

ITINERARIO FORMATIVO UNIDAD DOCENTE: ENFERMERIA GERIATRICA

Versión 2

Aprobado por la Comisión de Docencia en enero de 2021

Autoras: Núria Collell Domenech

Salut Madriles Basagaña

Anna Pujol Garcia

JEFA UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL: Pilar Galdina Valls Borrueal

TUTORA: María José Morales Moreno

1. Objetivos generales y específicos para la formación

Generales

El objetivo de este Itinerario Formativo es establecer los procedimientos y las actividades que deben realizar (o en los que deben participar) las Enfermeras Internas Residentes (EIRs) y la planificación y temporalización de los mismos para conseguir el grado de especialización necesario. Asimismo, en este Itinerario Formativo se establecen los diferentes niveles de responsabilidad que debe asumir la Enfermera Especialista de forma progresiva y que están directamente asociados con diferentes grados de supervisión en la ejecución de las actividades.

Específicos

De una manera concreta, se espera que una Enfermera Especialista en Enfermería Geriátrica pueda realizar una serie de tareas y asumir unas determinadas responsabilidades acordes con el perfil competencial dispuesto por la legislación vigente.

Dichas competencias profesionales se consideran transversales al ser necesario su desempeño en diferentes ámbitos y vinculan con las siguientes áreas:

1 Bases de la Gerontología

1.1. Conocimiento relevante de los aspectos históricos y antropológicos en el cuidado de la persona anciana y capacidad para su aplicación.

1.2. Conocimiento relevante de la gerontología, capacidad para desarrollarla y para realizar valoraciones gerontológicas utilizando las herramientas y marcos adecuados para la persona anciana

1.3. Conocimiento relevante del envejecimiento poblacional y capacidad para analizar las causas y consecuencias del mismo.

- 1.4. Conocimiento relevante de los factores que influyen en el envejecimiento saludable y capacidad para su aplicación.
- 1.5. Capacidad para responder a las necesidades personales durante las etapas del envejecimiento y proceso de muerte, teniendo presente la historia de vida y desarrollar las bases de la tanatología.
- 1.6. Conocimiento exhaustivo de teorías, modelos de enfermería y práctica de enfermería avanzada mediante los diagnósticos, intervenciones y resultados esperados en el cuidado de la persona anciana y capacidad para su aplicación.
- 1.7. Capacidad para reconocer los diversos roles, responsabilidades y funciones de una enfermera especialista en el marco de un equipo interdisciplinar, en los distintos niveles asistenciales.
- 1.8. Capacidad para planificar, ejecutar y evaluar cuidados relacionados con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria considerando los aspectos emocionales, físicos, sociales y espirituales.
- 1.9. Capacidad para evaluar los programas individualizados más apropiados de atención, junto a la persona anciana, sus cuidadores, familia y otros profesionales
- 1.10. Capacidad para enseñar, educar, facilitar, supervisar y apoyar a los estudiantes de cuidados de salud y otro personal involucrado

2 Gerontología experimental

- 2.1. Conocimiento relevante de los avances en las teorías sobre envejecimiento.

3 Gerontología Clínica

- 3.1 Capacidad para valorar, diagnosticar y dar respuesta a las alteraciones del ciclo salud -enfermedad en las personas ancianas.
- 3.2. 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.
- 3.3. Capacidad para prevenir los factores de riesgo que contribuyan al deterioro funcional, educar en salud, proporcionar bienestar y confort en la situación de fragilidad, sufrimiento, enfermedad, discapacidad, dependencia o muerte.
- 3.4. Capacidad para administrar con seguridad fármacos y otras terapias complementarias contemplando las especificidades de la persona anciana

4 Gerontología psicológica

- 4.1. Capacidad para identificar y tratar comportamientos complejos y desafiantes.

4.2. Capacidad para realizar una comunicación efectiva que permita que las personas ancianas y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses, para responder adecuadamente.

4.3. Capacidad para dar apoyo emocional a las personas ancianas y sus cuidadores en cualquier situación e identificar cuando sea necesaria la intervención de otros profesionales.

5 Gerontología social

5.1. Conocimiento relevante de las distintas estructuras sociales.

5.2. Capacidad para reconocer a la persona anciana dentro de su cultura, género y clase social para individualizar los cuidados

5.3. Capacidad para reconocer al cuidador no profesional como agente proveedor de cuidados.

5.4. Capacidad para evitar, identificar precozmente y actuar sobre los malos tratos.

6 Educación para la salud en el ámbito gerontológico

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

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

7 Marco legal y políticas socio-sanitarias en Enfermería Gerontológica

7.1. Conocimiento relevante de las políticas autonómicas, nacionales, regionales e internacionales y capacidad para intervenir en su desarrollo.

7.2. Capacidad para abogar e influir dentro del sistema sanitario, social y político por las necesidades de las personas ancianas, especialmente de los más frágiles y de edad avanzada

8 Bioética en enfermería Gerontológica

8.1. Conocimiento relevante de los principios filosóficos, ética y legislación en relación con las personas ancianas y capacidad para su aplicación.

8.2. Capacidad para trabajar de una manera holística para asegurar que los derechos, creencias y deseos de las personas ancianas no se vean comprometidos.

8.3. Capacidad para asegurar la dignidad, privacidad y confidencialidad de la persona anciana.

8.4. Capacidad para cuestionar, evaluar, interpretar y sintetizar críticamente un abanico de información y fuentes de datos que faciliten la elección de la persona anciana.

8.5. Capacidad para hacer frente a las preocupaciones individuales o familiares sobre la prestación de asistencia, la gestión del dolor y los temas relativos a la terminalidad.

9 Investigación en enfermería gerontológica

9.1. Capacidad para generar y difundir el conocimiento científico y proveer cuidados de calidad a las personas ancianas basados en la mejor evidencia disponible.

10 Gestión de cuidados y servicios gerontológicos

10.1. Capacidad para liderar, coordinar y dirigir los procesos de gestión clínica.

10.2. Capacidad para gestionar los sistemas de información relativos a la práctica profesional.

10.3. Capacidad para gestionar, liderar y coordinar la mejora continua de la calidad de los cuidados, resolver problemas y tomar decisiones que aseguren alcanzar los estándares de calidad en los servicios y evaluar y auditar según los estándares establecidos.

10.4. Capacidad para gestionar, liderar y coordinar la continuidad de cuidados con otros agentes proveedores de servicios y usar eficientemente los recursos sociosanitarios.

10.5. Conocimiento de las tecnologías dirigidas a los cuidados de salud específicos y capacidad para informar, registrar, documentar y derivar los cuidados para mejorar la seguridad y monitorizar el estado de salud y los resultados en personas ancianas.

10.6. Capacidad para dirigir y coordinar el equipo interdisciplinar, organizando y delegando actividades y cuidados adecuadamente.

10.7. Capacidad para valorar el riesgo y promocionar activamente el bienestar y seguridad de usuarios y profesionales.

2. Duración de la formación

Siguiendo lo establecido en la Orden SAS/3225/2009 de 13 de noviembre del Ministerio de sanidad y Política Social, la duración de la formación para acceder a la Especialidades de dos años y será necesario que los residentes hayan obtenido una titulación previa de Diplomada en Enfermería o Graduada Universitario en Enfermería.

3. Competencias profesionales a adquirir según año de residencia, detallando actividades asistenciales y calendario de rotaciones

Año Residencia	Ubicación y Rotación	Duración meses	Objetivos docentes	Ámbito programa especialidad	Nivel responsabilidad R1	Nivel responsabilidad R2
R1 + R2	Unidad Geriatria Agudos (Modulo I)	1mes + 1mes	Utilizar los instrumentos de valoración y evaluación validados y adaptados a personas ancianas de forma adecuada	1.2	3-2	2-1
			Aportar la valoración enfermera con un elemento indispensable de la valoración interdisciplinar	1.3		
			Establecer una relación de equipo con todos los profesionales de la Unidad: médicos, enfermeras, TO, Fisioterapeutas, Trabajo Social, Logopedia, Nutricionistas y dietética y auxiliares	1.6		
			Integra el propio rol al conjunto de la Unidad	1.7 1.8		
			Hacer la valoración de enfermería y su registro con el formato y metodología que se le indique. Realizar la Valoración Geriátrica Integral.	1.4	3-2	2-1
		Utilizar los instrumentos de valoración y evaluación validados y adaptados a personas ancianas de forma adecuada.	1.6			
		Describir adecuadamente los cambios fisiológicos del envejecimiento en el individuo y su implicación y relación con la evolución terapéutica.	1.8			
		Registrar los datos clínicos y la Valoración Geriátrica Integral.	3.1			
			Identificar y registrar los síndromes geriátricos más prevalentes.	3.2		
			Manejar la documentación propia de la Unidad y la genérica del Hospital	10.2	3-2	2-1
		Incorporar críticamente los datos ya registrados y conocidos del paciente y su entorno para la toma de decisiones, tanto los existentes en el HCIS como en la HC3 de Cataluña y el e-CAP de la Atención Primaria	7.1			
		Reconocer y utilizar adecuadamente la terminología del TermCAT.	7.2			
			8.4			
			Referirse al paciente siempre por su nombre y no por su ubicación o cuadro clínico.	7.2	2-1	1
		Establecer una adecuada relación terapéutica de confianza con los pacientes asignados y su entorno familiar, manteniendo la misma de forma empática y asertiva.	8.2			
			8.3			

