**LIBRO DEL RESIDENTE DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA**

**COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO**

**SANTA MARÍA DEL ROSELL / SANTA LUCÍA DE CARTAGENA**

Imagen que contiene Círculo

Descripción generada automáticamente

Imagen que contiene Texto

Descripción generada automáticamente

**Unidad Docente Multiprofesional de Geriatría, 2024**

**OBJETIVOS GENERALES DEL LIBRO DEL RESIDENTE**

1. Guiar la formación del residente hacia la competencia profesional, estructurada en las competencias (específicas y transversales) necesarias para el correcto ejercicio de la especialidad. Buscar la capacitación para una práctica reflexiva y consciente en los ámbitos clínico, docente e investigador.

2. Reforzar la experiencia de “evaluación para el aprendizaje” (formativa) a lo largo de todo el proceso formativo. Promover la visión del error y los puntos débiles como el punto de partida para la planificación de la mejora. Estimular la autoevaluación como elementos claves para promover el cambio.

3. Iniciar al residente en el aprendizaje autodirigido basado en la reflexión, clave para el desarrollo profesional a lo largo de toda la vida.

4. Orientar la relación de tutorización hacia una relación de confianza y respeto mutuos en la que el tutor ejerza un acompañamiento facilitador y estimulador del aprendizaje.

5. Su cumplimiento depende del residente, él es el protagonista.

6. Promover hábitos de planificación de la propia formación en base al planteamiento de objetivos concretos de aprendizaje, ligados a las necesidades de formación específicas del residente. Los objetivos deben ser mesurables y evaluables durante el período de residencia.

7. Identificar, reconocer y mejorar los procesos de aprendizaje, ligados a la propia práctica profesional, utilizados por el residente como principal fuente de oportunidades para la consolidación de habilidades y competencias.

8. Estimular la creatividad de tutores y residentes en la resolución de problemas de aprendizaje, promoviendo la utilización de los recursos docentes más adaptados a las necesidades y características del residente.

**JUSTIFICACIÓN**

La complejidad de los cuidados enfermeros a la persona anciana, tanto en salud como en enfermedad y, generalmente, la larga duración, requiere un nivel de competencia profesional (conocimientos, actitudes y habilidades especializadas) que no son cubiertos en la formación básica y que justifican esta especialización.

En este contexto, las especialistas en enfermería geriátrica, como fuerza social, tienen la responsabilidad específica de suministrar y fomentar la mejor atención enfermera y colaborar con el sistema sociosanitario para la correcta utilización de los recursos, obteniendo como resultado la mejora del coste-beneficio y la calidad de vida de la población anciana.

**DATOS PERSONALES**

Nombre:

Primer apellido:

Segundo apellido:

Dirección:

Localidad

C.P:

Teléfono:

Correo electrónico:

Fecha de obtención del título de DIPLOMADO/GRADO:

Fecha de toma de posesión:

Nombre del Tutor:

Correo electrónico tutor:

Nombre del Jefe de Estudios:

Correo electrónico Jefe de Estudios:

**REQUISITOS DE LA FORMACIÓN EN ENFERMERÍA GERIÁTRICA:**

La enfermera en formación de la especialidad de Enfermería Geriátrica, al concluir el periodo formativo, deberá haber realizado, al menos, las siguientes actividades:

|  |  |
| --- | --- |
| Actividades | |
| Valoración geriátrica integral | 40 |
| Valoración psicogeriátrica | 20 |
| Participación en sesiones de equipo de enfermería | 20 |
| Participación en sesiones de equipo multidisciplinar | 15 |
| Participación en proceso de coordinación de alta hospitalaria | 10 |
| Consulta de enfermería: personas ancianas / familia | 25 |
| Visitas domiciliarias | 25 |
| Intervención en programas de rehabilitación física | 5 |
| Intervención en programas de rehabilitación mental | 5 |
| Intervención en programas de estimulación psíquica del mayor | 5 |
| Participación en aplicación de programas de terapias complementarias | 5 |
| Planificación de actividades de promoción y prevención de la salud | 5 |
| Seguimiento completo de la persona anciana en atención especializada | 10 |
| Seguimiento completo de la persona anciana en atención primaria | 10 |
| Seguimiento completo de la persona anciana en instituciones sociales | 10 |
| Participación en sesiones formativas de profesionales o alumnos | 5 |
| Diseño y participación en programas de educación para la salud para la persona anciana | 2 |
| Elaborar un Proyecto de Investigación | 1 |
| Elaborar un Proyecto de Gestión de centro o unidad gerontogeriátrica | 1 |
| Diseñar un Protocolo de Intervención Social con Cuidadores Familiares | 1 |
| Diseñar un Plan de Calidad para un Centro gerontogeriátrico | 1 |

**ATENCIÓN**

**ESPECIALIZADA**

**UNIDAD DE AGUDOS (UGA)**

En estas unidades son hospitalizados pacientes geriátricos que precisan un estudio exhaustivo, aplicación de tratamiento de procesos agudos o reagudizaciones de procesos crónicos.

**PROPÓSITO**

Con la estancia en las Unidades de Cuidados del paciente geriátrico agudo, se pretende que el enfermero/a residente, adquiera el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes que le capacite, para prestar cuidados enfermeros integrales a pacientes con patología aguda, implicando de forma activa tanto al paciente como a sus familiares, respetando las diferencias individuales y atendiendo a los principios éticos.

