

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN

Enfermería Geriátrica

Fecha revisión	Enero 2023 Inclusión de protocolo de supervisión en rotaciones al protocolo de supervisión de guardias existente.
Fecha aprobación	Febrero 2023
Versión anterior	Junio 2021. Protocolo de supervisión de guardias de Enfermería Geriátrica
Autores	Nuria Pérez Panizo ⁽¹⁾ , Cristina Roldán Plaza ⁽²⁾ y Jenifer Sevilla Molano ⁽²⁾ . Enfermeras Especialistas del Servicio de Geriátrica ⁽¹⁾ y Tutoras EIR Geriátrica ⁽²⁾

CONTENIDO

1. OBJETIVOS.....	2
2. ALCANCE	2
3. INTRODUCCIÓN	2
4. RESPONSABILIDADES DE LA ENFERMERA RESIDENTE	3
5. OBJETIVO	3
6. SUPERVISIÓN ROTACIONES.....	4
6.1. Residentes de primer año.....	4
6.2. Residentes de segundo año	5
7. SUPERVISIÓN GUARDIAS.....	5
7.1. Objetivos generales y específicos durante las guardias	6
7.2. Características de las guardias	8
7.3. Guardias Supervisadas por Residente (GSR)	8
7.4. Guardias de valoración geriátrica	8
7.5. Horario y distribución de las guardias.....	9
7.6. Cumplimiento de las guardias	11
7.7. Cambios de guardia.....	11
8. NIVELES DE SUPERVISIÓN Y DE RESPONSABILIDAD ESPECÍFICOS	12

1. OBJETIVOS

El objetivo del Protocolo de Supervisión de los Residentes Interinos de Enfermería Geriátrica (EIR) es la regulación de la formación de los residentes **durante las rotaciones ordinarias** y **durante las jornadas de atención continuada** (*guardias*, en adelante), garantizando la adecuada supervisión y la mejor asistencia sanitaria. Por otro lado, se busca garantizar una asistencia segura a todos los pacientes, respetando las normas éticas y legales de la atención.

En el presente documento se exponen las tareas, responsabilidades y obligaciones de los residentes y los principales conocimientos, habilidades y actitudes a adquirir para un cuidado especializado del paciente geriátrico por parte de las EIR en la Unidad Docente Multiprofesional (UDM) de Geriatria del Hospital Universitario Ramón y Cajal (HURYC). Se detallan también las responsabilidades y obligaciones de los colaboradores docentes y tutores en la supervisión.

2. ALCANCE

Este protocolo afecta a todos los EIR durante su rotación o estancia en el servicio de Geriatria del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Incluye tanto a aquellos que han obtenido una plaza en una Unidad Docente perteneciente a nuestro Hospital como a aquéllos que se encuentran realizando una rotación, debidamente autorizada, en cualquiera de las Unidades del servicio.

3. INTRODUCCIÓN

Este protocolo de actuación se ajusta a las normas de la Comisión de Docencia de Formación Sanitaria Especializada del HURYC y se asienta legislativamente en:

- Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.
- Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica, de donde se extraen los objetivos específicos detallados más adelante.
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
- Real Decreto 183/2008 (B.O.E. de 21 de febrero de 2008), 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. (https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-3176). De donde se extraen los capítulos del deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente. Especialmente recogido en:

- Capítulo V: Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente
 - Artículo 14. El deber general de supervisión
 - Artículo 15. La responsabilidad progresiva del residente

4. RESPONSABILIDADES DE LA ENFERMERA RESIDENTE

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 profesional responsable.

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. Comprende actividades realizadas directamente por el residente bajo supervisión del profesional 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 profesional responsable.

El residente debe conocer en todo momento quién es y cómo localizar a la persona responsable de su supervisión, solicitando la supervisión necesaria acorde a su nivel de formación y a las actividades que va a llevar a cabo.

5. OBJETIVO

El objetivo principal es protocolizar la supervisión de los residentes de la mencionada UDM, garantizando la calidad de esta. Por otro lado, se busca garantizar una asistencia segura y de calidad a todos los pacientes, respetando las normas éticas y legales de la atención sanitaria. Por último, busca establecer las bases sobre las que sustentan el nivel de supervisión decreciente de las actividades asistenciales que desarrollen los residentes en su práctica laboral de manera que les permita adquirir un nivel de responsabilidad creciente en función de su adquisición progresiva de competencias profesionales.

