SOCIALES Centro de Día Adolfo Suárez.	NIVEL DE AUTONOMIA	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Centro de Día.	2-1	2-1

- La incorporación del EIR a esta última rotación asistencial por Instituciones Sociales, se realiza al final del último semestre de la formación y partirá de un nivel 2 de autonomía y de responsabilidad y será la supervisión del colaborador docente quien determinará cuándo el EIR puede llevar actuaciones de manera independiente sin tutela directa hasta nivel 1, para:
 - Ante cualquier nuevo ingreso, el EIR realizará la valoración de enfermería, educación e informes al alta. Con todos los datos expondrá a la colaboradora docente de forma provisional, la priorización de problemas con un plan de cuidados individualizado.
 - Realizará seguimiento del evolutivo de cuidados ampliando conocimientos y habilidades según los pacientes.

5.2.5 Otros Recursos.

ROTACIONES OTROS RECURSOS Hospital Central Cruz Roja	NIVEL DE AUTONOMIA	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Otros Servicios:		
➤ Farmacia.	2	2
➤ Unidad Docencia -Investigación.	1	1
➤ Comisión Calidad-Enfermera Enlace.	2-1	2-1

5.2.5.1 FARMACIA: Durante la semana de rotación se mantendrá en un nivel 2, de autonomía y responsabilidad, y será por tanto supervisado de manera directa y presencial por la tutora o colaboradora docente sobre las tareas que realice el EIR en este dispositivo.

5.2.5.2 UNIDAD DOCENCIA-INVESTIGACIÓN: Durante la semana de rotación y tras información de las tareas a realizar según competencias, el EIR mantendrá un nivel 1 de autonomía y responsabilidad, sin supervisión directa. El EIR hace y luego informa.

5.2.5.3 COMISIÓN DE CALIDAD-ENFERMERA DE ENLACE: Durante las dos semanas de rotación empezará en un nivel 2 de autonomía y responsabilidad, y será la colaboradora docente quien estime la posibilidad de gestionar algún caso geriátrico en continuidad de cuidados, y sin tutela directa. El EIR hace y luego informa.

5.3 Supervisión en Guardias: EIR DE GERIATRÍA.

Los residentes realizan guardias de planta en hospitalización en el Hospital Central De La Cruz Roja y guardias de puerta de urgencias en el Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. La supervisión para las guardias se rige según protocolo específico elaborado a tal fin. Cualquier incidencia durante una guardia debe ser puesta en conocimiento del tutor.