**1.OBJETIVO GENERAL**

Prestar cuidados integrales e individualizados de calidad a los ancianos hospitalizados, dirigidos a minimizar las complicaciones y/o secuelas del ingreso hospitalario, favorecer su bienestar, potenciar las capacidades y recursos de afrontamiento del paciente y sus allegados y facilitar la reintegración en su entorno habitual

**2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

* Valorar el estado de salud, las necesidades básicas y el nivel de autonomía mediante escalas validadas para pacientes geriátricos.

* Identificar los procesos patológicos y síntomas de los procesos patológicos de mayor prevalencia en las personas ancianas.

* Conocer e identificar los principales síndromes geriátricos.

* Identificar los factores de riesgo asociados a la hospitalización de los ancianos.

* Manejar adecuadamente los conceptos de fragilidad, enfermedad, incapacidad y dependencia en las personas ancianas.

* Identificar los problemas cognitivos, sensoriales y perceptivos en el cuidado de las personas ancianas.

* Identificar diagnósticos enfermeros (NANDA, NIC, NOC)

* Planificar, aplicar y evaluar los cuidados de calidad en los diferentes procesos.

* Aplicar medidas que mantengan su autonomía y eviten falsas dependencias.

* Manejar los distintos sistemas de registro que se utilizan y conocer su utilidad práctica.

* Aplicar medidas preventivas de deterioro funcional y cognitivo, incapacidad, caídas, incontinencia y úlceras por presión.

* Propiciar el bienestar de la persona anciana teniendo en cuenta su historia de vida (cultura, valores y creencias).

* Respetar los deseos, dignidad, privacidad y confidencialidad de las personas ancianas o sus tutores.

* Identificar y potenciar habilidades individuales y familiares para afrontar los cambios y estrategias adaptativas para participar en el desarrollo de los planes de cuidados.

* Realizar cuidados minimizando el uso de sujeciones físicas o farmacológicas y favoreciendo un entorno lo más independiente y seguro posible.

* Conocer y utilizar las habilidades de comunicación necesarias para establecer una adecuada relación de ayuda enfermera-paciente.

* Mantener una comunicación eficaz con los familiares del anciano hospitalizado y el resto de profesionales, evitando y mediando en las situaciones de conflicto.

* Proporcionar los cuidados necesarios al anciano y su familia ante situaciones de final de la vida y fase agónica.

* Conocer los recursos sociosanitarios de apoyo a los ancianos y tramitar la intervención del trabajador social en caso necesario.

* Educar al paciente, familia y cuidadores para favorecer su adaptación tras el alta hospitalaria.

* Asegurar la coordinación entre los profesionales de diferentes ámbitos y niveles de actuación para dar continuidad al plan de cuidados.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES UNIDAD DE AGUDOS (UGA)**

**NOMBRE:**

**Período del………………………………al………………………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** |  |  |  |  |  |  |  |  | **Firma** |
| Valoración Geriátrica Integral |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración por Patrones Funcionales de Salud |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración del riesgo de LPP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración del riesgo de caídas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Registro de diagnósticos enfermeros |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realización de planes de cuidados |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Seguimiento del anciano hospitalizado |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cuidados geriátricos específicos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planificación y ejecución de medidas preventivas de complicaciones y secuelas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planificación y ejecución de medidas que potencien la autonomía |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Atención en la fase agónica |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Información, educación y soporte emocional anciano/familia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Informe de alta de enfermería hospitalaria |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Coordinación con otros niveles de atención |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** | **Observaciones** |

**UNIDAD DE RECUPERACION FUNCIONAL** **(URF)**

**PROPÓSITO.**

Con la estancia en las Unidades de Recuperación Funcional, se pretende que el enfermero/a residente, adquiera el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes que le capacite, para atender al paciente geriátrico con incapacidad física moderada/ severa potencialmente reversible.

**1. OBJETIVO GENERAL.**

Identificar todas las necesidades y cuidados necesarios para la recuperación de la independencia funcional del paciente geriátrico, tras superar la fase aguda de procesos que provocan incapacidad potencialmente reversible favoreciendo y potenciando su integración a su medio habitual.

**2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

* Valorar las necesidades básicas, nivel de incapacidad y factores de riesgo del anciano hospitalizado en la Unidad de Media Estancia.

* Conocer los procesos patológicos que más frecuentemente provocan déficit funcional transitorio o permanente de mayor prevalencia en la unidad.

* Identificar y manejar adecuadamente los problemas derivados de la presentación de síndromes geriátricos.

* Valorar las habilidades individuales y familiares para afrontar los cambios consecuencia del proceso, resistencias y estrategias adaptativas para participar en el desarrollo de los planes de cuidados.

* Planificar, ejecutar y evaluar cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades y a solucionar los problemas detectados potenciando las capacidades residuales de la persona anciana.

* Ayudar al paciente y familia a aceptar y compensar los cambios funcionales acaecidos tras el proceso agudo minimizando el impacto de la dependencia funcional.

* Identificar los dispositivos de ayuda que pueden contribuir a mejorar la capacidad funcional de la persona anciana.

* Potenciar las capacidades residuales del paciente desarrollando estrategias que favorezcan el autocuidado y fomenten la autonomía.

* Favorecer un entorno que facilite la independencia y seguridad del paciente en su proceso de recuperación funcional.