6. SUPERVISIÓN ROTACIONES

La labor de supervisión será llevada a cabo por los distintos tutores y colaboradores docentes de las unidades donde rotan. Al inicio de cada jornada laboral, el residente conocerá quien es el responsable de su supervisión, garantizando la presencia física del supervisor con el residente de primer año. La planilla de rotación del personal y el cambio de turno que se realiza entre los profesionales de la unidad al inicio de cada jornada permite garantizar el intercambio de información diaria, conociendo por parte de los profesionales de plantilla la presencia de residentes, garantizando así la supervisión de los residentes por los profesionales y la identidad de los residentes bajo su tutela durante la jornada.

La divulgación del presente documento a través de la intranet, distribución por parte de Docencia de Enfermería del HURYC a las supervisoras de las unidades implicadas y la distribución a través de las vías de comunicación habitual del servicio tras la aprobación de la Comisión de Docencia, garantizando que todos los profesionales de la plantilla conozcan dicho protocolo, así como sus responsabilidades y obligaciones con respecto a la supervisión de los residentes.

El residente conocerá el presente documento desde la primera reunión con el tutor en el periodo formativo y será informado de las actualizaciones que se lleven a cabo en el mismo. Así mismo, el residente solicitará supervisión y/o ayuda al tutor o al colaborador docente responsable para aquellas actividades que se detallan en el presente documento y siempre que lo consideren necesario (ante manejo de pacientes difíciles, empeoramiento clínico, situaciones sociales y legales complicadas de manejar, llegar al límite de sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas, etc).

En cualquier caso, la enfermera responsable del paciente deberá mantenerse informada de la situación de los pacientes que tenga a su cargo, independientemente de que el residente asuma, en función de su etapa formativa, autonomía en su práctica diaria, supervisando la actividad de todos los residentes bajo su tutela según los términos recogidos en este protocolo y de acuerdo con la legislación vigente, siendo el responsable último de los informes de atención y documentos de los pacientes (informes de alta, valoración geriátrica integral (VGI), plan de cuidados específico de acuerdo a VGI e informes de seguimiento).

Los niveles de autonomía y responsabilidad podrán ser matizados por el tutor, en función de la madurez formativa del residente y la complejidad de la actividad a desarrollar y el nivel de supervisión requerido en cada momento. En todo caso, el residente tiene derecho a conocer a los profesionales a los que podrá recurrir y consultar cuando lo considere necesario.

6.1. Residentes de primer año

En general, la responsabilidad será mínima (nivel 3) y el nivel de supervisión de presencia física, de acuerdo con la normativa y al nivel de conocimientos y experiencia

del residente. Las actividades formativas serán las propias del servicio de destino, la práctica clínica cotidiana bajo tutorización y la formación continuada.

Durante este primer año y de forma específica, los residentes estarán acompañados en todo momento por un enfermero de plantilla priorizando, si estuviera durante el turno un especialista en Geriátrica, que sea éste quien realice la supervisión continua tanto para realizar cualquier exploración, plan de cuidados específico de paciente geriátrico, VGI o informes, así como para realizar la historia clínica al paciente.

El residente en ningún caso podrá informar a familiares de forma autónoma, realizar VGI, firmar un informe de alta o plan de cuidados específico de paciente geriátrico sin supervisión por parte del enfermero responsable.

Podrán hacerse excepciones a esta norma solamente en residentes que ya dispongan previamente de un título de especialista en un área afín o demostrada experiencia laboral previa, siendo adaptado en estos casos el itinerario y responsabilidades por su tutor, de acuerdo con el residente.

Durante el segundo semestre de este primer año, la supervisión tenderá a ser de un nivel 2, si bien para algunas actividades que no haya realizado antes precise un nivel 3.

6.2. Residentes de segundo año

El nivel de supervisión seguirá siendo de acorde a sus conocimientos y habilidades alcanzados. En todo momento participaran junto con la enfermera responsable en el aprendizaje necesario de los R1. En función de su experiencia en cada nivel asistencial tendrá labores con los distintos niveles de responsabilidad.