	<p>Aplicar herramientas ante los retos y resistencias en la comunicación. Colaborar en el proceso de información a pacientes y su entorno familiar.</p>	<p>8.4 8.5</p>		
	<p>Identificar quien es el profesional referente del paciente y de su entorno familiar. Conocer y registrar el Equipo de Atención Primaria (EAP) del paciente y si el paciente lo considera su referente. Identificar y registrar al cuidador principal (CP) y su relación con el paciente y con el resto del entorno familiar. Identificar y registrar al CP y su grado de competencia. Conocer, registrar y respetar las preferencias y valores del paciente y su entorno para el manejo de sus problemas de salud</p>	<p>1.9 5.2 5.3 3.3 7.1 7.2 8.1 8.4 8.5</p>	3-2	2-1
	<p>Colaborar en el proceso de identificación del grado de competencia del paciente para la toma de decisiones Colaborar en el proceso de la toma de decisiones teniendo en cuenta la opinión del equipo asistencial referente del paciente. Colaborar en la información de las malas noticias y consentimientos informados. Detectar e identificar dilemas éticos.</p>	<p>8.1 3.2 4.1 4.2 4.3 4.1 8.1 8.5</p>	3-2	2-1
	<p>Identificar el riesgo y/o la presencia de delirium o síndrome confusional agudo (SCA), especialmente hipoactivo. Atender y participar activamente en las medidas preventivas- terapéuticas no farmacológicas.</p>	<p>3.2 3.3 3.4</p>	3-2	2-1
	<p>Identificar y registrar la polifarmacia. Identificar y comunicar los fármacos de riesgo en el paciente geriátrico. Detectar y corregir la iatrogenia.</p>	<p>3.4 3.1</p>	2-1	1
	<p>Detectar y corregir la constipación. Detectar e identificar el riesgo de úlceras por presión y hacer un abordaje preventivo. Identificar y tratar las úlceras por presión. Valorar el estado nutricional. Detectar e identificar el déficit de autocuidado de los pacientes</p>	<p>3.1 3.2 3.3 6.1</p>	2-1	1
	<p>Participar activamente en los Planes Terapéuticos, presentando los casos propios. Presentar los casos clínicos que se le indiquen en las sesiones clínicas, aportando siempre la valoración integral del paciente y su entorno Proponer las interconsultas necesarias para la toma de decisiones. Sospechar la parálisis pronóstica y la obstinación terapéutica y así expresarlo al</p>	<p>1.6 1.7 8.4 10.1</p>	3-2	2-1

		Equipo Asistencial. Identificar y avisar del riesgo de abuso de los ancianos por parte del sistema sanitario o de su entorno.			
		Identificar adecuadamente las manifestaciones clínicas y el abordaje terapéutico de las enfermedades más prevalentes en los pacientes ingresados en la Unidad. Conocer y seguir las Guías propias del Hospital Conocer y promover intervenciones educativas en situaciones especiales.	3.1 10.3 10.5 5.6.1 5.6.2	3-2	2-1
		Prevenir el deterioro funcional ligado a la hospitalización de los pacientes frágiles y geriátricos. Colaborar en la prevención y control de las infecciones nosocomiales de la Unidad. Educar a las personas ancianas, familia y cuidadores sobre las situaciones derivadas del proceso del envejecimiento y del ciclo de salud-enfermedad. Elaborar un plan individualizado de acción para favorecer la autonomía y evitar la pérdida de funciones del paciente.	3.1 3.2 3.3 3.4 6.2	3-2	2-1
		Reconocer i colaborar en la identificación de los pacientes crónicos complejos (PCC). Participar en la identificación de los pacientes con enfermedad crónica avanzada y progresiva (MACA) utilizando el instrumento NECPAL. Colaborar en la elaboración del Programa Individual Compartido (PIC) de los pacientes MACA.	10.6 7.1 7.2	3-2	2-1
		Detectar y registrar el sufrimiento de sus pacientes. Detectar y reflexionar sobre las propias emociones que le genera la relación con el paciente y su entorno.	4.2 4.3 5.4	3-2	2-1
		Reconocer y saber describir el papel de cada profesional en el Equipo Asistencial. Adaptar el trabajo personal a la necesaria organización global de la planta, respetando los tiempos necesarios para cada profesional. Detectar y reflexionar sobre las propias emociones que le genera la relación interprofesional.	1.2 1.6 1.7 10.7	3-2	2-1

Año Residencia	Ubicación y Rotación (según BOE del programa de la especialidad))	Duración meses	Objetivos docentes	Ámbito programa especialidad	Responsabilidad Nivel R1	Responsabilidad Nivel R2
R1	Convalecencia (Módulo I)	1 mes	<p>Se integra plenamente en la Unidad y se responsabiliza de su rol de enfermera en los pacientes que le asigne el/la responsable de la Unidad, con la supervisión a distancia de los responsables de Enfermería de la Unidad. Aplicar las herramientas básicas de gestión por procesos en la gestión clínica. Aplicar los modelos de gestión orientados a la persona anciana. Utilizar en la práctica los distintos instrumentos de evaluación..</p> <p>Asegura la coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos y niveles de atención para la continuidad al plan de cuidados Consulta a otro profesional cuando valora que su intervención favorece o mejora la evolución de su problema. Integra en las decisiones, planes terapéuticos e información a pacientes y familiares los conceptos y técnicas de Fisioterapia, TO y Logopedia Incorpora a los Planes Terapéuticos desde el inicio las indicaciones de TO para la prevención/recuperación funcional y/o para la adaptación a la pérdida de autonomía de paciente, tanto las dirigidas a éste como para las destinadas al propio equipo asistencial, al CP y al entorno familiar.</p> <p>Desarrolla unas acciones positivas con las personas ancianas, las familias y otros cuidadores con el fin de abordar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Colabora en considerar la dimensión autonomía/función centro de la actividad asistencial de la Unidad, incluyendo las preferencias y necesidades del paciente, CP y entorno familiar en el plan de cuidados individualizado.</p> <p>Identificación y manejo adecuado de los síndromes geriátricos más frecuentes en la unidad. (trastorno de la marcha, caídas, síndrome postcaída, delirium, constipación, polifarmacia, dolor agudo y crónico, incontinencia urinaria de aparición reciente, UPP, depresión, ansiedad y trastornos del sueño.)</p>	<p>1.2 10.3 10.5</p> <p>10.4 10.1 1.2 10.6</p> <p>5.3 6.1 6.2 3.3</p> <p>3.1 3.2 3.3 3.4</p>	<p>3-2</p> <p>3-2 3-2 2-1</p> <p>2-1</p> <p>2-1</p>	

		<p>Presencia y colabora en la valoración, intervención y seguimiento de pacientes afectos de disfagia y trastornos del lenguaje por parte de Logopedia en los pacientes de la unidad.</p> <p>Detectar la necesidad de valoración por Servicio de Nutrición tras hacer el primer abordaje en la Unidad.</p> <p>Manejar adecuadamente el abordaje terapéutico, farmacológico y no farmacológico, de las enfermedades agudas y/o crónicas más prevalentes en la Unidad, por ser causa de ingreso o enfermedad previa: especialmente fractura de cadera, AVC y patología traumatológica y reumatológica no quirúrgica.</p>	1.2 1.7		
		<p>Manejar adecuadamente los conceptos de fragilidad, enfermedad, incapacidad y dependencia en las personas ancianas.</p> <p>Identifica, valora y comenta con el tutor, la comorbilidad y la mejora funcional de los pacientes dados de alta en la Unidad.</p>	1.1 1.5 1.8 1.9	2-1 2-1	
		<p>Conocimiento de las estrategias ante comportamientos complejos y desafiantes.</p> <p>Utilizar la relación de ayuda como herramienta terapéutica en la intervención con la persona anciana familia y otros cuidadores.</p> <p>Mantener una actitud de escucha activa para facilitar la comunicación.</p> <p>Identificar las situaciones en que sea necesario intervenir y aplicar técnicas adecuadas de soporte.</p>	4.1 4.2 5.4 4.4	2-1 3-2 2-1 2-1	
		<p>Habilidad para informar eficientemente y promover la participación activa en las opciones terapéuticas y los cuidados.</p> <p>Habilidad para promover el cumplimiento del régimen terapéutico.</p>	6.1 6.2	3-2 2-1	
		<p>Valora las habilidades individuales y familiares para afrontar los cambios evolutivos, resistencias y estrategias adaptativas para participar en el desarrollo de los planes de cuidados.</p> <p>Muestra habilidad para detectar las necesidades de formación de los cuidadores</p> <p>Destreza para educar-formar al cuidador en su cuidado.</p> <p>Identifica los dispositivos de ayuda que pueden contribuir a mejorar las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria</p>	5.2 5.3 6.1 6.2 10.5	3-2 2-1 3-2 2-1	
		<p>Evaluar las diferencias intergeneracionales en las creencias de los miembros de la familia que influyen en los cuidados.</p> <p>Habilidad para identificar e integrar en el cuidado de la persona anciana las</p>	1.1 5.1 5.2	3-2 3-2 2-1	

		<p>aportaciones de cada uno de los miembros de la familia y cuidadores. Conocimiento de las consecuencias del cuidado en la vida de quienes cuidan. Habilidad para detectar precozmente la claudicación del cuidador.</p>	<p>5.3 5.4</p>	<p>3-2</p>	
		<p>Participar de forma consensuada con tutor y equipo investigador en la línea de investigación: osteoporosis, Vit D y fragilidad Conocer las líneas prioritarias e implicarse en investigación de aspectos gerontológicos. Usar bases de datos públicas y privadas para incorporar las prácticas basadas en la evidencia al cuidado de las personas ancianas.</p>	<p>9.1</p>	<p>2-1</p>	
		<p>Adaptar los cuidados según las creencias de la persona anciana atendida. Respetar los deseos de las personas ancianas y de sus tutores Garantizar la dignidad, privacidad y confidencialidad de la persona anciana Promover la participación activa de la persona anciana o de su tutor en la toma de decisiones en todo lo relativo a su proceso de atención.</p>	<p>8.1 8.2 8.3 8.4</p>	<p>3-2 2-1 2-1 3-2</p>	

Año Residencia	Ubicación y Rotación (según BOE del programa de la especialidad))	Duración meses	Objetivos docentes	Ámbito programa especialidad	Nivel responsabilidad R1	Nivel responsabilidad R2
R1	Atención Primaria de salud (consulta de enfermería y atención domiciliaria) (Módulo II)	2 meses	Realizar valoración integral del paciente geriátrico, sano y/o familias siguiendo los programas de salud de nuestra comunidad. Siendo capaz de analizar e interpretar los datos recogidos, identificando precozmente los factores de riesgo para la salud	1.1 1.2 3.3 1.7	2-1	
			<p>Conocer y utilizar correctamente la documentación clínica en la Atención Primaria relativa al paciente geriátrico. Cumplimentar correctamente los registros correspondientes y manejar adecuadamente los programas informáticos.</p> <p>Utilizar adecuadamente los diferentes medios tecnológicos y de comunicación para el intercambio de información dentro del equipo y con otros profesionales, unidades y/u otros centros.</p> <p>Reconocer y utilizar la terminología del TermCAT.</p>	10.2 10.5 7.1	3-2 3-2	
			<p>Conocer, participar y llevar a cabo los programas de salud en el paciente geriátrico de cada comunidad y los protocolizados en cada centro, tanto los individuales como los grupales con eficacia y eficiencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Programa del anciano sano -Programa del “paciente experto”, -Prevención de accidentes, -Plan de actuación para prevenir los efectos de la ola de calor sobre la salud adaptado al paciente geriátrico(POCS), -Calendario de vacunaciones sistemáticas, etc... 	1.4 2.1 1.9 6.1 6.2 3.1 7.1	2-1	

		<p>Identificar y registrar los síndromes geriátricos.</p> <p>Detectar la polifarmacia, sus posibles efectos secundarios, la cascada de medicación, también como causa principal de consulta urgente, en los pacientes frágiles y geriátricos.</p>	<p>3.2 3.1 3.4</p>	<p>2-1</p>	
		<p>Valorar los factores individuales, familiares, económicos, culturales y ambientales, que pueden influir en el mantenimiento de hábitos saludables y planificar acciones adaptadas que permitan un nivel óptimo de salud.</p> <p>Promover estilos de vida saludables en el anciano, fomentando el autocuidado y la autoestima, implementando programas de educación para la salud, coordinando actividades formativas y actuando conjuntamente con las personas e instituciones implicadas.</p> <p>Participar de manera cooperativa con el equipo interdisciplinar y supervisar que todas las intervenciones terapéuticas consigan el objetivo de aumentar el bienestar del paciente anciano.</p>	<p>1.4 1.5 1.6 6.1 7.2 10.4</p>	<p>3-2 2-1</p>	
		<p>Planificar cuidados de manera autónoma y/o con otros profesionales para prevenir las complicaciones derivadas de un proceso crónico con el fin de mantener y promover un nivel óptimo de salud del anciano.</p> <p>Realizar la continuidad de los cuidados tras el alta hospitalaria o bien tras el diagnóstico de una enfermedad oncológica o crónica.</p> <p>Realizar un plan de cuidados considerando las creencias, normas, ritos y costumbres, respetando la diversidad, las características propias de cada cultura.</p>	<p>1.9 3.1 3.2 3.3 3.4 8.2 8.4</p>	<p>3-1</p>	

		<p>Detectar la sobrecarga y necesidades del CP y entorno familiar, contribuyendo a su solución y dando respuesta.</p> <p>Prevenir, detectar y abordar, las situaciones de desprotección, desatención o maltrato, garantizando los derechos del anciano.</p> <p>Proporcionar a la familia estrategias/medidas de apoyo que ayuden en la conducta a seguir ante el agravamiento de la enfermedad, muerte y seguimiento del duelo ayudándoles a realizar un afrontamiento adecuado.</p>	<p>4.1 5.2 5.3 5.4</p>	<p>3-1 3-2 3-2</p>	
			<p>7.1 10.3 10.6 8.1 8.4 8.5</p>	<p>3-1</p>	

Año Residencia	Ubicación y Rotación (según BOE del programa de la especialidad))	Duración meses	Objetivos docentes	Ámbito programa especialidad	Nivel responsabilidad R1	Nivel responsabilidad R2	
R1	Larga estancia + Hospital de día Socio Sanitario (Módulo III)	1 meses	Identificar los principios de la gerontología y aplicarlos en la atención a las personas ancianas Conocimiento de las necesidades básicas y su relación con el envejecimiento. Incorporar la historia de vida como un elemento básico en la satisfacción de las necesidades de la persona anciana.	1.2 1.4 1.5	3-2	2-1	
R2		1 mes	Conocimiento y manejo de las principales escalas e instrumentos de valoración multidisciplinar, para establecer criterios uniformes. Identificar la alteración en las necesidades básicas para realizar un adecuado plan de cuidados. Conocimiento y manejo en los diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados. Identificar y describir la presencia de comorbilidad, iatrogenia y riesgos psicosociales como factores pronóstico en la persona anciana frágil.	1.6 1.7 2.1 3.4	3-2	2-1	
				Aportar la valoración enfermera como un elemento indispensable de la valoración interdisciplinar. Identificar las funciones propias y de colaboración en el marco del equipo interdisciplinar. Promover la continuidad de cuidados y adaptarlos a la evolución del proceso de atención. Asegurar la coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos y niveles de atención para dar continuidad al plan de cuidados. Conocimiento del concepto de interdisciplinariedad. Conocimiento de la contribución de la enfermera/ero dentro del equipo interdisciplinar mediante el plan de cuidados.	1.2 1.6 1.8 1.7	3-2	2-1
				Identificar las características de la sintomatología de las enfermedades crónicas y agudas en la persona anciana. Manejar adecuadamente los problemas derivados de la presentación de	3.1 3.2 3.3	3-2	2-1