* Garantizar la dignidad, privacidad, confidencialidad y el derecho a decidir de la persona anciana.

* Conocer y utilizar los recursos necesarios para incentivar y potenciar la participación del cuidador principal en la recuperación e integración del paciente a su ambiente.

* Formar y educar a los cuidadores no profesionales para proporcionar cuidados contextualizados a las personas ancianas.

* Informar y asesorar sobre el uso de ayudas técnicas y adaptaciones en el entorno para facilitar la independencia del anciano y cuidadores en un ambiente de seguridad.

* Identificar las funciones propias y de colaboración en el marco del equipo multidisciplinar.

* Utilizar las habilidades de comunicación necesarias para establecer una adecuada relación de ayuda con el paciente hospitalizado y familiares mediando en situaciones de conflicto.

* Identificar las características y objetivos de las distintas unidades de recuperación funcional.

* Planificar y ejecutar medidas de coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos y niveles de atención. Promover la coordinación sistematizada entre profesionales de diferentes ámbitos y niveles de atención.

* Participar en el desarrollo de actividades formativas, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en la unidad.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES UNIDAD DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL**

**(URF)**

**NOMBRE:**

**Periodo del**…………………………**al**………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** |  |  |  |  |  |  |  |  | **Firma** |
| Valoración Geriátrica Integral |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración por Patrones Funcionales de Salud |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración del riesgo de LPP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realización de planes de cuidados |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cuidados geriátricos específicos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Educación al paciente y familia en utilización de ayudas técnicas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planificación y ejecución de medidas que potencien la autonomía |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Información, educación y soporte emocional anciano/familia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Promoción del cumplimiento farmacológico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Seguimiento del anciano hospitalizado |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Intervención en programas de rehabilitación física |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Participación en terapias complementarias |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realización de actividades para estimulación mental |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Participación en sesiones de equipo multidisciplinar |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Informe de alta de enfermería hospitalaria |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Coordinación con otros niveles de atención |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** | **Observaciones** |

**UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARIOS**

**PROPÓSITO**

En la Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalarios, se encuentran ingresados pacientes que requieren de tratamiento y cuidados paliativos, pretendiendo que el enfermero/a residente conozca la coordinación diaria con el servicio de ESAD como plataforma de atención específica paliativa como modelo de continuidad asistencial; adquiera el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes que le capacite para prestar cuidados paliativos integrales a pacientes con enfermedades terminales, implicando de forma activa tanto al paciente como a sus familiares, respetando las diferencias individuales y atendiendo a los principios éticos.

**1. OBJETIVO GENERAL**

Valorar de forma multidisciplinar las necesidades del paciente paliativo hospitalizado con el fin de detectar problemas y factores de riesgo que permitan planificar unos cuidados específicos en este ámbito, optimizar su autonomía y garantizar la continuidad de cuidados.

**2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

* Aportar la valoración enfermera como un elemento indispensable de la valoración interdisciplinar.
* Conocer los criterios organizativos y gestión de los cuidados paliativos desde la hospitalización como la asistencia integral del paciente y los motivos de ingreso/derivación: Fase avanzada de enfermedades oncohematológicas en sus diversas presentaciones, con pronóstico terminal próximo. Deterioro funcional progresivo de enfermedad crónica, incompatible con el manejo domiciliario. Claudicación por parte de la familia o el cuidador principal.
* Valoración de necesidades y aplicación de cuidados específicos en este ámbito.
* Identificación y manejo de principales síntomas en el manejo del paciente con necesidad de cuidados paliativos y en situación de últimos días.
* Lograr el confort y la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia.
* Integrarse en la organización del equipo.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARIOS**

**NOMBRE:**

**Período del………………………………al………………………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** |  |  |  |  |  |  |  |  | **Firma** |
| Valoración Geriátrica Integral |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración por Patrones Funcionales de Salud |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración del riesgo de LPP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración del riesgo de caídas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Registro de diagnósticos enfermeros |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realización de planes de cuidados |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Seguimiento del anciano hospitalizado |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cuidados geriátricos específicos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración del cumplimiento del tratamiento farmacológico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planificación y ejecución de medidas que potencien la autonomía |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Atención en la fase agónica |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Información, educación y soporte emocional anciano/familia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Atención en el duelo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Coordinación con otros niveles de atención |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** | **Observaciones** |

**UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD)**

**PROPÓSITO**

Con la estancia en la Unidad de Hospitalización a domicilio, se pretende que el enfermero/a residente, adquiera el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes que le capacite, para prestar cuidados enfermeros integrales a pacientes con patología aguda en su propio domicilio, implicando de forma activa tanto al paciente como a sus familiares, respetando las diferencias individuales y atendiendo a los principios éticos.

**1.OBJETIVO GENERAL**

Prestar cuidados integrales e individualizados de calidad a los ancianos hospitalizados en su propio domicilio, dirigidos a minimizar las complicaciones y/o secuelas del ingreso hospitalario, favorecer su bienestar, potenciar las capacidades y recursos de afrontamiento del paciente y sus allegados y facilitar la reintegración en su entorno habitual.

**2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

* Valorar el estado de salud, las necesidades básicas y el nivel de autonomía mediante escalas validadas para pacientes geriátricos.

* Identificar los procesos patológicos y síntomas de los procesos patológicos de mayor prevalencia en las personas ancianas.