Durante el primer semestre del segundo año de residencia, la supervisión será de un nivel 2, si bien para algunas actividades que no haya realizado antes precise un nivel 3, pudiendo asumir en determinadas actividades específicas un nivel 1.

Durante el segundo semestre del segundo año, en general, el residente asumirá como propios los pacientes, historiándolos, revisando incidencias y explorándolos. Deberá ser supervisado en el diagnóstico, VGI, realización de los informes, consultando la adecuación de plan de cuidados aplicados. Tendrá un nivel 2 de responsabilidad para la información, planificación y realización de informes de alta.

7. SUPERVISIÓN GUARDIAS

El objetivo formativo de las guardias se basa en la continuidad asistencial e integral de los cuidados. Mediante la realización de las mismas, se proporcionará la oportunidad a los residentes en formación de llevar a cabo una visión global del proceso asistencial del paciente geriátrico.

La labor de supervisión será llevada a cabo por los distintos tutores y enfermeras de la unidad. Al inicio de cada guardia el residente tendrá asignado un tutor o enfermero responsable de su supervisión. De igual modo las enfermeras responsables conocerán la identidad de los residentes a su cargo durante la guardia y el contenido del presente protocolo.

7.1. Objetivos generales y específicos durante las guardias

1. Capacidad para valorar, diagnosticar y dar respuesta a las alteraciones del ciclo salud enfermedad en las personas ancianas.

- Valorar el estado de salud y de las necesidades básicas e identificar factores de riesgo en personas ancianas.

- Promover y recomendar los programas preventivos de salud según las indicaciones de los Planes de salud.
- Identificar las características de la sintomatología de las enfermedades crónicas y agudas en personas ancianas.
- Describir las peculiaridades de los procesos patológicos en las personas ancianas.
- Identificar los procesos patológicos de mayor prevalencia en las personas ancianas.
- Interpretar los resultados de pruebas diagnósticas, diferenciando los valores para personas ancianas.

2. Conocimiento relevante de los procesos de fragilidad, enfermedad, incapacidad y dependencia en las personas ancianas y capacidad para aplicar cuidados de calidad en esas situaciones.

- Manejar adecuadamente los conceptos de fragilidad, enfermedad, incapacidad y dependencia en las personas mayores.
- Manejar adecuadamente los problemas derivados de la presentación de síndromes geriátricos.
- Identificar los problemas cognitivos, sensoriales y perceptivos en el cuidado de las personas ancianas.
- Planificar, aplicar y evaluar cuidados de calidad en los diferentes procesos.

3. Capacidad para prevenir los factores de riesgo que contribuyen al deterioro funcional, educar en salud, proporcionar bienestar y confort en la situación de fragilidad, sufrimiento, enfermedad, discapacidad, dependencia, situación de últimos días y fallecimiento.

- Aplicar las medidas preventivas oportunas que promuevan o mantengan la autonomía.
- Favorecer el autocuidado para no provocar una falsa dependencia de la persona anciana.
- Potenciar las capacidades residuales de la persona anciana en los procesos de fragilidad, incapacidad y dependencia.
- Garantizar el bienestar y el confort de la persona anciana respetando sus hábitos y costumbres, teniendo en cuenta su historia de vida.
- Garantizar la atención del duelo en sus diferentes manifestaciones.
- Garantizar la correcta identificación de las personas ancianas que precisan cuidados paliativos.
- Abordar los cuidados paliativos en personas ancianas tanto en procesos oncológicos como no oncológicos, atendiendo a sus características personales.

4. Capacidad para administrar con seguridad fármacos y otras terapias complementarias **contemplando las especificidades** de la persona anciana.

- Identificar las características de los aspectos farmacológicos específicos de las personas ancianas. Polifarmacia, automedicación y de los riesgos asociados a la persona anciana.
- Valorar el tratamiento farmacológico de la persona anciana contemplando la polimedición, las interacciones farmacológicas, formas de presentación adecuadas para cada paciente, los efectos adversos y la automedicación.
- Valorar la utilización de las terapias complementarias según las necesidades de la persona anciana.
- Identificar los avances de la prescripción enfermera.

5. Capacidad para informar, educar y supervisar a las personas ancianas y sus familias, así como a los cuidadores profesionales y no profesionales.

- Educar a las personas ancianas, familia y cuidadores sobre las situaciones derivadas del proceso de envejecimiento y del ciclo salud-enfermedad.
- Educar a las personas ancianas, familia y cuidadores sobre la necesidad de promoción y prevención de la salud y opciones al final de la vida.
- Valorar los resultados obtenidos de la información y la educación impartida.

6. Capacidad para utilizar los principios de aprendizaje en adultos en la educación de la persona anciana, la familia y cuidadores.

- Adaptar el ritmo de enseñanza a las necesidades de la persona anciana y de su entorno.
- Utilizar las múltiples estrategias de comunicación existentes para facilitar la integración de la información.

7.2. Características de las guardias

Las guardias se realizarán en el servicio de Geriátrica del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Debido a las características del servicio y a las adaptaciones que se han ido realizando a lo largo de los últimos años, las ubicaciones para realizar las guardias serán:

- Unidad de Geriátrica de Agudos (UGA) ubicada en la planta 9ªC-A de forma preferente.
- Unidad de Ortogeriatría ubicada en la planta 3ªD-A de forma preferente.
- En caso de que ambas se encuentren cerradas, se llevarán a cabo en cualquier dispositivo de la Unidad Docente (Orden SAS/3225/2009), previa planificación y coordinación teniendo siempre en cuenta los objetivos del programa formativo. De manera prioritaria y ya consensuada en situaciones previas, se encuentran:
 - Hospital de Guadarrama: para aquellas residentes que se encuentre rotando en ese momento en este centro.
 - Residencia de Mayores: para aquellas residentes que se encuentre rotando en ese momento en este centro.
- En urgencias/hospitalización realizando las Valoraciones Geriátricas de los pacientes que provengan de Residencias de Mayores del área, pacientes que ingresen con fractura de cadera y aquellos que pasan a cargo de Geriátrica que ingresen durante el horario de la guardia.

7.3. Guardias Supervisadas por Residente (GSR)

Los residentes de primer año harán durante el primer mes de formación 2 guardias con un residente mayor. Este tiempo podrá ser modificado por el tutor en función de la madurez formativa del residente, con posibilidad de aumento a 4 guardias.

Las “Guardias Supervisadas por Residente” tendrán lugar en turno de tarde, de 14:50hs a 22hs bajo supervisión directa de su residente superior (R1+R2), sin olvidar que la responsabilidad última y la supervisión de ambos recae sobre la enfermera titular responsable de los pacientes.

7.4. Guardias de valoración geriátrica

Las guardias de valoración geriátrica se realizarán de forma conjunta por parte de 1R1 y 1R2. Se llevará a cabo mediante la localización de los pacientes ingresados a cargo del Servicio de Geriátrica o el equipo multidisciplinar de Ortogeriatría de reciente ingreso en el centro sin VGI realizada en los últimos 3 meses y/o actualizada durante el presente ingreso. Para ello, en el HCIS, se realizará una búsqueda con el siguiente orden de priorización de atención:

- Pacientes con fractura de cadera >80 años en Urgencias de Traumatología.

- Pacientes ingresados en el hospital derivados de Residencias de mayores del área con alerta en el HCIS y no valorados por UGAR
- Pacientes ubicados en preingresos a cargo de Geriátría.
- Pacientes hospitalizados a cargo de Geriátría, no valorados por el equipo del servicio, al no contar con equipo de guardia.

Las residentes, durante la valoración del paciente y a solicitud del equipo de enfermería de la unidad en que se encuentre el paciente, colaborarán de forma activa en sus cuidados (cura de lesiones, técnicas de enfermería generales, planificación de cuidados, valoración conjunta de cuidados). Así mismo, una vez realizada la valoración, informarán a la enfermera responsable de los hallazgos y consensuarán las recomendaciones de cuidados en base a su situación basal y siempre de acuerdo a la evolución clínica y valoración del equipo responsable. La enfermera de la unidad en que se encuentre el paciente, será la última responsable del plan de cuidados que se ponga en marcha en base a las recomendaciones dadas por las residentes y al plan terapéutico. Las valoraciones deben contener información mínima del paciente, que deberá obtener de la entrevista directa con el paciente, la familia o la residencia en que se encuentre institucionalizado, a saber:

- Motivo de derivación
- Antecedentes previos del paciente • Tratamiento actualizado • Valoración Geriátrica: ◦ Funcional ◦ Nutricional ◦ Cognitiva ◦ Social ◦ Sensorial
- Problemas detectados: diagnósticos de enfermería más relevantes, síndromes geriátricos y riesgos detectados.
- Recomendaciones de cuidados adaptados al paciente geriátrico.

Para su exploración, se proporciona una plantilla sobre la que trabajar. Estas valoraciones serán revisadas por la tutora en su siguiente jornada laboral y/o por el colaborador docente de la UDM de Geriátría que asuma el manejo del paciente.

7.5. Horario y distribución de las guardias

Quedan definidos unos **mínimos** de acuerdo con la normativa vigente, las indicaciones puestas por Dirección del Enfermería del centro (Acta de Subcomisión Docente 04/2020 de diciembre 2020) y de acuerdo con los criterios de la normativa general vigente:

- Quedan definidos unos **mínimos establecidos** de guardias en función del aprendizaje de los residentes según su nivel de responsabilidad y supervisión de acuerdo al año de residencia.
- Se aconseja la realización de entre dos y cuatro guardias mensuales (Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica. Punto 6.2 Servicios prestados en concepto de atención continuada), y un máximo de 7 (Real Decreto 1146/2006, Artículo 5).
- Se realizará obligatoriamente una guardia en turno de tarde por semana.

- Entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente deberá mediar, como mínimo, un período de descanso continuo de 12 horas.
- Las guardias se podrán llevar a cabo en diferentes turnos:
 - **Turno de mañana (7h)**. De 7:50hs a 15hs. Fines de semana y/o festivos.
 - **Turno de Tarde (7h)**. De 14.50hs a 22hs. De viernes a domingo y víspera de festivo.
 - **Turno de tarde (5h/7h)**. De 14.50hs a 20h o de 14.50-22h. De lunes a jueves.
 - **Turno de Noche (10h)**: De 21:50hs a 8hs: viernes o sábado.

Las guardias en turno de noche se podrán llevar a cabo únicamente en la Unidad de Agudos de Geriátrica. Excepcionalmente se podrán llevar a cabo en jueves o domingo, siempre debidamente justificado y en periodos de rotaciones largas que no impliquen la pérdida de días de rotación de rotaciones cortas, con la finalidad de hacerlas coincidir con una enfermera especialista

Las guardias en turno de tarde se harán de 5h por semana para respetar las horas de descanso que marca la ley entre un turno y otro, haciéndose de forma habitual hasta las 20h. En caso de que por las condiciones del servicio sea más provechoso quedarse hasta las 22h el residente se podrá incorporar a la mañana siguiente a las 10h a la rotación finalizando el turno a las 17h. Debido a que hay servicios en que esta prolongación no es posible (ej: CCEE con actividad de 8-15h), las guardias que se hagan con esta modalidad deben estar aprobadas con anterioridad por la tutora de acuerdo con el itinerario formativo individualizado.

Para la planificación de las **guardias en turno de noche** se tendrá preferencia por las jornadas en las que una enfermera especialista en geriatría y en caso de imposibilidad, que la enfermera responsable de la supervisión del residente tenga **al menos dos años de experiencia laboral con el paciente agudo geriátrico**, con la finalidad de que se pueda cumplir con las necesidades formativas de los residentes ya que es una de las limitaciones con la que nos encontramos actualmente.

La supervisora de la unidad donde se hagan las guardias en cada momento (supervisora de UGA, supervisora de ortogeriatría, responsable docente de Guadarrama y responsable docente de la Residencia), podrán sugerir cambios si alguna de las guardias interfiere con el adecuado funcionamiento de las unidades. La supervisora de la Unidad de Agudos de Geriátrica se encargará de remitir a la unidad responsable el número de horas de guardias mensuales y será la última responsable de dar el visto bueno de las fechas programadas para las guardias.

El tutor de los residentes, como primer responsable del proceso de enseñanza/aprendizaje del residente (*Real Decreto 183/2008. Artículo 11. El tutor.*) y en coordinación con la responsable de la unidad, realizará el reparto de las guardias teniendo en cuenta el nivel de responsabilidad/supervisión que corresponda a cada residente y su finalidad docente.

Distribución recomendada de guardias:

Residente de Primer año (R1) *

- **El primer mes** se harán 2 “**Guardias Supervisadas por Residente**” (**GSR**) diurnas con una R2. Recomendable 1 mañana en fin de semana/festivo con la tutora o una enfermera especialista
- **Resto del año:** 2 guardias/mes en turno de mañana + 1 en turno de tarde y recomendable 1 de noche**

Residente de Segundo año (R2) *

- **Primer semestre del año:** 2 guardias al mes en turno de mañana + 1 en turno de tarde y recomendable 1 de noche**
- **Segundo semestre del año:** 1 guardia al mes en turno de mañana + 1 en turno de tarde y 2 de noche**

**En el caso de los meses en que se deban hacer las guardias en urgencias/hospitalización realizando las Valoraciones Geriátricas, se realizarán en pareja de R1 y R2.*

*** Las guardias nocturnas únicamente podrán llevarse a cabo en la UGA.*

7.6. Cumplimiento de las guardias

Las guardias asignadas son de realización obligatoria, de no cumplir con su correcto cumplimiento se podrá evaluar negativamente al residente. Se acudirá a la guardia con la máxima puntualidad, teniendo en cuenta los 10 minutos de cortesía para el cambio de turno.

7.7. Cambios de guardia

Una vez establecidos los días de guardias en caso de cambios o modificaciones se le comunicará a la supervisora de la unidad vía email y con la tutora en copia, con la que se deberá consensuar el día de recuperación dentro del mes en curso, siempre que sea posible.

8. NIVELES DE SUPERVISIÓN Y DE RESPONSABILIDAD ESPECÍFICOS

En líneas generales, el nivel de responsabilidad será progresivo de acuerdo al proceso formativo de los EIR, estableciendo 4 etapas semestrales. Sin embargo, de acuerdo a la heterogeneidad de las diferentes actividades y niveles de intervención con el paciente, las actividades que se detallan a continuación requieren una consideración especial en los niveles de responsabilidad.

	EIR 1		EIR 2	
	0-6	6-12	12-18	18-24
ACTIVIDADES	NIVEL DE RESPONSABILIDAD			
Cambio de turno. Parte de incidencias e intercambio de información relevante con TCAE.	3	2	1	1
Valoración de enfermería al ingreso	3	2	1	1
Preparación y administración de medicación en el paciente mayor pluripatológico con descompensación aguda.	3	2	1	1
Detección del Síndrome Confusional Agudo (SCA) y uso de pautas farmacológicas y no farmacológico en casos de agitación psicomotriz.	3	3	2	1
Manejo de síntomas y medicación en el paciente geriátrico con cuidados paliativos	3	2	2	1
Cuidados del paciente paliativo y en situación de agonía	3	2	2	1
Valoración y manejo de lesiones asociadas a la dependencia	3	2	1	1
Elaboración de Informes de continuidad de cuidados específicos en el paciente geriátrico.	3	2	1	1
Valoración Geriátrica Integral (VGI)	3	3	2	1
Manejo de la deglución, cribado de disfagia y medidas rehabilitadoras y compensatorias.	3	2	2	1
Valoración y manejo de Retención Aguda de Orina (RAO)	3	2	1	1
Uso de contención mecánica	3	3	2	1
Valoración conductual de personas con demencia	3	3	2	1
Educación para la Salud en el manejo y prevención precoz de los Síndromes geriátricos al paciente y familiares	3	3	2	1
Derivación a Continuidad Asistencial	3	3	2	1

Estos niveles de autonomía y responsabilidad podrán ser matizados por el tutor, en función de la madurez formativa del residente y la complejidad de la actividad a desarrollar, el nivel de supervisión requerido en cada momento. En todo caso, el residente, que tiene derecho a conocer a los profesionales a los que podrá recurrir y consultar cuando lo considere necesario.