	<p>síndromes geriátricos. Identificar los problemas cognitivos, sensoriales y perceptivos en los cuidados de las personas ancianas. Habilidad y actitud para cuidar al final de la vida.</p>			
	<p>Manejar la documentación propia de la Unidad y la genérica del Hospital Conocimiento de la tecnología de información y de comunicación. Conocimiento y manejo de la historia clínica electrónica. Mantenimiento de sistemas de información ordenados. Conocimiento de las distintas aplicaciones informáticas de uso más frecuente en el trabajo. Conocimiento de las características generales del Sistema de Información sus principios básicos y sus limitaciones. Reconocer y utilizar adecuadamente la terminología del TermCAT.</p>	<p>10.2 7.1</p>	<p>3-2</p>	<p>2-1</p>
	<p>Habilidad para planificar, aplicar y evaluar cuidados de calidad. Habilidad para promover el auto cuidado y no provocar una falsa dependencia Habilidad para potenciar el desarrollo cognitivo a través de la terapia de orientación a la realidad y reminiscencia. Habilidad para detectar la necesidad de derivación de la persona anciana o familiar a otros profesionales. Garantizar el bienestar y el confort de la persona anciana respetando sus hábitos y costumbres y teniendo en cuenta su historia de vida., Garantizar la correcta identificación de las personas ancianas que precisan cuidados paliativos.</p>	<p>3.1 3.2 1.1</p>	<p>3-2</p>	<p>2-1</p>
	<p>Conocimiento de la farmacocinética y farmacodinamia en la persona anciana. Contemplando la interacción los efectos adversos, la automedicación y la polifarmacia Identificar los avances de la prescripción enfermera Habilidad para promover el cumplimiento del régimen terapéutico</p>	<p>3.4</p>	<p>3-2</p>	<p>2-1</p>
	<p>Se comunica empática y asertivamente con pacientes y familiares, previniendo los conflictos, retos y resistencias y contribuyendo a solucionarlos cuando ocurran. Mantener una actitud de escucha activa para facilitar la comunicación Actitud de respeto ante la diversidad de valores y creencias. Identificar los comportamientos complejos y desafiantes para manejarlos adecuadamente.</p>	<p>8.1 8.2 8.3 8.4 4.1 4.2</p>	<p>3.2</p>	<p>2-1</p>

		<p>Conocimiento de los conceptos de últimas voluntades, consentimiento informada y secreto profesional.</p> <p>Promover la participación activa de la persona anciana o de su tutor en la toma de decisiones en todo lo relativo a su proceso de atención.</p> <p>Determinar las dimensiones éticas y jurídicas de las decisiones ante situaciones críticas y el final de la vida.</p> <p>Desarrollar habilidades para dar respuesta adecuada a las preocupaciones individuales y dilemas éticos detectados</p> <p>Conocimiento sobre dinámica de grupos gestión de conflictos y habilidades de negociación</p>			
		<p>Habilidades para la implicación activa de ancianos y familias en la toma de decisiones.</p> <p>Habilidad para conocer y respetar los deseos de la persona anciana y/o sus tutores.</p> <p>Conocimiento de los principios de dignidad, privacidad y confidencialidad en las personas mayores.</p>	8.5 8.3	3-2	2-1
		<p>Identificar las diferentes estructuras sociales en relación al género, la clase social, el ámbito y la cultura.</p> <p>Reconocer el potencial de las diferencias culturales y étnicas entre personas ancianas y múltiples cuidadores para influir en los resultados de los cuidados.</p> <p>Identificar el perfil del cuidador no profesional.</p> <p>Identificar y actuar sobre la claudicación del cuidador no profesional.</p> <p>Identificar el maltrato en la persona anciana o en sus cuidadores para poder actuar presuntivamente sobre ellos.</p> <p>Intervenir sobre las actuaciones de maltrato</p> <p>Realizar cuidados minimizando el uso de sujeciones físicas o farmacológicas y favorecer el entorno lo más independiente y seguro posible.</p>	5.1 5.2 5.3 5.4	3-2	2-1
		<p>Educar a las personas ancianas, familia y cuidadores sobre las situaciones derivadas del proceso del envejecimiento y del ciclo de salud-enfermedad.</p> <p>Conocimiento y habilidades para promover intervenciones educativas en situaciones especiales: Paciente con deterioro cognitivo etc.</p> <p>Valorar los resultados obtenidos de la información y la educación impartida.</p> <p>Adaptar el ritmo de enseñanza a las necesidades de la persona anciana y de su entorno.</p> <p>Utilizar la relación de ayuda como herramienta terapéutica en la intervención</p>	6.1 6.2 4.2	3-2	2-1

		con la persona anciana, familia y otros cuidadores.			
		<p>Identificar las áreas prioritarias de investigación en enfermería gerontológica</p> <p>Conocimientos y habilidades para desarrollar guías de práctica clínica.</p> <p>Dominar los recursos para la investigación en enfermería gerontológica.</p> <p>Usar bases de datos públicas y privadas para incorporar las practicas basadas en la evidencia al cuidado de las personas ancianas.</p> <p>Habilidad para realizar la lectura crítica de publicaciones científicas.</p> <p>Conocer las estrategias y métodos de investigación cualitativa y cuantitativa.</p> <p>Conocimiento de la utilidad de los estudios de eficiencia y coste efectividad.</p> <p>Conocimiento y manejo de los indicadores de uso más frecuente.</p> <p>Actitud positiva hacia la evaluación y el conocimiento del error como método de mejora.</p> <p>Intervenir en la formación de estudiantes y otros profesionales.</p>	9.1	3-2	2-1
		<p>Identificar las diferentes políticas que afectan a la atención de las personas ancianas.</p> <p>Conocimiento de las leyes relacionadas con el ámbito sanitario y social de las personas ancianas.</p> <p>Conocimiento de los Planes Gerontológicos desarrollo y aplicabilidad.</p> <p>Conocimiento de los recursos socio sanitarios de apoyo a los ancianos.</p> <p>Conocimiento de los efectos perjudiciales del entorno en los ancianos.</p> <p>Interiorizar los conocimientos y habilidades de aplicación de los códigos deontológicos para aplicarlos en el cuidado de las personas ancianas.</p> <p>Aplicar las herramientas básicas de gestión por procesos a la gestión clínica.</p> <p>Aplicar los modelos de gestión orientados a la persona anciana</p> <p>Adaptar la cartera de servicios a las necesidades de las personas ancianas de manera efectiva y eficiente con una adecuada coordinación y continuidad asistencial.</p>	7.1 7.2 10.1 10.4	3-2	2-1

Año Residencia	Ubicación y Rotación (según BOE del programa de la especialidad))	Duración meses	Objetivos docentes	Ámbito programa especialidad	Nivel responsabilidad R1	Nivel responsabilidad R2
R1	Unidad Cuidados Paliativos Equipo evaluación Integral Ambulatorio Paliación (EAIA) Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS) Paliación (Módulo I) Programa de Atención Domiciliaria Equipo Soporte Mixto (PADES) (Módulo II)	2 meses	Integrarse en un equipo interdisciplinar de las Unidades. Asegurar la coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos y niveles de atención para dar continuidad al plan de cuidados.	1.2 1.9	1 3-2	
		+ 1 mes	Identificar adecuadamente los signos y síntomas y el abordaje terapéutico de las enfermedades más prevalentes en los pacientes ingresados en la Unidad. Registrar y abordar periódicamente los signos y síntomas de cada paciente. Identificar y registrar periódicamente el dolor físico de cada paciente, su tipología, intensidad, factores desencadenantes y la presencia y características del dolor incidental.	3.1 3.2 5.3.3	3-2 3-1 3-1	
			Administrar el tratamiento prescrito de forma inmediata y registrar su mejoría.	3.4	2-1 3-1	
			Conocer, prevenir y detectar los efectos secundarios de los diferentes fármacos analgésicos, opiáceos o no. Manejar de forma colaboradora la titulación, dosificación, equivalencias y vía de administración de los fármacos para el dolor. Conocer y aplicar la orden medica de la rotación de opioides conforme a los protocolos de la Unidad. Justificar y demostrar conocimiento de las bases farmacológicas de los fármacos y tratamientos más habituales de la Unidad.		3-1 3-1 1	

		Utilizar los diferentes formularios y registros específicos de la unidad	10.2	1	
		Asumir la atención directa de los pacientes que le asignan los responsables de la unidad.	4.2 4.3 8.3	3-1 3-1	
		Dejar planificada la intervención terapéutica ante el empeoramiento clínico o aparición de nuevos signos o síntomas.	8.5 10.6 3.1	1 2-1	
		Velar por conocer y tener en cuenta las necesidades espirituales de paciente y familiares.	3.2 1.8 1.9	3-1	
		Identificar y tratar adecuadamente las lesiones malignas		3-1	
		Identificar y tratar adecuadamente los síntomas descompensados.		3-1	
		Colaborar en el proceso de información a pacientes y su entorno familiar. Conocer, registrar y respetar las preferencias y valores del paciente y su entorno para el manejo de sus problemas de salud		3-2	
		Tener en cuenta la opinión del equipo asistencial referente del paciente en el proceso de la toma de decisiones.			
		Colaborar en la información de las malas noticias y consentimientos informados.			
		Explicar, transmitir y reconocer los diferentes escenarios clínicos, éticos y jurídicos ante las intervenciones al final de la vida: Rechazo al Tratamiento, Reorientación del Esfuerzo Terapéutico, sedación terminal, Eutanasia	8.1 8.2 8.3	2-1 3-2	
		Manejar adecuadamente la mayoría de los pactos y conspiraciones de silencio.			
		Participar de forma consensuada con tutor y equipo en la línea de investigación: detección, prevención y abordaje del sufrimiento.	9.1	3-1	

Año Residencia	Ubicación y Rotación (según BOE del programa de la especialidad)	Duración meses	Objetivos docentes	Ámbito programa especialidad	Nivel responsabilidad R1	Nivel responsabilidad R2
R2	PADES Mixto (Módulo II)	4 meses	Se integra en un equipo interdisciplinar, muestra sensibilidad y practica la toma de decisiones consensuada con paciente y familia, guiándoles en los temas técnicos y facilitando las opciones de cuidados, tratamiento y ámbito de atención más conformes a sus valores y preferencias.	1.7 1.10 8.4		2-1
			Maneja la documentación e instrumentos propios de la Unidad.	10.2		2-1
			Conoce el funcionamiento de la AP, su organización y dispositivos asistenciales y de trabajo social, los del SS y los del Hospital de Agudos contribuyendo a la adecuada coordinación y uso de los mismos, conforme los criterios del Programa de Cronicitat (Gencat 2012) y los programas del Territorio que se establezcan.	7.1 7.2 10.1 10.3		3-1
			Atiende y realiza el seguimiento domiciliario de los pacientes atendidos con evaluación interdisciplinaria in situ y aportando valor añadido al resto del sistema sanitario.	10.4 10.6 1.7		2-1
			Previene y orienta las actuaciones ante las descompensaciones y enfermedades incidentales esperables en los pacientes crónicos (PPC y MACA) con uso adecuado de los recursos evitando la fragmentación de la asistencia e integrando en las decisiones los valores y prioridades del paciente, CP y entorno familiar.	3.2 3.3 3.4 8.3 8.4		2-1
			Ayuda a organizarse a la familia para cubrir adecuadamente las necesidades de atención del paciente y les orienta o aporta los elementos técnicos, de soporte y ayuda social posibles.	1.9 3.3 7.2		2-1
			Guía al paciente en la toma de decisiones de acuerdo con sus valores y preferencias, los registra adecuadamente y facilita la accesibilidad de los mismos a todo el sistema sanitario.	8.1 8.2 8.3 8.4 8.5		2-1

	Se muestra experto en el manejo del PCC, en identificar pacientes MACA, aplicar el NECPAL y en establecer los PIIC y PAD. Se relaciona de forma facilitadora y aporta su visión experta a la AP.	7.1 10.3 10.6 8.1 8.4 8.5 1.7		2-1
	Facilita mecanismos para priorizar ingresos directos, consulta o pruebas complementarias alternativas a las Urgencias o derivaciones estándar.	1.8		2-1
	Identifica y comenta con el tutor/a la influencia del Pades G. en la disminución de frecuentaciones de urgencias, ingresos y acúmulo de días de estancia anuales. Tanto para los prevalentes en activo como para los dados de alta en el año previo.	1.2		2-1
	Manejar el dolor en el paciente frágil o geriátrico, con elevada comorbilidad.	3.2		2-1
	Manejar adecuadamente el trastorno conductual de la demencia con soporte al cuidador principal.	3.2		2-1
	Optimización y adecuación de los tratamientos, teniendo en cuenta deseos y preferencias del paciente y entorno.	3.4		2-1
	Reconocer y optimizar el abordaje del síndrome del declive en el anciano.	1.4		2-1
	Presenciar y analizar los factores que deben tenerse en cuenta ante pacientes con demencia avanzada y trastorno de ingesta, junto con soporte emocional al cuidador principal	3.1 3.2 4.3		2-1
	Manejo de los pacientes afectados de ELA, especialmente toma de decisiones y soporte emocional al paciente y al entorno.	3.1 3.2		2-1
	Prevención y abordaje de los síndromes geriátricos (UPP, constipación, delirium, caídas, depresión y ansiedad, trastornos del sueño, trastorno de la marcha, evitación de yatrogenia... Manejar adecuadamente el abordaje terapéutico, farmacológico y no farmacológico, de las enfermedades crónicas en situación de severidad y progresión que son más prevalentes.	3.2 3.4		2-1
	Manejar adecuadamente las patologías crónicas más prevalentes de esta población	3.1		2-1
	Participar en el plan de cuidados de las personas en situación de final de	1.8		2-1

		vida, incluyendo el manejo farmacológico, la toma de decisiones y el soporte emocional, éste también en situación de duelo posterior.	3.2 3.3 4.2 8.4		
		Manejar adecuadamente las patologías crónicas más prevalentes de esta población	3.1		2-1
		Participar en el plan de cuidados de las personas en situación de final de vida, incluyendo el manejo farmacológico, la toma de decisiones y el soporte emocional, éste también en situación de duelo posterior.	1.8 3.2 3.3 4.2 8.4		2-1

Año Residencia	Ubicación y Rotación (según BOE del programa de la especialidad))	Duración meses	Objetivos docentes	Ámbito programa especialidad	Nivel responsabilidad R1	Nivel responsabilidad R2
R2	UFISS. Geriátrica Interconsultas Hospital de Agudos (Módulo I)	2 meses	Utiliza adecuadamente la documentación y formularios específicos de la Unidad.	10.2		1
			Realiza correctamente la VGI en los pacientes consultados.	3.2		1
			Detecta a los pacientes frágiles y geriátricos, y a los PCC y pacientes MACA.	7.1		2-1
			Participa activamente, presentando casos en la Sesión diaria de la UFISS con Convalecencia.	1.7		2-1
			Detecta el riesgo de declive funcional por hospitalización y propone medidas para corregirlo.	1.4		2-1
			Se integra adecuadamente en un equipo interdisciplinario.	1.7		2-1
			Muestra sensibilidad y practica la toma consensuada de decisiones con el paciente y su entorno familiar.	8.4 8.4		1
			Participa en las reuniones familiares e interdisciplinarias para la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD).	8.3 8.4		2-1
			Discute y planifica los objetivos de atención con el equipo, el paciente y su entorno familiar, incorporando las preferencias.	8.3 8.4		2-1
			Detecta y corrige la influencia de los fármacos en la aparición de nuevos síndromes geriátricos.	3.4		2-1
			Conoce los beneficios e indicaciones del tratamiento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Logopedia y en qué dispositivo según cada circunstancia	1.9		2-1
			Integra la evidencia científica, las preferencias del paciente y su entorno familiar, la esperanza de vida y la trayectoria funcional del paciente en la toma de decisiones, especialmente en el accidente vascular cerebral (AVC), la fractura de fémur y la en la patología traumatológica no quirúrgica en el anciano (fracturas costales, fractura de pelvis, aplastamiento vertebral...).	9.1		2-1

	Valora siempre las necesidades del paciente, del CP y del entorno familiar en los objetivos terapéuticos.	8.4		1
	Conoce e incorpora los recursos de trabajo social de la propia Corporación y de la Atención Primaria.	1.9		1
	Atiende y registra ordinariamente los cambios fisiológicos del envejecimiento, el estado de fragilidad, la efectividad y respuesta al tratamiento, el manejo de los fármacos en tales situaciones y el sufrimiento de los pacientes y su entorno.	3.4		2-1
	Detecta la posibilidad de orientación paliativa en las patologías que no son cáncer	3.3		2-1
	Garantiza el control sintomático en las fases muy avanzadas de enfermedad/des y detecta y atiende al sufrimiento, tanto del paciente como de la familia.	3.3		2-1
	Detecta y evita la iatrogenia.	3.4		2-1
	Participa en las transiciones de cuidados identificando de forma interprofesional el mejor entorno de cuidados dentro del sistema sanitario.	10.4		2-1
	Se integra plenamente como miembro del equipo asistencial interdisciplinar y ejerce su rol de enfermera autónomamente en las consultas que se le asignen, con la supervisión a distancia o directa de todo el equipo Expone asertivamente el razonamiento clínico y la visión geriátrica en las reuniones con los equipos de hospital de agudos.	10.3		2-1
	Se comunica empática y asertivamente con pacientes y familiares, previniendo los conflictos, retos y resistencias y contribuyendo a solucionarlos cuando ocurran.	6.1 6.2		2-1
	Da soporte experto en temas de geriatría cuando se le solicita y lo aporta proactivamente a los equipos de todas las unidades cuando lo ve útil o necesario.	1.7 1.8 1.9		2-1
	Interviene proactivamente en los pacientes frágiles y geriátricos de la unidad de traumatología de manera eficiente.	7.2		2-1
	Identifica e interviene en la prevención del síndrome confusional agudo en los pacientes consultados de hospital de agudos	3.3		2-1

Año Residencia	Ubicación y Rotación (según BOE del programa de la especialidad)	Duración meses	Objetivos docentes	Ámbito programa especialidad	Nivel responsabilidad R1	Nivel responsabilidad R2
R2	Psicogeriatría (Módulo III) EAIA trastorno cognitivo (Módulo I)	Meses + 1 mes	Conocer la demencia, sus dimensiones, sus etiologías y fases evolutivas.	1.2		2-1
			Identifica i registra la fase evolutiva de la demencia en cada paciente			
			Manejar adecuadamente, con medidas no farmacológicas, los trastornos de conducta en la demencia.	3.2		2-1
			Conocer los fármacos habitualmente prescritos en la Unidad, sus dosis, ajustes, controles y riesgos.	3.4		
			Expresa y comunica los riesgos de las intervenciones farmacológicas e interviene en su prevención, detección y solución.			
			Se integra en el equipo interdisciplinar Aporta la valoración enfermera con un elemento indispensable de la valoración interdisciplinar Participa activamente en los planes terapéuticos	1.2 1.9 9.8		2-1
			Se comunica adecuadamente con pacientes, familias y equipo asistencial, sabiendo dar respuestas a los retos frecuentes que determina la demencia.	4.1 4.2		2-1
			Razona y explica de forma entendedora los beneficios y riesgos de la nutrición enteral.	3.3		2-1
Previene, detecta y maneja adecuadamente el SCA, analizando y manejando los factores precipitantes además del tratamiento sintomático. Identificar el SCA como forma de presentación atípica de enfermedades intercurrentes o incidentales	3.3		2-1			
Educa al CP y familia, indicándoles las actuaciones que deben realizar ante la aparición de síntomas, especialmente en relación a la ingesta, el descanso nocturno y los trastornos de conducta. Colabora en clarificar a la familia del paciente, los síntomas que aparecen, su repercusión en el manejo y las opciones de cuidados.	1.10 6.1		2-1			

		Colabora en la identificación de la competencia del paciente y del CP, y en su registro.	5.2 5.3 5.4		2-1
		Detectar la sobrecarga y necesidades del CP y entorno familiar, contribuyendo a su solución y dando respuesta			
		Detecta y registra los dilemas éticos para dar respuesta interprofesional y consensuada con el equipo asistencial y el entorno social del paciente. Participar activamente en las reuniones familiares y en la toma de decisiones consensuada.	8.1 8.2 8.3 8.5		2-1
		Participar en la implementación de la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) y en su registro en la historia clínica, tanto en la Unidad de Psicogeriatría como en el resto de Unidades del SS. Profundizar en el Programa de PAD de la Albada y colaborar a su difusión cuando sea necesario Participar de forma consensuada con tutor y equipo en la línea de investigación atención al final de la vida	8.5 9.1		2-1

Año Residencia	Ubicación y Rotación (según BOE del programa de la especialidad)	Duración meses	Objetivos docentes	Ámbito programa especialidad	Nivel responsabilidad R1	Nivel responsabilidad R2
R2	EAIA Geriátrica (Módulo I)	1mes	Se integra plenamente como miembro del equipo asistencial interdisciplinar y se responsabiliza autónomamente del rol enfermero con la supervisión a distancia - o directa a demanda de la residente.	10.3 1.6 1.7		1
			Utiliza adecuadamente la documentación y formularios específicos de la Unidad.	10.4		1
			Utiliza correctamente la VGI, detecta, registra y aborda correctamente los síndromes geriátricos.	1.2		2-1
			Detecta el impacto emocional y el sufrimiento de pacientes y familiares, dándoles soporte y haciéndoles sentirse comprendidos a través del lenguaje no verbal y el tono para verbal. Les ofrece y orienta a un soporte especializado cuando conviene.	4.2 4.3		2-1
			Como miembro del equipo interdisciplinar habitualmente da y sabe recibir feedback de forma adecuada y positiva Utiliza habitualmente al equipo para dar y recibir soporte emocional	1.7 4.2		3-1
			Sigue autónomamente los criterios de priorización de la Unidad Lidera las reuniones familiares con el equipo asistencial,	10.4		3-1
			Se relaciona con todas las unidades / servicios / equipos de AP y habitualmente negocia y reconduce las discrepancias o conflictos y consigue que se valore la intervención del equipo y que ésta sea tenida en cuenta.	1.9		3-1

		Detecta e incorpora a los planes de acción las necesidades de información, ayudas técnicas, ayudas sociales, educación sanitaria, reorganización familiar y soporte emocional de pacientes, cuidadores principales y entornos familiares.	6.1		2-1
		Promueve la presencia y participación de los especialistas necesarios y/o referentes, y las conduce alcanzando consensos para los planes de acción y decisiones discutidas.	1.6. 1.7		3-1
		Propone un plan de cuidados consensuado, al equipo referente del paciente.	1.9		2-1
		Proponer trabajo de investigación en área específica de interés	9.1		2-1

3.1. R1

1.- Calendario de rotaciones

ROTACIÓ	DISPOSITIVO	DURACIÓ	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Área de Atención especializada	- Unidad Geriatria Agudos (UGA) - Unidad de Convalecencia (CSS) - Unidad de Cuidados Paliativos	4 meses	3-2
Área de Atención primaria	- Centro Atención Primaria Can Rull - Atención Domiciliaria - Programa de Atención Domiciliaria de Soporte (PADES)	4 meses	3-2
Área de Instituciones Sociales	- Hospital De Día Paciente Crónico Complejo - Larga Estancia - Sabadell Gent Gran	3 meses	3-2

2.- Competencias profesionales a adquirir en cada rotación

Área de Atención especializada, la enfermera residente en su primer año deberá adquirir las siguientes competencias:

- Realizar el control y seguimiento de la persona mayor hospitalizada por un proceso médico subagudo.
- Realizar tareas de prevención y de educación sanitaria a la persona mayor y a su familia.
- Llevar a cabo un plan de cuidados individualizado del/la paciente geriátrico/a subagudo.
- Coordinar con otros dispositivos intermedios para mejorar la calidad de vida de las personas mayores y su familia.
- Establecer una relación de ayuda con la persona y su familia.
- Conocer y aplicar el trabajo multidisciplinar e interdisciplinar.
- Realizar el manejo de la persona mayor en periodo de recuperación de un proceso agudo.
- Desarrollar y evaluar programas individualizados con personas mayores, las familias y otros profesionales.
- Establecer una relación de ayuda terapéutica y de confianza con la persona anciana y su familia.
- Proporcionar al/la paciente y familia una educación sanitaria necesaria para la mejor adaptación de la nueva situación al domicilio.
- Conocer la organización de la Unidad de Cuidados Paliativos.

- Conocimiento exhaustivo de los principios básicos de los cuidados paliativos.
- Tener en cuenta los valores, las actitudes, la historia de vida, la vivencia del final de vida y las relaciones afectivas de la persona atendida.
- Tener las habilidades y los conocimientos para aplicar los cuidados paliativos, considerar y conocer sus peculiaridades para realizar un abordaje holístico y humanizado del proceso de final de vida.
- Gestionar la Unidad de Cuidados Paliativos.
- Capacidad para reconocer los diversos roles, responsabilidades y funciones de una enfermera especialista en el marco de un equipo interdisciplinar, en los distintos niveles asistenciales.
- 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.
- Capacidad para generar y difundir el conocimiento científico y proveer cuidados de calidad a las personas ancianas basados en la mejor evidencia disponible.
- Conocimiento relevante de los principios filosóficos, ética y legislación en relación con las personas ancianas y capacidad para su aplicación.

Área de Atención primaria

- Realizar el seguimiento y el control del/la paciente anciano/a ambulatorio.
- Realizar el seguimiento y control del/la paciente anciano/a en su domicilio.
- Realizar tareas de prevención y educación sanitaria a la persona mayor y a su familia.
- Aplicar un plan de cuidados individualizado.
- Coordinar otros dispositivos necesarios para mejorar la calidad de vida de las personas mayores y su familia.
- Establecer una relación de ayuda con la persona mayor y su familia.
- Capacidad para evaluar los programas individualizados más apropiados de atención, junto a la persona anciana, sus cuidadores, familia y otros profesionales.
- Capacidad para prevenir los factores de riesgo que contribuyan al deterioro funcional, educar en salud, proporcionar bienestar y confort en la situación de fragilidad, sufrimiento, enfermedad, discapacidad, dependencia o muerte.
- Capacidad para realizar una comunicación efectiva que permita que las personas ancianas y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses, para responder adecuadamente.

- Capacidad para evitar, identificar precozmente y actuar sobre los malos tratos.

Área de Instituciones Sociales

- Conocer el proceso de envejecimiento y sus características.
- Tener en cuenta los valores, las actitudes, la historia de vida, la vivencia del envejecimiento y las relaciones afectivas.
- Tener las habilidades para aplicar los cuidados específicos a las personas ancianas, considerar y conocer sus peculiaridades.
- Participar en el proceso de acogida, de estancia y de despedida.
- Conocer los modelos de gestión orientados a la persona anciana.
- Trabajar en equipo.
- Planificar los objetivos terapéuticos dirigidos a las personas mayores.
- Planificar los objetivos dirigidos a la familia o al/la cuidador/a principal.
- Conocer el trabajo en equipo multidisciplinar e interdisciplinar.
- Conocer y realizar la Valoración Geriátrica Integral.
- Elabora el plan de cuidados individualizado.
- Demostrar conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos para dar una atención integral a los/las pacientes y a las familias.
- Conocer la educación sanitaria que precisan tanto los/las pacientes como sus cuidadores/as.
- Conocer y aplicar las técnicas específicas de enfermería en el centro sociosanitario.
- Conocer e identificar las fases de duelo para dar el soporte psicológico necesario al/la paciente y su familia.

3.2. R2

1.- Calendario de rotaciones

ROTACIÓ	DISPOSITIVO	DURACIÓ	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Área de Atención Primaria	- Equipo Evaluador Integral Ambulatorio (EAIA) frágil - Programa de Atención Domiciliaria de Soporte (PADES)	3 meses	2-1
Área de Instituciones Sociales	- Larga Estancia (Sabadell Gent Gran) - Unidad de Psicogeriatría - Hospital de Día del Paciente Crónico Complejo (PCC)	3 meses	2-1
Área de Atención Especializada	- Unidad Funcional Interdisciplinar Sanitaria (UFISS Geriatría) - Equipo Evaluador Integral Ambulatorio (EAIA) Paciente Frágil / Unidad Geriatría Agudos (UGA) - Equipo Evaluador Integral Ambulatorio (EAIA). Trastorno Cognitivo	5 meses	2-1

2.- Competencias profesionales a adquirir en cada rotación

Área de Atención Primaria

- Conocer y realizar la valoración geriátrica integral.
- Realizar el seguimiento y control de las personas atendidas.
- Realizar tareas de prevención y educación sanitaria a la persona mayor y a sus familias.
- Realizar y aplicar un plan de cuidados personalizado e individualizado.
- Coordinar con los otros dispositivos implicados en los cuidados de las personas atendidas en la consulta.
- Establecer una relación de ayuda con la persona atendida y sus familiares.
- Conocer el perfil de los/las pacientes atendidos/as por el PADES.
- Conocer y coordinar con los diferentes dispositivos geriátricos y sociosanitarios.
- Conocer el trabajo en equipo multidisciplinar e interdisciplinar.
- Demostrar conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos para dar una atención integral a los/las pacientes y a las familias.

- Conocer la educación sanitaria que precisan tanto los/las pacientes como sus cuidadores/as.
- Conocer y aplicar las técnicas específicas de enfermería en el domicilio.
- Conocer e identificar las fases de duelo para dar el soporte psicológico necesario al/la paciente y su familia.

Área de Instituciones Sociales

- Conocer el perfil de los/las pacientes atendidos/as en una Unidad de Psicogeriatría.
- Conocer y coordinar con los diferentes dispositivos geriátricos y sociosanitarios.
- Conocer el trabajo en equipo multidisciplinar e interdisciplinar.
- Conocer y realizar la Valoración Geriátrica Integral.
- Elabora el plan de cuidados individualizado.
- Demostrar conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos para dar una atención integral a los/las pacientes y a las familias.
- Conocer la educación sanitaria que precisan tanto los/las pacientes como sus cuidadores/as.
- Conocer y aplicar las técnicas específicas de enfermería en el centro sociosanitario.
- Conocer e identificar las fases de duelo para dar el soporte psicológico necesario al/la paciente y su familia.
- Conocer el proceso de envejecimiento y sus características.
- Tener en cuenta los valores, las actitudes, la historia de vida, la vivencia del envejecimiento y las relaciones afectivas.
- Tener las habilidades para aplicar los cuidados específicos a las personas ancianas, considerar y conocer sus peculiaridades.
- Participar en el proceso de acogida, de estancia y de despedida.
- Conocer los modelos de gestión orientados a la persona anciana.

Área de Atención Especializada

- Conocer el perfil del/la paciente atendido/a per UFISS.
- Conocer el trabajo del equipo multidisciplinar e interdisciplinar.
- Conocer y realizar la valoración geriátrica integral.
- Asesorar en los problemas detectados.

- Demostrar conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos para dar una atención integral a los/las pacientes y a sus familias
- Conocer las técnicas de enfermería para asesorar al paciente y a sus familias.
- Conocer la educación sanitaria que precisan los/las pacientes y sus familias.
- Conocer e identificar las fases del duelo para dar el soporte psicológico necesario a los/las pacientes y a sus familias.
- Conocer y conectar con los diferentes recursos sanitarios, sociosanitarios y sociales.

4. Guardias de la especialidad

Durante los 2 años que durará la residencia, las guardias se realizarán en las unidades de hospitalización del servicio de Geriatria del CSS Albada. Según el año de residencia se realizarán las siguientes guardias, siendo susceptibles de modificación en función de las necesidades del servicio de Geriatria del CSS Albada:

- EIR 1: 2 guardias al mes, en planta siempre junto la supervisión del EIR 2. Supervisados/as por el/la tutor/a colaborador/a de la rotación.
- EIR 2: 4 guardias al mes, supervisado/a por el tutor/a colaborador/a de la rotación.

Los horarios de las guardias serán rotatorios en turnos de mañana, tarde o noche.

La Unidad Docente de Geriatria entregará a todos/as los residentes una copia del protocolo de supervisión de los/las residentes.

5. Cursos y congresos

El curso de Valoración Geriátrica Integral.

Asistencia y participación en algunos de los siguientes congresos: de la Sociedad Española de gerontes Geriatria, de la Asociación Catalano Balear de Geriatria, de la Sociedad de Enfermería Geriátrica, de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y INVESTEN.

5.1. Actividades formativas del programa de formación común

El Plan de Formación Común (PFC) ha sido diseñado por la Comisión de Docencia para mejorar y complementar las competencias profesionales transversales definidas en los programas de Formación Sanitaria Especializada.

Ver documento “Plan de Formación Común” en el siguiente enlace <http://www.tauli.cat/tauli/docencia/docencia-de-postgrau/ser-resident-al-parc-tauli>.

5.2. Curso de protección radiológica

Para dar repuesta a la resolución conjunta de las direcciones generales de Salud Pública y de Recursos Humanos y servicios económicos-presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo de 21 de abril de 2006, mediante la que se acuerda incorporar en determinados programas formativos de especialidades en ciencias de la salud, la formación en protección radiológica, la Comunidad Autónoma tiene establecido un curso no presencial para R1.

6. Sesiones clínicas y bibliográficas específicas

Durante los dos años de formación la residente de Geriátría formará parte de actividades que complementarán y facilitarán su aprendizaje.

Algunas de estas actividades serán en forma de tutorías de acompañamiento en las que participarán la tutora y los enfermeros responsables del aprendizaje de cada ámbito. En ellas se animará al residente a realización de búsquedas bibliográficas, lecturas de artículos, análisis críticos relacionados con el servicio en el que estén trabajando en ese momento.

Otra modalidad de actividad para complementar el aprendizaje se llevará a cabo a través del estudio de casos reales o simulados, es decir, será un Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). Con este método la EIR se enfrentará a situaciones en las que deberán utilizar estrategias de búsqueda de información, aplicar nuevos conocimientos en la resolución de problemas, tomar decisiones y trabajar de manera autónoma, reflexiva y crítica.

La EIR participará además en seminarios y cursos de formación relacionados con el estadio en el que se encuentren dentro de su itinerario docente.

Además, durante las primeras semanas de su itinerario, los residentes de la especialidad de Geriátría participarán en unos seminarios específicos para poder proporcionar atención básica al paciente geriátrico (como, por ejemplo, la valoración Geriátrica Integral).

En el segundo semestre del primer año, la EIR participará en un curso de Metodología en Investigación gracias al cual podrán adquirir los conocimientos necesarios para iniciar su propuesta o proyecto de investigación, el cual podrán iniciar a partir de este momento con el soporte del tutor.

Asimismo, dentro de las actividades complementarias se ha establecido una formación basada en talleres y sesiones prácticas, algunas de las cuales se llevarán en el Aula de simulación de la Corporación Sanitària i Universitària Parc Taulí. Igualmente, la EIR

formarán parte activa de las Sesiones de Enfermería en las que se presentará un caso al tutor y al equipo de Enfermería para su análisis y discusión conjunta.

En el segundo año las actividades complementarias irán más encaminadas a la elaboración de planes de cuidados, trayectorias clínicas y diseño de programas educativos que deberá liderar la residente. Gracias a estas ocupaciones, la EIR adquirirá buena parte de las competencias de gestión clínica, comunicación y docencia que conforman su perfil profesional.

1) Sesiones específicas para la UDM de Geriatria, conjuntas (INTER) por Unidades con participación de ambos profesionales en formación según rotaciones:

UNIDAD	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	Otras
UGA		8.15 SESIÓN CLÍNICA CONJUNTA con Servicio Med.Interna				11.00 PLAN TERAPÉUTICO (INTER) 4Xsemana
PSICOGERI ATRIA					8.15 SESIÓN GENERAL CSPT:	
CONVA			8.15 SESIÓN CLÍNICA	8.15 SESIÓN BIBLIOG CONJUNTA con Servicio Med.Interna	Curso Actualizació n en Medicina (aprobado por CID)	11.00 PLAN TERAPÉUTICO (INTER) 4Xsemana
UFISS Geria		8.15 SESIÓN CLÍNICA BIBLIO				14.00 SESIÓN CLÍNICA INTER DIARIA
PADES Geria	9.00 SESIÓN CLINICA INTER					14.00 SESIÓN CLÍNICA INTER PADES G y P DIARIA

UNIDAD	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
UFISS Geria	9.15 SESIÓN				
CONVA	CLÍNICA INTER				

UNIDAD	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
PSICOGE- RIATRIA	9.30 SESIÓN CLÍNICA INTER				
				SESIÓN CLÍNICA CONJUNT A CON Serv. Psiquiatría y Neurología	

UNIDAD	LUNES	MARTES	MIÉRCO	JUEVES	VIERNES
UFISS Palia		8.30 SESIÓN	.	8.15 SESIÓN BIBLIO CONJUN TA con Serv. Medicina Interna	8.15 SESIÓN GENERAL Curso Actualiza ción en Medicina (aprobado por CID).
PADES Palia			8.30 SESIÓN CLÍNICA INTER		
EAIA P					
UCP	8.15 SESIÓN CLÍNICA INTER		8.00 SESIÓN CLÍNICA INTER		

2) Sesiones específicas para la especialidad de Enfermería Geriátrica y sesiones clínicas conjuntas, con participación activa programada de ambas profesiones en formación:

UNIDAD	VIERNES
UGA, UFISS g y p, PADES g y p, Convalecencia, UCP, EAIA g y p, Psicogeriatría	8.15
	Sesión de equipo Enfermería con participación activa de especialista en formación
	12.30 4º viernes de cada mes: Sesión CONJUNTA interdisciplinar con participación activa de ambas especialidades en formación

7. Oferta de actividades de investigación para su participación por los residentes.

Líneas de investigación de la unidad:

La oferta de actividades de Investigación para su participación por los residentes de Geriatría queda englobada en 3 líneas: Atención al FINAL DE LA VIDA (Línea 1), Detección y atención del SUFRIMIENTO (Línea 2) y DETECCIÓN Y REORIENTACIÓN del sistema sanitario ante las necesidades de salud en situación de CRONICIDAD, COMPLEJIDAD Y FRAGILIDAD (Línea 3). A continuación se definen dichas líneas de investigación. La actividad científica y docente derivadas de su desarrollo se explicitan en los Anexos de Actividad Investigadora del Servicio y de Actividad Docente.

I. ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA

Línea de Investigación que incluye la importancia de la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD), la detección de la competencia de pacientes y cuidadores para la toma de decisiones, los dilemas éticos al final de la vida y la descripción de la atención sanitaria al FV en diferentes entornos.

II. DETECCIÓN Y ATENCIÓN AL SUFRIMIENTO

Según el modelo de Cassell, el sufrimiento aparece cuando la integridad de la persona se ve amenazada e implica tanto la percepción y sentido de la amenaza como la falta de recursos para hacerle frente. Siguiendo este modelo, esta línea de investigación incluye no sólo las intervenciones sanitarias necesarias para aliviarlo sino el diseño de instrumentos para su detección y medida.

a. Creación, validación y aplicación del *Cuestionario Detección del Malestar Emocional (DME)* en enfermos al final de la vida y en el cuidador.

La creación del Cuestionario DME es el resultado del trabajo realizado durante 2007-2008 por un grupo interdisciplinario de expertos en representación de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), entre los que se encuentra Montserrat Bernaus. El proyecto surgió ante la escasez de instrumentos desarrollados hasta ese momento para evaluar el sufrimiento de los pacientes oncológicos al final de vida y la demanda explícita realizada por el Pla Director Sociosanitari del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya a la SECPAL al respecto. Recientemente se ha comprobado su validez psicométrica. El grupo de expertos está trabajando en la actualidad en la elaboración y validación de una versión del DME para los cuidadores de estos enfermos.

En esta línea de investigación del Sociosanitario Albada siguen colaborando muchos profesionales de varias disciplinas y en varios ámbitos, promocionando su utilización también en otros pacientes crónicos complejos y pacientes ancianos frágiles.

III. DETECCIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD EN SITUACIÓN DE CRONICIDAD, COMPEJIDAD, FRAGILIDAD Y REORIENTACION DEL SISTEMA SANITARIO A SU ABORDAJE

En los pacientes crónicos complejos y con enfermedad crónica avanzada y en los pacientes ancianos frágiles, precisamos: 1.- demostrar mayor evidencia clínica en la dimensión biomédica, y 2.- fomentar una visión global, integral, multidimensional de los mismos que posibilite una asistencia sanitaria individualizada, interdisciplinaria, integrada y transversal

orientada a las necesidades de salud de estos pacientes y su entorno. Esta línea de investigación abarca estas premisas

SISTEMA DE EVALUACIÓN

El sistema de evaluación influye y puede llegar a determinar el aprendizaje. Por ello en la unidad docente se usará el sistema estándar de la Corporación y uno específico de la propia unidad docente, enfatizando su carácter formativo y dando opción a la modificación del trayecto formativo de cada residente según los resultados.

Ello no impide una valoración sumativa al final del periodo de la formación genérica y del correspondiente a la formación específica. Asimismo, la unidad docente se adherirá a las evaluaciones sumativas que promueva la Sociedades Catalana y Española de Geriátrica, para poder comparar, en su caso los resultados de las diferentes unidades docentes de la especialidad.

Esquema del Sistema de Evaluación, que se desarrolla en documento independiente adjunto:

a) Propia de la Corporación Sanitaria Parc Taulí

- Tanto del residente como de las unidades por las que rota.
- Reunión formal con tutor con resumen firmado, en cada rotación y un mínimo 4 al año.

b) Específica de la Unidad docente (que se desarrolla y especifica en documento aparte)

- Evaluación de actitudes anual: Medical Skills Questionnaire (MSQ) y Provider Patient Oriented Scale (PPOS).
- Evaluación del Curriculum Oculto que transmiten las Unidades: C3 Instrument (Communication, Culture, Curriculum) en cada rotación
- Incidentes críticos: 2 al año.
- Evaluación 360°: 2 al año.
- Audio y videograbación de entrevista clínica, con autovaloración y revisión con tutor: 2 en EAIA Geriátrica y 2 en EAIA Demencia en el periodo de formación genérica.
- Autoevaluación del IAH y de los informes clínicos de la EAIA de los casos que le indique el jefe de la UD (mínimo de 3/año) en el período de formación específico.
- Autoevaluación anual siguiendo el esquema del CanMEDS Framework, señalando los puntos de avance, puntos fuertes y puntos a mejorar en cada una de las 7

competencias: Experto; Comunicador; Colaborar; Gestor; Abogado del paciente; Académico; Profesionalismo.

Becas CIR/CSPT:

De carácter anual y convocatoria abierta a todos los profesionales de la Corporació

Servicios de la Oficina de Investigación:

- Asesoramiento metodológico
- Diseño de proyectos
- Estadística
- Información convocatorias
- Información y soporte para la gestión de los principios de legalidad en todo lo referente a tareas de investigación
- Habilitar y gestionar los circuitos y requerimientos necesarios para hacer investigación de calidad.
- Otros servicios específicos relacionados con la investigación
- Asistencia, como oyente, a las sesiones del CEIC.