* Conocer e identificar los principales síndromes geriátricos.

* Identificar los factores de riesgo asociados a la hospitalización de los ancianos.

* Manejar adecuadamente los conceptos de fragilidad, enfermedad, incapacidad y dependencia en las personas ancianas.

* Identificar los problemas cognitivos, sensoriales y perceptivos en el cuidado de las personas ancianas.
* Identificar diagnósticos enfermeros (NANDA, NIC, NOC)

* Planificar, aplicar y evaluar los cuidados de calidad en los diferentes procesos.

* Aplicar medidas que mantengan su autonomía y eviten falsas dependencias.

* Manejar los distintos sistemas de registro que se utilizan y conocer su utilidad práctica.

* Aplicar medidas preventivas de deterioro funcional y cognitivo, incapacidad, caídas, incontinencia y úlceras por presión.

* Propiciar el bienestar de la persona anciana teniendo en cuenta su historia de vida (cultura, valores y creencias).

* Respetar los deseos, dignidad, privacidad y confidencialidad de las personas ancianas o sus tutores.

* Identificar y potenciar habilidades individuales y familiares para afrontar los cambios y estrategias adaptativas para participar en el desarrollo de los planes de cuidados.

* Realizar cuidados minimizando el uso de sujeciones físicas o farmacológicas y favoreciendo un entorno lo más independiente y seguro posible.

* Conocer y utilizar las habilidades de comunicación necesarias para establecer una adecuada relación de ayuda enfermera-paciente.

* Mantener una comunicación eficaz con los familiares del anciano hospitalizado, evitando y mediando en las situaciones de conflicto.

* Proporcionar los cuidados necesarios al anciano y su familia ante situaciones de final de la vida y fase agónica.

* Conocer los recursos sociosanitarios de apoyo a los ancianos y tramitar la intervención del trabajador social en caso necesario.

* Educar al paciente, familia y cuidadores para favorecer su adaptación tras el alta hospitalaria.

* Asegurar la coordinación entre los profesionales de diferentes ámbitos y niveles de actuación para dar continuidad al plan de cuidados.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD)**

**NOMBRE:**

**Período del………………………………al………………………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** |  |  |  |  |  |  |  |  | **Firma** |
| Valoración Geriátrica Integral |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración por Patrones Funcionales de Salud |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración del riesgo de LPP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración del riesgo de caídas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Registro de diagnósticos enfermeros |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realización de planes de cuidados |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración del cumplimiento del tratamiento farmacológico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Seguimiento del anciano hospitalizado |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cuidados geriátricos específicos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planificación y ejecución de medidas preventivas de complicaciones y secuelas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planificación y ejecución de medidas que potencien la autonomía |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Atención en la fase agónica |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Información, educación y soporte emocional anciano/familia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Informe de alta de enfermería hospitalaria |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Coordinación con otros niveles de atención |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** | **Observaciones** |

**UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA**

**PROPÓSITO**

Con la estancia en la Unidad de Ortogeriatría, se pretende que el enfermero/a residente, adquiera el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes que le capacite, para valorar de forma integral al anciano ubicado en unidades de hospitalización no geriátricas sirviendo de soporte a los diferentes servicios del hospital que soliciten su intervención. A su vez el EIR de Geriatría será capaz de gestionar de forma multidisciplinar el alta y/o la derivación a otros niveles asistenciales para que el paciente anciano reciba la atención más adecuada a su situación.

**1. OBJETIVO GENERAL**

Valorar de forma multidisciplinar las necesidades del paciente geriátrico hospitalizado con el fin de detectar problemas y factores de riesgo que permitan planificar unos cuidados que minimicen las complicaciones y secuelas del ingreso, optimicen su autonomía y garanticen la continuidad de cuidados.

**2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

* Aportar la valoración enfermera como un elemento indispensable de la valoración interdisciplinar.

* Detectar necesidades, problemas y factores de riesgo del anciano enfermo asociados al ingreso hospitalario.

* Identificar a los pacientes con riesgo de hospitalización prolongada.

* Identificar de forma precoz situaciones de deterioro funcional y/o pérdida de autonomía relacionado con el ingreso hospitalario.

* Conocer y utilizar adecuadamente los conceptos de fragilidad, enfermedad, incapacidad y dependencia en las personas ancianas.

* Promover desde el inicio de la hospitalización medidas de prevención de complicaciones y de incapacidad.

* Sugerir de forma precoz medidas de recuperación funcional.

* Transmitir la visión geriátrica a los profesionales de las distintas unidades de hospitalización con el fin de minimizar los riesgos asociados a la institucionalización del anciano.

* Identificar el riesgo o claudicación del cuidador principal y planificar intervenciones.

* Promover la necesidad de tener en cuenta la opinión del paciente anciano a la hora de tomar decisiones evitando el paternalismo y la sobreprotección.

* Informar sobre recursos socio sanitarios al paciente geriátrico y familiares y solicitar la intervención del trabajador social en caso necesario.

* Educar a los cuidadores antes del alta hospitalaria con el fin de garantizar la continuidad de los cuidados y facilitar la adaptación posterior.

* Identificar los distintos niveles asistenciales con relación al cuidado de la persona anciana con el fin de conocer la ubicación adecuada a cada situación individual.

