



PROTOCOLO de SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE DE GERIATRÍA

Unidad Docente Multiprofesional de Geriatria

Responsable: Jordi Valls i Ballespí

Versión: V1

Fecha de elaboración: 12.03.2021

Fecha de validación en Comisión de Docencia: 18.03.2021



ÍNDICE

1. Objetivo del protocolo	3
2. Ámbito de aplicación	3
3. Bases legislativas	4
4. Supervisión de las actividades asistenciales	6
4.1. Generalidades	6
4.2. Actividades	8
4.2.1. Residentes de primer año	8
4.2.2. Residentes de segundo año	11
4.2.3. Residentes de tercer año	14
4.2.4. Residentes de cuarto año	15
5. Nivel de supervisión por competencia y año de residencia	16



PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE DE GERIATRÍA

1. Objetivo del protocolo

El presente protocolo de supervisión del residente del Hospital Sant Jaume de Calella 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 Sant Jaume de Calella 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 15.5 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 nuestro Hospital. 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.

4.1. 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



4.2. *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 la CSMS hemos elaborado el siguiente protocolo de supervisión y organización del MIR de Geriátría teniendo en cuenta los diferentes ámbitos formativos y los distintos niveles de responsabilidad durante los 4 años de residencia. El protocolo está estructurado según año de residencia, nivel de responsabilidad y habilidades a adquirir.

4.2.1. *Residentes de primer año.*

En general el nivel de supervisión será de **nivel tres** (supervisión de presencia física) y en algunas actividades se aplicará un nivel **dos-tres**. 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.



Los documentos generados por los residentes de primer año serán visados por escrito por un especialista competente en el contenido de la guardia que realice el residente. Tal y como se deriva de los puntos anteriores.

- Rotación en la UGA/Subaquados.

Conocimientos: Iniciación a la Geriátría. Familiarización con los conceptos y terminología propios de la especialidad. Conocer el funcionamiento cotidiano de un Servicio hospitalario de Geriátría. Conocer los sistemas de información a los pacientes y sus familiares. Conocer los modelos de historia clínica. Conocer la sistemática de las sesiones clínicas.

Competencias: maniobras de soporte vital básico. Aproximación a las patologías geriátricas agudas más habituales.

Los residentes estarán acompañados en todo momento por un médico adjunto especialista en Geriátría, 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 éxitus.

- Rotación 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 Neumología.

Conocimiento de técnicas específicas (drenaje pleural, espirometría, broncoscopia) que deberá realizar siempre acompañado de un adjunto especialista de Neumología. Manejo de oxigenoterapia. Pautas terapéuticas en la insuficiencia respiratoria aguda y crónica. 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 éxitos.

- 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 Radiología.

Los objetivos de esta rotación son la interpretación de radiología del tórax y abdomen. Patrones radiológicos. TAC: Indicaciones y utilidad en el diagnóstico de la patología geriátrica. Resonancia nuclear magnética. Relación coste/beneficio en las diversas técnicas. Ecografías: indicaciones y realización de ecografías para detección de líquido pleural/abdominal, guía de punciones. 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 Reumatología.

El residente de segundo año deberá adquirir el conocimiento de la enfermedad degenerativa osteoarticular, osteoporosis e inflamaciones más habituales, Esto lo realizará a través de la visita ambulatoria en las consultas externas, que realizará en



presencia de un adjunto especialista en Reumatología. Deberá tener supervisión física en la interpretación de técnicas de imagen, praxis de punciones articulares y uso de fármacos antirreumáticos en el anciano.

4.2.2. Residentes de segundo año

En general la supervisión será de un nivel 2 o 1-2, pudiendo precisar en determinadas actividades muy específicas un nivel 3-2.

- **Rotación en Rehabilitación.**

El residente adquirirá los conocimientos y habilidades en las técnicas rehabilitadoras indicadas en geriatría, con especial énfasis en la rehabilitación del ictus, la fractura de cadera, amputación de miembros inferiores y extremidad superior. Participará, con el adjunto asignado, del proceso de valoración funcional y de la discapacidad y aprenderá a explorar adecuadamente los déficits en la marcha y el equilibrio y se familiarizará con las ayudas técnicas más habituales y los tratamientos más frecuentes.

- **Rotación en Medicina Interna.**

Se debe hacer especial énfasis en el proceso diagnóstico de las enfermedades más prevalentes en el anciano (neumonía, infecciones urinarias, tuberculosis, sepsis) y la fiebre de origen desconocido. En este apartado el residente actúa con un nivel 2 de responsabilidad, consultando todos los aspectos al médico adjunto, tanto a nivel de prescripción, como realización de informes o certificados de éxitos. En cuanto a las técnicas de recogida de muestras actuará bajo supervisión física continua del adjunto.

- **Rotación en Cuidados Paliativos.**

Durante esta rotación el residente estará en contacto con el enfermo terminal, oncológico y no oncológico. Deberá conocer el tratamiento sintomático y paliativo, manejo del dolor, manejo y prevención de las complicaciones, criterios de ingreso, planificación de cuidados, uso y adecuación de servicios socio-comunitarios.

Deberá coordinar la relación con el paciente y familia, gestionar el soporte psicológico y facilitar consejo y apoyo. En este sentido habrá de estar familiarizado con la bioética



y toma de decisiones. La responsabilidad en cuanto al manejo del paciente en general, salvo en la prescripción de opiáceos durante el primer tercio 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 el segundo y tercer tercios 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 PADES.

Durante el primer tercio de la rotación el residente acudirá siempre acompañado por el médico adjunto especialista en Geriátrica, 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. 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.

A mediados del 2º 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.



- Rotación en equipos de atención domiciliaria (primaria/hospitalización a domicilio)

El residente acompañará a los miembros del equipo de atención domiciliaria de quien aprenderá las peculiaridades del proceso diagnóstico, terapéutico y relacional que entraña la atención en el entorno propio del paciente. Deberá ser supervisado en las intervenciones que realice y en la documentación de las intervenciones y de la redacción de los cursos clínicos. A medida que avance en el desarrollo de la rotación podrá ir asumiendo mayor responsabilidad, bajo la supervisión del adjunto y del equipo multidisciplinar.

- Rotación en Residencia Geriátrica.

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 en Psicogeriatría.

El primer tercio de la rotación el residente precisará supervisión continua por parte del adjunto, y actuará como observador en las siguientes habilidades: Entrevista psiquiátrica, proceso diagnóstico, manejo de pacientes con trastornos conductuales, tratamiento no farmacológico y uso de psicofármacos en el anciano. Información, consejo y relación con paciente y familia. Coordinación con unidades de hospitalización y estructuras sociosanitarias del área. 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 el segundo tercio de la rotación podrá explorar y realizar la historia clínica sin supervisión directa, pero el adjunto ha de estar disponible en planta, y deberá tener supervisión física para la prescripción farmacológica, planificación, información y realización de informes, así



como para dirigir la sesión multidisciplinar, actos que podrá realizar de forma autónoma y ser revisado a posteriori por el adjunto en el tercer tercio de la rotación.

4.2.3. Residentes de tercer año

5. Rotación en UFISS

En el primer tercio de la rotación el residente precisará consultar al adjunto todas las decisiones de derivación y coordinación con servicios diferentes al adjunto, aunque éste no le acompañe en las visitas, que podrá realizar de forma autónoma, progresivamente la capacidad de decisión será cada vez más independiente, hasta no precisar supervisión por parte del adjunto al final de la rotación. Deberá siempre revisar a posteriori las decisiones.

- Rotación en hospital de día y Unidad funcional de fragilidad.

El primer tercio de la rotación el residente asumirá como propios los pacientes del hospital de día y podrá realizar la historia clínica, la exploración física en la consulta y la valoración global con las pertinentes escalas de valoración, 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 multidisciplinarias y la información. En el último tercio de la rotación, 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.

- Rotación en Oncogeriatría

El residente, complementando el trabajo realizado en la unidad funcional de fragilidad, deberá familiarizarse con las particularidades de la enfermedad oncológica que afecta al anciano y los condicionantes que supone la situación de fragilidad. Para ello realizará las valoraciones y propondrá planes de intervención en el seno del equipo interdisciplinar y deberá adquirir experiencia en el proceso de información a pacientes y familias. Su responsabilidad será de un nivel 2.



- Rotación en Convalecencia-media estancia.

Nivel 1 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.

- Rotación en Larga estancia.

Nivel 1 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. Para la realización de exploraciones invasivas (punciones, etc.) deberá tener supervisión física a pie de cama. La autonomía será progresivamente mayor hasta en el último tercio de la rotación ser completamente autónomo para todas las actuaciones, pudiendo precisar la supervisión o realizar consultas a posteriori

4.2.4. Residentes de cuarto año

- Rotación en Ortogeriatría.

En el primer tercio de la rotación el residente presenta un nivel de responsabilidad completa en la realización de la historia clínica, exploración física y realización del informe de alta, debiendo precisar de supervisión y consultar al adjunto en la solicitud de exploraciones complementarias y en la coordinación de los cuidados al alta y en la prescripción farmacológica. La autonomía será progresivamente mayor hasta en el último tercio de la rotación ser completamente autónomo para todas las actuaciones, pudiendo precisar la supervisión o realizar consultas a posteriori.

- Rotación Unidad Geriátrica de Agedos (UGA)/Subagudos.

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 éxitus, informando de ello al adjunto asignado.

- Rotación en Urgencias (Atención continuada).

La estancia en Urgencias, sede principal de la atención continuada durante todo el periodo formativo, será supervisada per un adjunto del Servicio de Urgencias. En el primer año de rotación deberá ser supervisado de presencia física, tanto en la realización de la historia clínica como en la exploración. Podrá realizar el curso clínico, que deberá 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 éxitus sin supervisión de presencia física.

A medida que vaya progresando en su formación la supervisión irá disminuyendo en todos aspectos de la atención médica de manera que la autonomía será progresivamente mayor hasta que en los últimos seis meses de la rotación será completamente autónomo para todas las actuaciones, pudiendo precisar la supervisión o realizar consultas a posteriori.

5. Nivel de Supervisión por competencia y año de residencia

AREA DE HOSPITALIZACIÓN	R1	R2	R3	R4
Realización de historia clínica	3	2	1	1
Exploración física	3	2	1	1
Rellenar los documentos de consentimiento informado de las pruebas o tratamientos que lo requieran, partes judiciales y otros	3	2	2	1
Solicitud de exploraciones complementarias	3	2	2	1
Realización de una valoración geriátrica integral	3	2	2-1	1
Orientación diagnóstica por problemas	3	2	2-1	1
Manejo de síndromes geriátricos	3	2	2	1
Realización de gasometrías, toracocentesis, paracentesis, artrocentesis	3	2	2	1
Interpretación de pruebas complementarias	3	2	1	1
Realización e interpretación de punción lumbar	3	2	2	1



Diagnóstico y manejo de las patologías más prevalentes	3	2	2-1	1
Realización de informes de alta	3	2	2-1	1
Realización de técnicas de resucitación cardiopulmonar avanzada	3	2	2-1	1
Manejo de aminas vasoactivas	3	2	2-1	1
VMNI	3-2	2	2-1	1
Manejo de los fármacos neurolépticos	3	3-2	2	1
Abordaje de los trastorno psicoconductuales	3	2	2	1
Orientación rehabilitadora	3	2	2-1	1
Realizar interconsultas de otros servicios	3	3-2	2	1
Dirigir sesión multidisciplinar	3	2	2-1	1

RADIOLOGIA	R1	R2	R3	R4
Interpretación de la placa simple	3			
Conocer los principales patrones radiológicos	3			
Indicaciones de las principales pruebas y técnicas radiológicas	3			

CONSULTAS EXTERNAS	R1	R2	R3	R4
Presentarse e informar al paciente y familiares				1
Identificación Motivo de consulta				1
Aplicar y gestionar la Valoración Geriátrica Integral Ambulatoria. Identificar los grandes síndromes geriátricos.				1
Identificar, interdisciplinariamente, el resto de problemas acompañantes al paciente que se atiende ambulatoriamente				2
Solicitar e interpretar correctamente la analítica necesaria en la atención ambulatoria del paciente geriátrico				2
Indicación e interpretación correctas de la radiología simple de tórax y abdomen y/o otras localizaciones				2
Priorizar las acciones terapéuticas, de manera coordinada con el resto del equipo asistencial, personalizada en el paciente y respetando las decisiones del mismo.				2
Manejo adecuado e indicación de procedimientos de rehabilitación física y funcional				2
Gestión con el equipo asistencial del tiempo óptimo de visitas				2
Planificación del seguimiento en coordinación con los cuidadores o familia y los equipos de Atención Primaria				2
Aplicar criterios de interconsulta y derivación				2



AREA DE URGENCIAS (ATENCIÓN CONTINUADA)	R1	R2	R3	R4
Presentarse e informar al paciente y familiares	2	1	1	1
Realización correcta de una historia clínica, orientación global del paciente identificando el motivo actual de consulta y valoración global del grado de gravedad	3	2	1	1
Evaluación estado de consciencia y mental del paciente	3	2	1	1
Realizar de forma sistemática la exploración física general así como la exploración física específica según orientación clínica	3	2	1	1
Solicitar e interpretar correctamente la analítica básica en la atención del paciente urgente	3	2	1	1
Indicación e interpretación correctas de la radiología simple de tórax y abdomen y/o otras localizaciones	3	2	1	1
Manejo de las patologías más prevalentes en UCIAS	3	2	2	1
Aplicación de los códigos más prevalentes (IAM, sepsis, ictus)	3	2	2	1
Indicación e interpretación correctas del electrocardiograma de 12 derivaciones, especialmente de los que indican gravedad (infarto miocardio, arritmias malignas, etc.)	3	2	1	1
Iniciarse en las punciones arteriales, venosas, toracocentesis, paracentesis, punción lumbar y artrocentesis	3	3	2	1
Sondaje vesical y naso gástrico	3	2	2	1
Conocimiento y uso de monitores Sistemas de monitorización, respiradores, interpretación de alarmas, aspirados y lavado gástrico	3	3	2	1
Iniciación a la terapéutica en urgencias: sueroterapia, nebulizaciones, oxigenoterapia y la indicación de los principales fármacos usados en el área de Urgencias e Intensivos (R2)	3	2	2	1
Aplicar correctamente los tratamientos antibióticos según protocolos del centro	3	2	1	1
Valoración y tratamiento del paciente poli traumático (no crítico y crítico)	3	2	1	1
Reanimación cardiopulmonar básica y/o avanzada	3	2	1	1
Aprender la valoración básica de la patología quirúrgica general y de las diferentes especialidades quirúrgicas	3	2	1	1
Desbridamiento de abscesos de partes blandas y tratamiento de las heridas inciso-contusas	3	2	1	1
Iniciación en suturas básicas así como en técnicas básicas de oftalmología (fluoresceína) y específicas (FO) y ORL (taponamiento nasal)	3	2	1	1
Iniciación/perfeccionamiento en las técnicas de vendaje, férulas de yeso o metálicas así como de curas	3	2	2	1
Tener conocimientos de ecografía de urgencias	3	3	2	2
Realizar un informe de alta o ingreso hospitalario	3	2	1	1
Decidir el tratamiento y la estrategia específica de manejo del paciente.	3	2	1	1
Toma de decisión del destino del paciente: alta o ingreso	3	2	1	1



MEDIA ESTANCIA/CONVALECENCIA	R1	R2	R3	R4
Presentarse e informar al paciente y familiares			1	
Valoración Geriátrica Integral de 'novo' o actualizando una previa reciente			1	
Identificar el problema/s principal/es de motivo de ingreso: rehabilitador, estabilizador, adaptativo, etc			1	
Identificar, interdisciplinariamente, el resto de problemas acompañantes al paciente que ingresa en media estancia			2	
Solicitar e interpretar correctamente la analítica necesaria en la atención del paciente hospitalizado en convalecencia o media estancia			2	
Indicación e interpretación correctas de la radiología simple de tórax y abdomen y/o otras localizaciones			2	
Prevención y manejo de úlceras cutáneas, caídas, intoxicaciones farmacológicas, malnutrición, incontinencia de esfínteres, desorientación témporo-espacial, trombosis venosa profunda, neumonía por aspiración, ...			2	
Identificación y manejo de las complicaciones clínicas más prevalentes en el paciente geriátrico en media estancia			2	
Manejo adecuado e indicación de procedimientos de rehabilitación física y funcional			2	
Gestión con el equipo asistencial del tiempo óptimo de ingreso en media estancia			2	
Planificación del alta en coordinación con los cuidadores o familia y los equipos de Atención Primaria			2	
Aplicar criterios de interconsulta y derivación			2	

LARGA ESTANCIA	R1	R2	R3	R4
Presentarse e informar al paciente y familiares			2	
Valoración Geriátrica Integral de 'novo' o actualizando una previa reciente			2	
Identificar el problema/s principal/es de motivo de ingreso en Larga Estancia, identificando la principal causa o motivo de atención clínica			2	
Identificar, interdisciplinariamente, el resto de problemas acompañantes al paciente que ingresa en larga estancia			2	
Solicitar e interpretar correctamente la analítica necesaria en la atención del paciente hospitalizado en larga estancia			2	
Indicación e interpretación correctas de la radiología simple de tórax y abdomen y/u otras localizaciones			2	
Prevención y manejo de úlceras cutáneas, caídas, intoxicaciones farmacológicas, malnutrición, incontinencia de esfínteres, desorientación témporo-espacial, agitación psicomotriz, trombosis venosa profunda, neumonía por aspiración, etc.			2	
Identificación y manejo de las complicaciones clínicas más prevalentes en el paciente geriátrico en larga estancia			2	



Manejo adecuado e indicación de procedimientos de promoción del ejercicio físico, mantenimiento funcional y adecuada nutrición			2
Gestión con el equipo asistencial del tiempo óptimo de ingreso en larga estancia			2
Planificación del alta en coordinación con los cuidadores o familia, los equipos de Atención Primaria de Salud y Sociales u otros dispositivos sociales como los de institucionalización			2
Aplicar criterios de interconsulta y derivación			2
Gestión con dispositivos de la comunidad de la lista de espera de ingreso en Larga Estancia			2

CUIDADOS PALIATIVOS	R1	R2	R3	R4
Prescripción de opioides		2		
Información y coordinación y planificación de cuidados		3-2		
Identificación de sintomatología emocional, social y espiritual		2		
Dirección de sesiones multidisciplinares		2		
Realización de informes de alta		2		
ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADES)	R1	R2	R3	R4
Manejo del tratamiento sintomático y sedación		2		
Manejo e intercambio de opioides		2		
Comunicación de malas noticias		2		

PSICOGERIATRIA	R1	R2	R3	R4
Nota de acogida del paciente psicogeriatrico, primera atención al paciente y sus cuidadores-familia		2		
Evaluación del nivel cognitivo y diagnostico diferencial de déficit cognitivo		2		
Identificación de los problemas psicoafectivos del paciente psicogeriatrico		3-2		
Identificación de los problemas de comportamiento, agitación psicomotriz y agresividad		3-2		
Manejo de los problemas no controlados de la esfera psicoafectiva del paciente psicogeriatrico		2		
Identificación y manejo de los problemas físicos y funcionales del paciente psicogeriatrico		2		
Aplicar criterios de interconsulta y derivación		3-2		
Priorizar las acciones terapéuticas, de manera coordinada con el resto del equipo		2		
Evaluación del momento adecuado y coordinado del alta de geriatría del paciente psicogeriatrico		2		



ORTOGERIATRIA	R1	R2	R3	R4
Realización de historia clínica y planificación				1
Prescripción farmacológica				2-1
Manejo perioperatorio				2-1
Solicitud de exploraciones complementarias				2-1
Coordinación del alta y comunicación				2-1
Realización de informes de alta				1

ONCOGERIATRIA	R1	R2	R3	R4
Realización de historia clínica y planificación			2-1	
Valoración de la fragilidad mediante escalas validadas. Interpretación y actuación según resultados			2	
Prescripción farmacológica			2	
Solicitud de exploraciones complementarias			2	
Coordinación del alta y comunicación			2	
Realización de informes de alta			2	

HOSPITAL DE DIA /UNIDAD FUNCIONAL DE FRAGILIDAD	R1	R2	R3	R4
Realización de historia clínica, manejo diagnóstico y prescripción farmacológica y no farmacológica		2		
Valoración de la fragilidad mediante escalas validadas. Interpretación y actuación según resultados		2		
Exploraciones complementarias invasivas		3-2		
Realización de informes y comunicación con familias		2		
Dirección de sesiones multidisciplinares		3-2		

ÁREA DE RESIDENCIA GERIÁTRICA	R1	R2	R3	R4
Gestión residencial		3-2		
Coordinación con especialidades y hospital de agudos		2		
Planificación de cuidados del paciente institucionalizado		2		



UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS / SUBAGUDOS	R1	R2	R3	R4
Presentarse e informar al paciente y familiares	2			1
Realización correcta de una historia clínica (anamnesis, exploración física, tests), orientación global del paciente identificando el motivo actual de consulta y valoración global del grado de complejidad aplicando la	3			1
Uso adecuado de tests diagnósticos y de evolución física, funcional, cognitivo, emocional y social	3			1
Identificación clara de procesos agudos, subagudos, crónicos reagudizados	3			1
Elaborar un diagnóstico adecuado por problemas	3			1
Solicitar e interpretar correctamente la analítica básica en la atención del paciente mayor hospitalizado	3			1
Indicación e interpretación correctas de la radiología simple de tórax y abdomen y/o otras localizaciones	3			1
Indicación e interpretación correctas del electrocardiograma de 12 derivaciones, especialmente de los que indican gravedad (infarto miocardio, arritmias malignas, etc.)	3			1
Iniciarse en las punciones arteriales, venosas, toracocentesis, paracentesis, punción lumbar y artrocentesis, con en especial orientación en la persona mayor	3			1
Sondaje vesical y naso gástrico	3			1
Iniciación a la terapéutica en la hospitalización: diseño de dieta, sueroterapia, nebulizaciones, oxigenoterapia y la indicación de los principales fármacos usados en el área de Hospitalización de Geriatria	3			1
Aplicar correctamente los tratamientos antibióticos según protocolos del centro	3			
Reanimación cardiopulmonar básica y/o avanzada	3			1
Prevención y cura de úlceras, de caídas u otros efectos indeseables por iatrogenia	3			1
Manejo de técnicas de comunicación	3			2
Aplicar criterios de interconsulta y derivación	3			2-1
Uso de fármacos y otros instrumentos en los procesos de fracaso multiorgánico o situaciones de terminalidad.	3			2