* Gestionar de forma multidisciplinar el alta y/o derivación del paciente anciano a otras unidades asistenciales.

* Asegurar la coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos y niveles de atención para dar continuidad a los cuidados.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES ORTOGERIATRÍA**

**NOMBRE:**

**Periodo del………………………………al………………………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** |  |  |  |  |  |  |  |  | **Firma** |
| Valoración Geriátrica Integral |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración por Patrones Funcionales de Salud |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración del riesgo de LPP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Registro de diagnósticos enfermeros |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realización de planes de cuidados |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cuidados geriátricos específicos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración del dolor con escalas validadas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planificación y ejecución de medidas preventivas de complicaciones y secuelas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planificación y ejecución de medidas que potencien la autonomía |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Información, educación y soporte emocional anciano/familia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planificación de medidas de prevención de LPP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Seguimiento del anciano hospitalizado |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Participación en toma de decisiones en Equipo Multidisciplinar |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Informe de alta de enfermería hospitalaria |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Coordinación con otros niveles de atención |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** | **Observaciones** |

**ATENCIÓN**

**PRIMARIA**

**UNIDAD DE COORDINACIÓN CON LA COMUNIDAD.**

**PROPÓSITO**

El enfermero/a residente, adquirirá el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten, para atender al paciente geriátrico de forma ambulatoria.

**1. OBJETIVO GENERAL.**

Participar de forma activa en la atención multidisciplinar que se presta en la valoración, control y seguimiento de pacientes geriátricos de forma ambulatoria.

**2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

* Conocer y utilizar instrumentos de valoración validados adaptados a las personas ancianas.

* Aportar la visión enfermera al conjunto de la valoración geriátrica integral realizada por el equipo multidisciplinar.

* Detectar de forma precoz situaciones de riesgo de incapacidad o pérdida de autonomía.

* Identificar situaciones de inadaptación psicoemocional en el anciano y/o familiares.

* Valorar el tratamiento farmacológico de la persona anciana contemplando la poli medicación, interacciones farmacológicas, efectos adversos, errores y la automedicación.

* Identificar el perfil del cuidador principal y detectar situaciones de sobrecarga y/o claudicación.

* Mantener una adecuada relación de ayuda con el paciente geriátrico y sus cuidadores desarrollando habilidades de comunicación.

* Respetar y permitir la toma de decisiones del paciente con respecto a diferentes alternativas terapéuticas.

* Educar al paciente y cuidadores sobre medidas preventivas, tratamiento farmacológico y cuidados específicos.

* Proporcionar información y soporte emocional al paciente y familiares con el fin de favorecer la adaptación a los cambios y pérdidas subyacentes a la enfermedad.

* Identificar las situaciones en que sea necesario derivar a otro profesional con el fin de favorecer o mejorar la evolución de su problema.

* Optimizar la utilización de los diferentes niveles asistenciales disponibles para proporcionar cuidados a los ancianos adaptados a sus necesidades.

* Conocer y asesorar sobre recursos sociosanitarios de apoyo al paciente y cuidadores.

* Participar de forma activa en las actividades formativas, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en estas unidades.

* Realizar actividades de coordinación entre diferentes unidades y niveles de atención.

* Conocer los principales problemas psiquiátricos del anciano

* Manejo de la valoración psiquiátrica y el proceso de diagnostico

* Conocimiento y manejo de trastornos conductuales, uso de psicofármacos, medidas no farmacológicas

* Educar al paciente y cuidadores sobre cuidados específicos relacionados con la enfermedad.

* Identificar el perfil del cuidador principal y detectar situaciones de sobrecarga.

* Coordinación con unidades de hospitalización y estructuras sociosanitarias del área.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES EN LAS UNIDADES DE COORDINACIÓN CON LA COMUNIDAD**

**NOMBRE:**

**Período del**………………………………**al**………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** |  |  |  |  |  |  |  |  | **Firma** |
| Valoración Geriátrica Integral |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración de ABVD |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración de AIVD |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración Psicogeriátrica |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Participación en sesiones de equipo de enfermería |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración de sobrecarga del cuidador principal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración del cumplimiento del tratamiento farmacológico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cuidados geriátricos específicos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realización de actividades para estimulación cognitiva |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planificación y ejecución de medidas preventivas de complicaciones y secuelas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planificación y ejecución de medidas que potencien la autonomía |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Información, educación y soporte emocional anciano/familia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Participación en sesiones de equipo de enfermería |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Participación en sesiones de equipo multidisciplinar |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Coordinación con otros niveles de atención |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** | **Observaciones** |

**CENTRO DE SALUD**

**PROPÓSITO**

Con la estancia en los Centros de Salud, se pretende que el enfermero/a residente, conozca la filosofía de Atención Primaria y adquiera el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes que le capacite, para atender a la persona anciana y a su familia a lo largo del ciclo salud-enfermedad.

**1. OBJETIVO GENERAL**

Adquirir las competencias específicas en los diferentes dispositivos y programas de salud de la persona anciana en la comunidad.

**2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

* Distinguir entre envejecimiento normal y proceso de enfermar a través de la valoración integral del anciano.

* Promover el envejecimiento saludable mediante la identificación de factores de riesgo.

* Valorar el estado de salud de la persona anciana.

* Educar a las personas ancianas, familia y cuidadores sobre la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

* Identificar el nivel de autonomía del anciano.

* Valorar las habilidades y estrategias adaptativas individuales y familiares para afrontarlos cambios y participar en los planes de cuidados.

* Potenciar las capacidades residuales de la persona anciana en los procesos de enfermedad, fragilidad y dependencia.

* Potenciar el autocuidado del anciano para mantener el máximo nivel de autonomía posible.

* Proporcionar cuidados derivados del proceso de enfermedad del anciano.

* Educar y supervisar a los cuidadores no profesionales sobre cuidados específicos al anciano enfermo.

* Valorar el tratamiento farmacológico de la persona anciana contemplando la polimedicación, efectos adversos, automedicación, errores e incumplimiento.

* Conocer los avances de la prescripción enfermera.

* Identificar y actuar sobre las situaciones de maltrato al anciano.

* Identificar el perfil del cuidador principal con el fin de prevenir, detectar y actuar ante situaciones de desgaste y/o claudicación.

* Conocer los recursos sociosanitarios de apoyo a los ancianos y cuidadores.

* Identificar los dispositivos de ayuda que pueden contribuir a mejorar las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria.

* Informar sobre las diversas opciones terapéuticas facilitando la toma de decisiones con la persona anciana y familiares.

* Ayudar al paciente anciano y familiares a adaptarse a la etapa final de la vida.

* Cuidar al paciente geriátrico en la situación agónica ofreciendo la instrucción y apoyo necesarios a sus familiares.

* Poner en marcha acciones de coordinación entre los distintos niveles de atención sociosanitaria.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES EN EL CENTRO DE SALUD**

**NOMBRE:**

**Periodo de ………………………………. al …………………………………….**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** |  |  |  |  |  |  |  |  | **Firma** |
| Valoración Geriátrica Integral |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración de ABVD |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración Psicogeriátrica |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración por Patrones Funcionales de Salud |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración de sobrecarga del cuidador principal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración del cumplimiento del tratamiento farmacológico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cuidados geriátricos específicos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planificación y ejecución de medidas que potencien la autonomía |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Seguimiento del anciano en Atención Primaria |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Información, educación y soporte emocional anciano/familia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Visitas domiciliarias |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planificación de actividades de promoción y prevención de la salud |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Participación en sesiones de equipo de enfermería |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Participación en sesiones de equipo multidisciplinar |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Coordinación con otros niveles de atención |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** | **Observaciones** |

**VALORACIÓN DE DEPENDENCIA**

**PROPÓSITO**

Con la estancia en el Servicio de Valoración de Dependencia, se pretende que el enfermero/a residente, adquiera el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes que le capacite para detectar necesidades de los ancianos dependientes y sus cuidadores y conocer los recursos disponibles en la comunidad que se adapten a dichas necesidades.

**1. OBJETIVO GENERAL**

Conocer el proceso de valoración de dependencia a personas ancianas en su entorno así como el Programa Individual de Atención llevado a cabo por dicho servicio junto con la legislación vigente y la gestión de recursos.

**2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

* Identificar las diferentes políticas que afectan a la atención de las personas ancianas.

* Analizar la legislación vigente específica en la atención de las personas ancianas dependientes.

* Revisar la dotación actual de recursos con el fin de adecuar las ofertas a las demandas.

* Aportar la valoración enfermera como un elemento indispensable de la valoración interdisciplinar.

* Conocer las herramientas utilizadas por el servicio para la valoración de dependencia.

* Participar en el proceso de toma de decisiones sobre propuestas de atención y prestaciones individualizadas.

* Manejar adecuadamente los conceptos de fragilidad, enfermedad, incapacidad y dependencia en las personas ancianas.

* Manejar eficientemente los programas y aplicaciones informáticas utilizadas.
* Identificar los recursos de los distintos niveles asistenciales existentes en el entorno de la persona anciana.
* Realizar estudios relacionados con la valoración de dependencia en ancianos.

* Promover ante los proveedores de servicios y la población el papel de la enfermera especialista dentro del equipo interdisciplinar y su importancia en la mejora de resultados de cuidados para las personas ancianas.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES VALORACIÓN DE DEPENDENCIA**

**NOMBRE:**

**Período del………………………………**al**……………………………….**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** |  |  |  |  |  |  |  |  | **Firma** |
| Valoración de la Dependencia (Escalas específicas) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración de ABVD |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración del cumplimiento del tratamiento farmacológico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración de sobrecarga del cuidador principal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Visitas domiciliarias |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Participación en los PIA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Registro en la base de datos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Participación en reuniones de Equipo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Participación en sesiones formativas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cuidados geriátricos específicos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planificación y ejecución de medidas que potencien la autonomía |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planificación y ejecución de medidas preventivas de complicaciones y secuelas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Información, educación y soporte emocional anciano/familia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Coordinación con otros niveles de atención |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** | **Observaciones** |

**INSTITUCIONES SOCIALES**

**INSTITUCIONES SOCIALES**

**PROPÓSITO**

Con la estancia en los Centros Sociosanitarios, se pretende que el enfermero/a residente, adquiera el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes que le capacite, para atender al anciano institucionalizado o de forma ambulatoria en dichos centros.

**1. OBJETIVO GENERAL**

Prestar cuidados a las personas ancianas que contribuyan a la promoción, mantenimiento y restablecimiento de la salud, que atiendan las necesidades propias de situaciones de fragilidad o dependencia y que faciliten una muerte digna.

**2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

* Valorar la alteración de necesidades básicas, el nivel de autonomía

y factores de riesgo.

* Conocer los problemas derivados de la presentación de síndromes geriátricos.

* Manejar adecuadamente los conceptos de fragilidad, enfermedad, incapacidad y dependencia en las personas ancianas.

* Identificar los cambios inherentes al proceso de envejecimiento en la satisfacción de las necesidades básicas.

* Aportar la valoración enfermera como un elemento indispensable en el equipo multidisciplinar

* Planificar las medidas preventivas oportunas que promocionen o mantengan la autonomía.

* Favorecer el autocuidado para no provocar una falsa dependencia de la persona anciana.

* Ayudar a la persona anciana a adaptarse y compensar los cambios

funcionales relacionados con la edad.

* Identificar los dispositivos de ayuda que pueden contribuir a mejorar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

* Ayudar al anciano y familia a adaptarse a la etapa final de la vida, proporcionando cuidados paliativos tanto en procesos oncológicos como no oncológicos, atendiendo a sus características personales.

* Participar en actividades para potenciar y mantener el desarrollo cognitivo de la persona anciana.

* Detectar e intervenir ante situaciones de mal uso de las sujeciones físicas y químicas en la persona anciana.

* Conocer los recursos sociosanitarios de apoyo a los ancianos y familiares.

* Participar y elaborar procedimientos, protocolos y guías de práctica clínica.

* Formar y educar a los cuidadores no profesionales.

* Participar en actividades de formación de estudiantes y otros profesionales.

* Asegurar la coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos y niveles de atención para garantizar la continuidad de cuidados.

* Diseñar un plan de calidad para un Centro gerontogeriátrico.

* Elaborar un proyecto de gestión de Centro o Unidad gerontogeriátrico.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES DE INSTITUCIONES SOCIALES**

**NOMBRE:**

**Período del………………………………al………………………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** |  |  |  |  |  |  |  |  | **Firma** |
| Valoración Geriátrica Integral |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración Psicogeriátrica |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración del cumplimiento del tratamiento farmacológico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Seguimiento del anciano en Instituciones Sociales |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realización de planes de cuidados |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cuidados geriátricos específicos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planificación y ejecución de medidas que potencien la autonomía |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Participación en actividades de promoción y mantenimiento funcional |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Información, educación y soporte emocional anciano/familia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Participación en terapias complementarias |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Atención en la fase agónica |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Intervención en programas de rehabilitación física |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Intervención en programas de rehabilitación mental |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Participación en sesiones de equipo multidisciplinar |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Coordinación con otros niveles de atención |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** | **Observaciones** |

**OTROS RECURSOS**

**OTROS RECURSOS**

**Docencia, investigación y calidad.**

**PROPÓSITO**

Con la estancia en dichas unidades se pretende que el enfermero/a residente, adquiera el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes que le capacite, para prestar atención integral al paciente geriátrico.

**1. OBJETIVO GENERAL**

Ampliar conocimientos en los diferentes ámbitos que se abordan en estas unidades para adquirir una visión global en la atención al anciano, conocer y valorar las aportaciones de otros profesionales y gestionar recursos humanos y materiales.

**2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

* Identificar las tecnologías existentes en relación a las necesidades específicas de las personas ancianas.
* Incorporar los sistemas de información a la gestión de los cuidados de las personas ancianas

* Identificar los recursos de los distintos niveles asistenciales existentes en el entorno de la persona anciana.

* Conocer el concepto de calidad, de mejora continua de la calidad, sistemas de gestión de la calidad y los distintos componentes que la integran.

* Conocer y manejar las herramientas de medición de la calidad percibida.

* Conocer las características de los Sistemas de Información Sanitaria.

* Identificar las áreas prioritarias de investigación en enfermería gerontológica.

* Aplicar en los cuidados prestados la evidencia científica como instrumento para la gestión clínica.

* Usar bases de datos públicas y privadas para incorporar las prácticas basadas en la evidencia al cuidado de las personas ancianas.

* Conocer las políticas sanitarias en relación con la atención al anciano.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES DE OTROS RECURSOS**

**Docencia, investigación y calidad.**

**NOMBRE:**

**Período del**………………………………**al**……………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** |  |  |  |  |  |  |  |  | **Firma** |
| Actividades específicas (especificar en observaciones) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Actividades informáticas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Registro en base de datos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Participación en reuniones |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Participación en sesiones formativas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Coordinación con otros niveles de atención |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** | **Observaciones** |

**GUARDIAS**

**REGISTRO DE ACTIVIDADES EN LAS GUARDIAS**

Las Guardias se realizarán de manera presencial en Hospitalización de Agudos (UGA) como se indica en la GIFT.

**PROPÓSITO**

Con la estancia en las Unidades de Cuidados del paciente geriátrico agudo, se pretende que el enfermero/a residente, adquiera el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes que le capacite, para prestar cuidados enfermeros integrales a pacientes con patología aguda, implicando de forma activa tanto al paciente como a sus familiares, respetando las diferencias individuales y atendiendo a los principios éticos.

**1.OBJETIVO GENERAL**

Prestar cuidados integrales e individualizados de calidad a los ancianos hospitalizados, dirigidos a minimizar las complicaciones y/o secuelas del ingreso hospitalario, favorecer su bienestar, potenciar las capacidades y recursos de afrontamiento del paciente y sus allegados y facilitar la reintegración en su entorno habitual

**2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

* Valorar el estado de salud, las necesidades básicas y el nivel de autonomía mediante escalas validadas para pacientes geriátricos.

* Identificar los procesos patológicos y síntomas de los procesos patológicos de mayor prevalencia en las personas ancianas.

* Conocer e identificar los principales síndromes geriátricos.

* Identificar los factores de riesgo asociados a la hospitalización de los ancianos.

* Manejar adecuadamente los conceptos de fragilidad, enfermedad, incapacidad y dependencia en las personas ancianas.

* Identificar los problemas cognitivos, sensoriales y perceptivos en el cuidado de las personas ancianas.
* Identificar diagnósticos enfermeros (NANDA, NIC, NOC)

* Planificar, aplicar y evaluar los cuidados de calidad en los diferentes procesos.

* Aplicar medidas que mantengan su autonomía y eviten falsas dependencias.

* Manejar los distintos sistemas de registro que se utilizan y conocer su utilidad práctica.

* Aplicar medidas preventivas de deterioro funcional y cognitivo, incapacidad, caídas, incontinencia y úlceras por presión.

* Propiciar el bienestar de la persona anciana teniendo en cuenta su historia de vida (cultura, valores y creencias).

* Respetar los deseos, dignidad, privacidad y confidencialidad de las personas ancianas o sus tutores.

* Identificar y potenciar habilidades individuales y familiares para afrontar los cambios y estrategias adaptativas para participar en el desarrollo de los planes de cuidados.

* Realizar cuidados minimizando el uso de sujeciones físicas o farmacológicas y favoreciendo un entorno lo más independiente y seguro posible.

* Conocer y utilizar las habilidades de comunicación necesarias para establecer una adecuada relación de ayuda enfermera-paciente.

* Mantener una comunicación eficaz con los familiares del anciano hospitalizado y el resto de profesionales, evitando y mediando en las situaciones de conflicto.

* Proporcionar los cuidados necesarios al anciano y su familia ante situaciones de final de la vida y fase agónica.

* Conocer los recursos sociosanitarios de apoyo a los ancianos y tramitar la intervención del trabajador social en caso necesario.

* Educar al paciente, familia y cuidadores para favorecer su adaptación tras el alta hospitalaria.

* Asegurar la coordinación entre los profesionales de diferentes ámbitos y niveles de actuación para dar continuidad al plan de cuidados.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES EN LAS GUARDIAS**

**NOMBRE:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** |  |  |  |  |  |  |  |  | **Firma** |
| Valoración Geriátrica Integral |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración por Patrones Funcionales de Salud |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración del riesgo de LPP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valoración del riesgo de caídas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Registro de diagnósticos enfermeros |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realización de planes de cuidados |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Seguimiento del anciano hospitalizado |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cuidados geriátricos específicos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planificación y ejecución de medidas preventivas de complicaciones y secuelas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planificación y ejecución de medidas que potencien la autonomía |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Atención en la fase agónica |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Información, educación y soporte emocional anciano/familia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Informe de alta de enfermería hospitalaria |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Coordinación con otros niveles de atención |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** | **Observaciones** |

**REGISTRO DE OTRAS ACTIVIDADES**

**Sesiones formativas:**

|  |
| --- |
| Sesión Clínica: (Título y Breve descripción del contenido): |
| Fecha: Lugar: |
| Visado Tutor/Colaborador Docente: |

|  |
| --- |
| Sesión Clínica: (Título y Breve descripción del contenido): |
| Fecha: Lugar: |
| Visado Tutor/Colaborador Docente: |

|  |
| --- |
| Sesión Clínica: (Título y Breve descripción del contenido): |
| Fecha: Lugar: |
| Visado Tutor/Colaborador Docente: |

|  |
| --- |
| Sesión Clínica: (Título y Breve descripción del contenido): |
| Fecha: Lugar: |
| Visado Tutor/Colaborador Docente: |

|  |
| --- |
| Sesión Clínica: (Título y Breve descripción del contenido): |
| Fecha: Lugar: |
| Visado Tutor/Colaborador Docente: |

**Comunicaciones a Congresos / Publicaciones:**

|  |
| --- |
| Comunicación Congreso/Publicación: (Autores, Título, Tipo de Comunicación/Publicación, Breve Resumen): |
| Fecha: Lugar: |
| Visado Tutor/Colaborador Docente: |

|  |
| --- |
| Comunicación Congreso/Publicación: (Autores, Título, Tipo de Comunicación/Publicación, Breve Resumen): |
| Fecha: Lugar: |
| Visado Tutor/Colaborador Docente: |

|  |
| --- |
| Comunicación Congreso/Publicación: (Autores, Título, Tipo de Comunicación/Publicación, Breve Resumen): |
| Fecha: Lugar: |
| Visado Tutor/Colaborador Docente: |

|  |
| --- |
| Comunicación Congreso/Publicación: (Autores, Título, Tipo de Comunicación/Publicación, Breve Resumen): |
| Fecha: Lugar: |
| Visado Tutor/Colaborador Docente: |

**ENTREVISTAS TUTOR**

Al menos, cuatro entrevistas anuales. Indicar fecha y firmar por el Tutor.

Fecha:

Visado Tutor: