



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Proyecto educativo: Desafíos de los cuidados de enfermería en el paciente anciano hospitalizado.

Alumno: Elena Moreno Mínguez
Director: Antonio Ramos Sánchez

Madrid, mes de Mayo de 2023.

Índice:

1. Resumen.....	4
2. Abstract.....	5
3. Presentación.....	6
4. Estado de la cuestión	
4.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema	
4.1.1. Introducción.....	7
4.1.2. Proceso de envejecimiento: Anciano frágil.....	8
4.1.3. Datos epidemiológicos: vejez y hospitalización.....	10
4.1.4. Hospitalización y calidad de vida del paciente anciano: principales complicaciones.....	11
4.1.5. Estrategias de prevención durante la hospitalización del paciente anciano.....	13
4.1.6. Valoración geriátrica integral.....	16
4.2. Justificación.....	18
5. Proyecto educativo	
5.1. Población y captación.....	19
5.2. Objetivos.....	20
5.3. Contenidos.....	20
5.4. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales.....	21
5.4.1. Sesión 1.....	23
5.4.2. Sesión 2.....	24
5.4.3. Sesión 3.....	26
5.4.4. Sesión 4.....	27
5.5. Evaluación.....	28
6. Bibliografía.....	29

7. Anexos:

7.1.	Anexo I: Escala FRAIL.....	32
7.2.	Anexo II: Índice de Barthel.....	33
7.3.	Anexo III: Índice de Katz.....	34
7.4.	Anexo IV: Escala de Lawton y Brody.....	35
7.5.	Anexo V: Prueba corta de desempeño físico.....	36
7.6.	Anexo VI: Escala de Tinetti.....	36
7.7.	Anexo VII: Mini Nutricional Assessment.....	37
7.8.	Anexo VIII: Mini Mental State Examination.....	38
7.9.	Anexo IX: Escala de Depresión de Yesavage.....	39
7.10.	Anexo X: Escala de Zarit.....	40
7.11.	Anexo XI: Email Corporativo.....	41
7.12.	Anexo XII: Cartel Captación.....	42
7.13.	Anexo XIII: “Frasas incompletas”.....	42
7.14.	Anexo XIV: Presentación “Hablemos de envejecimiento”.....	43
7.15.	Anexo XV: Test pre-taller y post- taller.....	44
7.16.	Anexo XVI: “Foto-palabra”.....	44
7.17.	Anexo XVII: Presentación “Complicaciones durante la hospitalización”.....	45
7.18.	Anexo XVIII: Presentación “Herramientas enfocadas en la prevención”.....	46
7.19.	Anexo XIX: Encuesta satisfacción.....	47

Resumen

El número de personas mayores aumenta en nuestra sociedad. Esta tendencia va a continuar en los próximos años, creciendo de forma progresiva. Los profesionales de la salud y las instituciones que gestionan los recursos tienen que estar preparados para afrontar esta situación. Los desafíos para cuidar y trabajar con personas de mayor edad son un reto para los profesionales de la salud. Procurar un mantenimiento en su calidad de vida durante los ingresos hospitalarios y unos cuidados centrados en la persona deben ser prioritarios. Durante los ingresos hospitalarios, debe ser primordial el cuidado centrado en la persona y el mantenimiento de la calidad de vida del paciente. A través de la prevención y la detección precoz podremos abordar los principales retos que estos pacientes nos plantean.

La formación continuada y la reflexión de la práctica profesional es parte esencial del trabajo enfermero. Por ello, he querido elaborar un proyecto educativo dirigido a profesionales que trabajan en plantas de hospitalización con pacientes ancianos, con el objetivo de dotarles de herramientas y conocimientos que mejoren su práctica clínica diaria.

Palabras clave: “anciano”, “hospitalización”, “calidad de vida”, “cuidados”, “prevención”.

Abstract

The number of older people continues to increase in our society. This trend will continue in the coming years, increasing progressively. Health professionals and institutions managing resources have to be prepared to cope with this situation. The challenges of caring for and working with older people are a challenge for health professionals. Maintaining their quality of life during hospital admissions and person-centered care must be a priority. During hospital admissions, person-centered care and maintenance of the patient's quality of life must be a priority. Through prevention and early detection we will be able to address the main challenges that these patients present to us.

Continuing education and reflection on professional practice is an essential part of nursing work. For this reason, I wanted to develop an educational project aimed at professionals working in hospital wards with elderly patients, with the aim of providing them with tools and knowledge to improve their daily clinical practice.

Keywords: "elderly", "hospitalization", "quality of life", "care", "prevention".

Presentación

El cuidado a las personas mayores ha tenido para mí una especial importancia a lo largo de mi vida tanto a nivel personal como profesional. Los considero seres de gran valor que necesitan un papel más protagonista en nuestra sociedad, y merecen nuestro respeto y consideración. La vejez es una etapa de la vida especialmente delicada en la que la persona ve mermada su salud, se encuentra más vulnerable, más limitada, más aislada. Todo esto hace que sea una etapa difícil de gestionar, tanto para la propia persona, como para su entorno.

Estamos presenciando que hay cada día más personas ancianas en la sociedad, y de forma paralela, la tendencia es que se las tiene menos en cuenta, y se encuentran más apartadas de los núcleos familiares, de las instituciones, etc. Parece como si envejecer fuera algo que la sociedad evitara ver, reconocer y, por tanto, cuidar.

Asimismo, este trabajo ha tenido una motivación personal tras varias experiencias vitales que me han hecho reflexionar y poner en cuestión los cuidados hacia este colectivo. Recuerdo que mi abuela ingresó por una fractura de pierna en la que estuvo aproximadamente 3 semanas ingresada. Esa estancia supuso un antes y un después en su estado cognitivo, con un deterioro notable. ¿Qué fue lo que pasó durante esas semanas para que alcanzara ese deterioro? ¿Se pudo hacer algo para que el impacto no fuera tan agresivo?

He decidido llevar a cabo este trabajo porque creo que las personas mayores tienen una mayor vulnerabilidad y fragilidad, y presentan unas necesidades específicas como pacientes, que desde enfermería es necesario conocer para poder llevar a cabo un buen trabajo. Durante los ingresos hospitalarios, el tipo de cuidado que se dé a este tipo de pacientes será determinante para su evolución y para su posterior calidad de vida.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es reflexionar entorno a estas tres preguntas: cuando pensamos en la hospitalización del paciente anciano ¿cuáles son los elementos que resultan más problemáticos y complejos de manejar?, ¿se puede mejorar la estancia hospitalaria y los cuidados de enfermería del paciente anciano hospitalizado?, ¿podemos desde la enfermería disminuir el impacto negativo que tienen las hospitalizaciones en el anciano?

Estado de la cuestión

Introducción

En el desarrollo de este apartado, expongo los principales conceptos teóricos en los que se fundamenta el trabajo a partir de la bibliografía encontrada. En primer lugar, vamos a ver en qué consiste el proceso de envejecimiento y sus principales características, centrando el tema en las particularidades del “anciano frágil”. A continuación, se exponen los datos epidemiológicos más recientes de nuestro país sobre las personas mayores y también aquellos datos que he considerado más relevantes del binomio hospitalización-vejez. También vamos a ver cómo afecta el proceso de hospitalización al paciente anciano, las principales complicaciones durante los ingresos y los cuidados específicos de enfermería que se pueden realizar desde la prevención. En el último apartado, hablaré sobre la Valoración Geriátrica Integral, una de las principales herramientas que utiliza enfermería en el trabajo con el paciente anciano.

Durante los meses de octubre del 2022 a enero del 2023, he llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Academic Search Complete, CINAHL Complete, MedLine, DIALNET, PubMed, ELSEVIER, SciELO. Los principales idiomas de los artículos con los que he trabajado han sido el castellano y el inglés, algunos en portugués.

A partir de la lectura de muchos de estos artículos, he ido ampliando la ratio de búsqueda a páginas web que también han sido necesarias para el desarrollo del trabajo como: el Instituto Nacional de Estadística, la página oficial de la Organización Mundial de la Salud, la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y la página web de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. A partir de estas páginas web he podido obtener datos, protocolos e informes.

Los libros y tesis doctorales han sido también una fuente de recursos en este proceso de búsqueda bibliográfica, sobre todo en su formato digital.

Para facilitar esta búsqueda bibliográfica he utilizado términos MeSH como “elderly”, “hospitalization”, “functionality”, “care”, “prevention” y términos DeSC como “anciano”, “hospitalización”, “calidad de vida”, “cuidados”, “prevención” y he utilizado el operador booleano “AND”.

La mayor parte de las citas bibliográficas son de los últimos 5 años, para poder trabajar con fuentes con la evidencia científica publicada más reciente.

Proceso de envejecimiento: Anciano frágil.

Estamos viviendo una época de aumento de la esperanza de vida y, por ende, un mayor envejecimiento poblacional, con un mayor número de personas mayores y ancianas en nuestras sociedades (1), debidos, entre otros, al desarrollo y avances de las ciencias de la salud conseguidos en los últimos años (2).

Según la Real Academia Nacional de Medicina de España, en la definición de anciano, “no existe un límite preciso que separe la edad madura de la vejez, pero por convención suele fijarse de forma arbitraria en los 65 años (3).

Y, ¿qué características tiene el envejecimiento?

El proceso de envejecimiento no sigue una línea uniforme pero sí que supone un “descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, con un mayor riesgo de enfermedad” (1).

La percepción positiva del estado de salud disminuye progresivamente con el paso del tiempo (4). Se produce una disminución de la masa muscular y reducción de la fuerza y capacidad aeróbica, reducción de la densidad ósea, privación sensorial (auditiva, visual, olfativa), mayor fragilidad de la piel, etc. (5) Con la edad, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas, de problemas mentales y de discapacidad física, con un impacto en la calidad de vida, que se traduce en presencia de fragilidad, discapacidad y/o dependencia (2).

La expresión de las enfermedades en los pacientes ancianos tiene una sintomatología característica: atípica, silente, pasa desapercibida y en ocasiones se banaliza (6).

Para favorecer el manejo del paciente mayor, se han descrito una serie de síndromes geriátricos, que se caracterizan por su frecuente aparición y por su origen multifactorial, tales como (7):

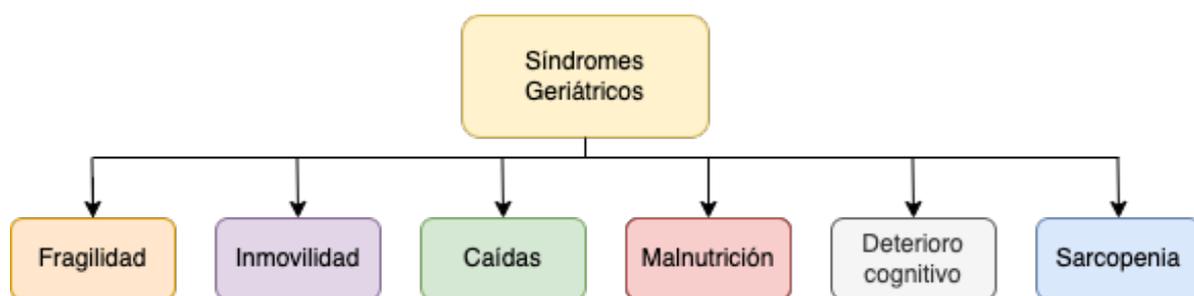


Gráfico de elaboración propia según datos del documento “Valoración Geriátrica Integral” (7).

¿Este proceso de envejecimiento afecta de igual manera a todas las personas mayores?

A nivel general, hay un deterioro de las funciones psíquicas, físicas y sociales conforme envejecemos (8) pero el impacto del propio proceso de envejecimiento es mayor en aquellos ancianos con un perfil frágil y de mayor vulnerabilidad.

En función de su capacidad funcional, las personas mayores de 65 años se pueden clasificar en (2):



Gráfico de elaboración propia según datos del Plan de atención integral a la fragilidad y promoción de la longevidad saludable en personas mayores de la Comunidad de Madrid (2)

- Autónoma: personas independientes en sus actividades básicas de la vida diaria (aseo, arreglo personal, vestido, alimentación, etc.)
- Prefrágil: independientes en sus actividades básicas (con una puntuación en el índice de Barthel mayor o igual a 90) e instrumentales (con una puntuación en la escala de Lawton & Brody, de 8 en mujeres y mayor o igual a 5 en hombres) de la vida diarias y un riesgo de caídas bajo o alto.
- Frágil: aquellas con un “pérdida incipiente” de sus capacidades funcionales.
- Baja dependencia: personas con un grado de dependencia en sus actividades básicas de la vida diaria y riesgo de caídas bajo o alto.
- Dependiente: personas con un grado de dependencia para realizar la actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Según el Tratado de geriatría para residentes, el término anciano frágil se define como “aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente” (9). La fragilidad se define como un síndrome, que se caracteriza por una reducción de las reservas fisiológicas, y se relaciona con una mayor prevalencia de eventos desfavorables para la salud como las caídas, la inmovilidad, aumento de la discapacidad, mayor número de ingresos hospitalarios, institucionalización, etc. (10). Está estrechamente relacionada con otros síndromes geriátricos como la sarcopenia (pérdida de fuerza y masa muscular) y las caídas (2). El anciano frágil será aquel que tenga una mayor vulnerabilidad debido al deterioro de los sistemas fisiológicos, “lo que le confiere una mayor vulnerabilidad a los factores de estrés y aumenta el riesgo de una serie de resultados sanitarios adversos” (10).

Diagnosticarla de forma temprana es imprescindible para evitar complicaciones, puesto que se considera que su detección es la mejor forma de prevenir afectos adversos, ya que la fragilidad es el estadio previo a la aparición de discapacidad y dependencia (2). Disponemos de herramientas de valoración para la detección precoz como la “Escala de Rasgos de Fragilidad forma corta – 5 ítems (Frailty Trait Scale-Short Form- FTS-5)” (ANEXO I) que tiene buena predicción y permite registrar la evolución del paciente (10).

Datos epidemiológicos: vejez y hospitalización.

Como muchos países del mundo, España está viviendo desde hace años un envejecimiento progresivo de la población a lo largo de los últimos años, de forma progresiva y exponencial (1). Tenemos una pirámide poblacional regresiva (4) en la que el porcentaje de personas mayores de 65 años suponen, en el año 2022, un 20,08% del total de la población (11).

A continuación, muestro una tabla en la que desgloso, según la información encontrada en el Instituto Nacionales de Estadística (INE), el porcentaje exacto de personas mayores en este último año 2022, por grupos de edad:

Grupo de edad	Porcentaje de población
“65 y más años”	20,08%
“70 y más años”	14,70%
“75 y más años”	9,98%
“80 y más años”	6,08%
“85 y más años”	3,41%
“90 y más años”	1,27%
“95 y más años”	0,29%
“100 años y más”	0,03%

Tabla de elaboración propia. Según datos recogidos en el INE (11)

La esperanza de vida media para el año 2022 es de 85,8 años en mujeres y de 80,4 años en hombres, con una esperanza de vida media del 83,07 (11). Según el informe de la OMS de Envejecimiento y Salud, publicado en el 2022, el incremento de personas mayores de 60 años irá en aumento en los próximos años, con una estimación del 22% de la población mundial para el año 2050 (1). Concretamente, en nuestro país, se estima que el porcentaje de personas mayores de 65 años sea del 31% para el año 2050 (2).

Debido a esta situación, los sistemas de salud de países con esta tendencia, como España, van a tener que preparar y adaptar la asistencia del sistema sanitario para hacer frente a este cambio demográfico y a esta tendencia de envejecimiento de la población, que se está dando de forma mucho más rápida que en otras épocas o periodos del pasado. (1)

Respecto a los datos encontrados en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021, respecto al binomio vejez-hospitalización, concluimos que las enfermedades con mayor morbilidad sobre la población son las enfermedades respiratorias como la enfermedad obstructiva crónica y la neumonía, las enfermedades cardiovasculares como la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular, los trastornos mentales, en los que “1 de cada 10 personas, mayores de 75 años, declara padecer un cuadro depresivo” y los tumores malignos, siendo los más frecuentes el cáncer de mama en mujeres y el cáncer de

próstata en hombres (4). Según este mismo informe para el año 2020, la estancia media de hospitalización era de 8,1 días, concretamente en hospitales de agudos 6,8 días y en hospitales de larga estancia 58,8 días. Con un porcentaje de reingresos del 20%.

¿Cómo afecta la hospitalización en el paciente mayor frágil? Según los datos, la hospitalización de estos pacientes “puede provocar un deterioro de la capacidad funcional y cognitiva, conocida como discapacidad nosocomial”, y se da entre el 5-60% de los pacientes mayores de 75 años que ingresan (10). La prevalencia de la fragilidad aumenta con la edad, como muestran los siguientes datos a nivel estatal:

Edad	Prevalencia de la fragilidad
70-75 años	2,5-6%
75-80 años	6,5-12%
80-85 años	15%
Mayores de 85 años	26%

Tabla de elaboración propia según datos del “Plan de atención integral a la fragilidad y promoción de la longevidad saludable en personas mayores de la Comunidad de Madrid” (2)

Hospitalización y calidad de vida del paciente anciano: principales complicaciones.

La asistencia centrada en la persona puede ser insuficiente en los hospitales y más concretamente en los pacientes ancianos, cuyo perfil es mucho más complejo (12), siendo más vulnerables a desarrollar una mayor dependencia de cuidados durante la hospitalización (13). ¿Qué factores pueden afectar a la atención del paciente anciano durante los ingresos, según los profesionales de enfermería? Según la bibliografía, en relación con el entorno de trabajo, los factores que afectan al cuidado del propio paciente son la falta de medios, tiempo o de personal, la descoordinación en el trabajo en equipo y la falta de objetivos claros y concisos sobre los que intervenir (14).

La aparición de complicaciones durante los ingresos hospitalarios se origina por múltiples factores: las características y estado basal de los pacientes, el entorno en el que se le atiende (organización, recursos, profesionales, etc.), la formación de los profesionales en relación a la implementación de medidas preventivas, etc. (5, 15). Estas complicaciones, como, por ejemplo, las caídas, harán que la estancia hospitalaria se alargue, esto tendrá consecuencias tanto para la persona (aparición de nuevos trastornos a nivel físico, cognitivo, emocional) como para el propio hospital (mayor gasto de recursos derivados de la prolongación del ingreso, complejidad del tratamiento, uso de materiales, profesionales, etc.) (16, 17). A la sucesión progresiva de complicaciones, que producen un impacto negativo sobre la salud del

paciente se la conoce como cascada iatrogénica (5).

Las complicaciones más frecuentes son: delirium, deterioro o pérdida de la capacidad funcional, caídas, alteraciones del patrón de eliminación, desequilibrio nutricional, aparición de úlceras por presión, etc.

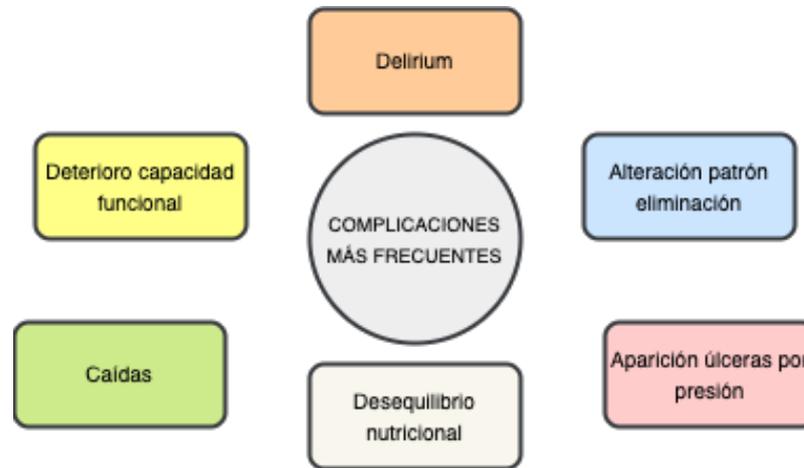


Gráfico de elaboración propia según datos del artículo "Complicaciones de la hospitalización en personas mayores" y "Actualización del documento sobre prevención de la fragilidad de la persona mayor (5, 10)

A continuación, las describo con mayor detalle:

- Delirium: puede afectar hasta el 56% de los pacientes. Hay un alteración y fluctuación de la consciencia, atención y estado cognitivo que aparece de forma brusca (5).
- Deterioro de la capacidad funcional: afecta entre 33-57% de las personas ingresadas. Según la bibliografía, la inmovilidad asociada al encamamiento prolongado del paciente durante el ingreso va a influir en la pérdida de la capacidad funcional de la persona (5), así como la polifarmacia y la presencia de un mayor número de enfermedades (18). La pérdida de capacidad funcional también se debe a la limitación que supone el propio ingreso en la realización de las actividades básicas de la vida diaria y la falta de estimulación que puede tener la persona ingresada (19).
- Caídas: Esta complicación es multicausal, puede deberse a las características del paciente (historia previa de caídas, presencia de alteraciones cognitivas, agitación, toma de determinados fármacos, infecciones urinarias, debilidad muscular, etc.) y también a los factores ambientales (5). Hay evidencia de que las caídas tienen una alta prevalencia en hospitales, con consecuencias posteriores sobre el paciente en la esfera física, psicológica, social y económica (15).
- Desequilibrio nutricional: la desnutrición se produce cuando el paciente no tiene un adecuado aporte e ingesta de nutrientes en relación con sus necesidades. Esta complicación puede verse incrementada por alteraciones propias del paciente como los problemas de masticación o deglución, presencia de disfagia, el uso de algunos fármacos o por el mismo proceso de envejecimiento (5, 2).

- Alteración del patrón de eliminación: las complicaciones más frecuentes respecto al patrón de eliminación que encontramos son el estreñimiento o la incontinencia urinaria. El estreñimiento se relaciona mucho con el uso de ciertos fármacos (opiáceos), la inmovilidad, la presencia de dolor y al cambio de entorno habitual (5).
- Alteraciones cutáneas: la aparición de úlceras se debe, principalmente a la presión continuada en la zona, a la fricción o al cizallamiento. Afectan a un 7% de las personas hospitalizadas y tienen mayor probabilidad aquellas que tienen un grado de dependencia mayor. Otras de las causas frecuentes que tienen relación son la disminución de la movilidad del paciente, la presencia de enfermedades que “dificultan la perfusión de los tejidos”, la desnutrición o alteraciones en el patrón nutricional, alteraciones de la piel, la presencia de humedad en la zona y la edad (5,17).

A modo de resumen, vemos como “el proceso de envejecimiento es holístico, y por ser tan complejo, se necesitan estrategias y acciones recurrentes para que los adultos mayores en ambiente vulnerable no sientan tan abruptamente las consecuencias de la hospitalización”. Es necesaria una mayor consideración cuando se trata de personas mayores, porque a veces un simple cambio de conducta o de AVD (actividad de la vida diaria) puede tener consecuencias que afecten directamente su calidad de vida (19).

Estrategias de prevención durante la hospitalización del paciente anciano.

Basándonos en el concepto de envejecimiento saludable que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS), el objetivo principal de los profesionales que atienden a las personas mayores será asegurar y mantener al máximo la autonomía y funcionalidad del paciente (2). Con esta base, una vez vistas las principales complicaciones, vamos a ver los planes y protocolos de prevención para la aparición de las mismas y cuáles son las estrategias y pautas que los profesionales de enfermería pueden seguir para su manejo, según la bibliografía revisada.

Para la prevención del delirium, se recomienda el uso de medidas no farmacológicas que mejoren la orientación del paciente, fomenten el descanso durante la noche (control ambiental: luces, ruidos), disminuyan los déficits sensoriales (uso de gafas, uso de audífonos) y estimulen la movilidad temprana del paciente (uso en planta de andadores, bastones) (5, 2). Así mismo, la bibliografía refiere que una vez instaurado el cuadro de delirium, la evolución dependerá mucho de la mejoría de la patología o cuadro médico de base (20).

Respecto a la capacidad funcional se recomienda evaluar la paciente al inicio y durante el ingreso con medidas de valoración estandarizadas como el índice de Barthel (ANEXO II) para

conocer cuál es su estado basal en relación al nivel de participación en las actividades básicas de la vida diaria y ver la evolución durante el ingreso. Será fundamental para prevenir el deterioro, que el paciente participe en su propio autocuidado en la medida que sea posible, respetando sus tiempos y dando el apoyo que sea necesario (5).

En relación con el patrón nutricional, se tendrá que valorar si es necesario establecer una dieta individualizada y establecer unas pautas que se ajusten a las necesidades nutricionales y metabólicas del paciente. A través de esta valoración se detectará si el paciente tiene sarcopenia, malnutrición o problemas de deglución y se ajustará de forma individual su dieta, prescribiendo también suplementos nutricionales en caso de necesidad (5, 2).

Respecto a las caídas, es fundamental valorar qué factores de riesgo se pueden modificar a nivel del entorno (ambientales), personales y poder intervenir sobre ellos. Será necesario evaluar el riesgo de caídas con escalas estandarizadas en la valoración inicial del paciente (5, 15). Los principales factores de riesgo de caída van a ser: sexo femenino, presencia de deterioro cognitivo y caídas previas (21).

Por último, para la prevención de las úlceras por presión se recomiendan realizar cambios posturales (mínimo cada 2 horas o cada hora) según necesidad, realizar curas adecuadas, evitar la humedad (cambiando los pañales con frecuencia si hay presencia de orina o heces) (5).

Una vez vistas las complicaciones y las principales líneas de intervención para prevenirlas, expongo otras medidas, recogidas en la bibliografía, que están enfocadas concretamente a la prevención de la fragilidad del paciente anciano:

- Ejercicio físico: numerosos estudios, demuestran que los programas de ejercicio físico tienen un efecto preventivo para tratar la fragilidad en el paciente hospitalizado. Programas de ejercicio físico de baja-moderada intensidad, adaptados al paciente y que se realizan varias veces en semana (10).
- Dieta: las principales recomendaciones nutricionales son dietas adaptadas a las necesidades del paciente (10), un programa de apoyo nutricional individualizado, en vez de la alimentación hospitalaria estándar (22).
- Medicación: revisión y adecuación del tratamiento del paciente, disminuyendo el uso de fármacos inapropiados o innecesarios (10). Puede darse el caso de que el paciente esté sobre medicado, sub medicado o que tenga una prescripción inadecuada (5).
- Uso de escalas estandarizadas: Valorar la fragilidad del paciente con escalas estandarizadas y la derivación precoz a unidades especializadas de medicina geriátrica también son propuestas de intervención y prevención para evitar las complicaciones (10). Además de las valoraciones estandarizadas, otra de las herramientas para mejorar la atención es la identificación temprana de otros síndromes

geriátricos: desnutrición, inmovilismo, síndrome confusional agudo, incontinencia, caídas, etc. (2) y establecer diagnósticos enfermeros, con el objetivo de orientar los cuidados a las necesidades detectadas de cada paciente (13).

Según la bibliografía, otros aspectos que mejoran la estancia hospitalaria y que demandan los pacientes son aquellos relacionados con la comunicación entre el profesional y el paciente, es decir, que el profesional tenga una serie de habilidades comunicativas en la transmisión de la información sanitaria, asegurándose de que el paciente comprende y es partícipe del proceso sobre la información sanitaria que se comparte (12).

En el ámbito hospitalario, el desarrollo de protocolos dentro de los hospitales que fomenten la rehabilitación, la movilidad, la realización de AVD, pueden prevenir la aparición de discapacidad (12). Así mismo, la derivación de estos pacientes a unidades geriátricas especializadas tiene un efecto positivo, mejorando los resultados a nivel funcional, reduciendo la institucionalización posterior e incluso la mortalidad (22). Las principales medidas terapéuticas que se llevan a cabo tras la identificación de un paciente frágil son: revisión medicación y polifarmacia, optimización de estado nutricional del paciente y valorar suplementación, recomendar ejercicio físico multicomponente de forma precoz, realizar actuaciones psicogerriátricas de cognición y movilidad (2). En la siguiente tabla, voy a nombrar algunos de los programas que se están llevando a cabo en la red de hospitales de la Comunidad de Madrid y que tienen como objetivos algunos de los puntos anteriormente descritos:

Área de intervención	Ejemplo de Programas concretos
Polifarmacia	“Programa de deprescripción de benzodiazepinas y neurolépticos” del Hospital Universitario de Getafe.
Estado nutricional	Programa “Desnutrición Zero” del Hospital Universitario de Getafe.
Ejercicio físico	Programa “Movimiento es salud” del Hospital Universitario de La Princesa.
Cognición	Programa de “Estimulación Cognitiva” del Hospital Universitario José Germain.

Tabla de elaboración propia según datos Plan de atención integral a la fragilidad y promoción de la longevidad saludable en personas mayores de la Comunidad de Madrid (2)

Valoración Geriátrica Integral.

La calidad de los cuidados de enfermería se caracteriza por “formación humanística, formación sobre cuidados basada en la evidencia científica, concepción holística de la persona e individualización de los cuidados” (14).

Para garantizar la calidad de estos cuidados, los profesionales de enfermería debemos conocer y utilizar escalas de valoración estandarizadas que tienen evidencia científica. Una de ellas es la Valoración Geriátrica Integral (VGI). Es una herramienta multifactorial que favorece la independencia de la persona a la vez que evita la aparición de eventos adversos. A través de ella, podremos intervenir sobre la fragilidad del paciente, estableciendo planes terapéuticos y unos cuidados ajustados a las características individuales de cada uno, con el objetivo de mantener la capacidad funcional del anciano (10).

Como cita el siguiente artículo, “en un 80% de los casos el declive funcional asociado a la hospitalización es reversible si se llevan a cabo intervenciones preventivas basadas en la VGI durante el ingreso como la movilización, realización de ABVD, nutrición, apoyo emocional, facilitar orientación” (10). La VGI permite establecer o diagnosticar los principales síndromes geriátricos del paciente, así como obtener una visión global, en las esferas físicas, psíquicas y sociales. Una vez valorado, se podrán establecer de forma concisa por el perfil del paciente al que atendemos, los objetivos y las principales intervenciones que tendremos que realizar (23).

Hay que tener en cuenta que los principales factores que afectan al estado de salud del paciente mayor son: los cambios relacionados con el propio envejecimiento, la presencia de enfermedad mental (a nivel cognitivo y afectivo), los factores sociales y familiares, la capacidad funcional y los factores clínicos (24).

Por tanto, dentro de los objetivos que persigue la VGI encontramos (23):

- Realizar un diagnóstico lo más ajustado al perfil del paciente.
- Comprobar si hay algún diagnóstico que no ha sido identificado previamente.
- Conservar la calidad de vida del paciente.
- Reducir ingresos hospitalarios, de forma que el paciente permanezca el mayor tiempo posible en un entorno cercano y conocido.
- Valorar si el paciente tiene cuidador y cual es su situación social.

Los apartados de la valoración se establecen en (16,24):

- Anamnesis: entrevista inicial y exploración física completa.
- Valoración funcional: de las actividades básicas (a través del índice de Katz: ANEXO III), instrumentales (a través índice de Lawton y Brody: ANEXO IV) y avanzadas de la vida diaria, desempeño físico (prueba corta de desempeño físico, ANEXO V) y valoración de marcha y equilibrio (escala de Tinetti: ANEXO VI)
- Valoración nutricional: a través de la escala Mini Nutricional Assessment (ANEXO VII).

- Valoración mental: del área cognitiva (Mini Mental State Examination de Folstein: ANEXO VIII) y afectiva. Evalúa el deterioro cognitivo y la presencia de trastornos como la depresión (Escala de Depresión de Yesavage: ANEXO IX) y la ansiedad.
- Valoración social: evalúa el estado socio-familiar y económico del paciente, el entorno, red de apoyo y factores ambientales. En el caso de una persona mayor con dependencia en el que haya cuidadores podremos utilizar la escala de Zarit (ANEXO X), de sobrecarga del cuidador, con la que podremos también conocer cómo se encuentra el cuidador y si está en unas buenas condiciones para seguir cumpliendo su labor.

La Valoración Geriátrica integral, es de especial relevancia en pacientes con pluripatología, con problemas de salud complejos, dependientes en sus actividades de la vida diaria y frágiles, ya que identifica mejor sus riesgos, sus déficits, y permite una intervención apropiada (24, 25). La evidencia científica, tras tres décadas de estudio, afirma que la Valoración Geriátrica Integral “permite una racionalización de servicios, un ahorro en cuanto a servicios no necesarios y permite orientar el manejo a la realidad individual, lo que favorece la calidad de vida” (16).

Justificación

Como hemos visto en el desarrollo del estado de la cuestión, desde el cuidado enfermero, podemos realizar unas prácticas seguras, que se definen como “aquellas intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a garantizar la seguridad del paciente” (6) durante los ingresos del paciente hospitalizado.

El objetivo de este trabajo viene definido muy bien por la siguiente frase: “es necesario reorientar el sistema para situar a la persona y al mantenimiento de su capacidad funcional en el centro de los cuidados y la atención sanitaria” (10). Es decir, que, como profesionales, podemos, mediante unos cuidados de calidad, preservar al máximo el estado de salud del paciente, fomentando el mantenimiento de su capacidad funcional y disminuyendo la aparición de dependencia o discapacidad.

El diagnóstico precoz de fragilidad será el comienzo para que los profesionales de enfermería puedan intervenir y valorar a través de herramientas válidas y eficaces como la Valoración Geriátrica Integral (10). Hay evidencias de que, a partir de la educación y la integración de modelos de atención geriátrica por parte de los profesionales, se pueden mejorar los resultados de atención al paciente mayor en los hospitales (12). Por eso, el objetivo de este trabajo será realizar un proyecto educativo dirigido a profesionales que trabajen en plantas de hospitales de diferentes especialidades y que pueden necesitar herramientas para afrontar el trabajo y los desafíos durante el ingreso de un anciano frágil. La formación continuada por parte de las instituciones o centros de trabajo, destinada a motivar y enseñar a trabajar en equipo, puede aumentar la seguridad del profesional en su práctica diaria (14).

Es evidente que el trabajo con las personas mayores es un desafío y un reto para los profesionales que se dedican a su cuidado. Disponer de conocimientos y de herramientas para afrontar el trabajo será lo que este proyecto educativo pretende ofrecer a los profesionales que asistan a las sesiones planteadas.

Proyecto Educativo

Población y captación

La población a la que va dirigida el proyecto educativo: personal de enfermería del Hospital Gregorio Marañón, que tenga interés en ampliar y mejorar su formación y conocimientos respecto al abordaje del paciente mayor hospitalizado.

Los criterios de inclusión que ha de cumplir la población diana a la que está dirigido el taller son:

- Estar en posesión del grado en enfermería.
- Que el profesional tenga un contrato de trabajo con una duración mínima de 6 meses en el hospital.
- Que el profesional trabaje en los siguientes servicios:
 - o Área de hospitalización del servicio de cardiología, 5ª planta.
 - o Área de hospitalización del servicio de neurología. 6ª planta.
 - o Área de hospitalización del servicio de traumatología. 3ª planta.

El proceso de captación para la realización del taller se realizará por tres vías diferentes:

- La persona responsable del área de formación dentro del departamento de enfermería del hospital enviará un email informativo (ANEXO XI) a través del correo corporativo a aquellos profesionales que cumplan los criterios de inclusión, cuya información principal será:
 - o Exponer el objetivo del taller.
 - o Explicar el contenido de las sesiones.
 - o Poner el horario y el lugar de celebración.
 - o Detallar información sobre los profesionales que imparten el curso.
 - o Conocer los plazos y la forma de apuntarse. Este curso forma parte de la formación continuada a la que el profesional tiene derecho, por lo que el tiempo invertido en esta formación, se descontará de su horario en el hospital.
- La responsable de formación del departamento de enfermería se encargará de colocar carteles en los planes de hospitalización de cardiología, neurología y traumatología, en una zona visible: en el corcho de la zona del office (ANEXO XII). El objetivo del cartel es atraer, de forma visual, la atención de los profesionales, con una información breve y concisa sobre el taller: título, lugar y horario, forma de apuntarse.
- Los supervisores de las plantas de las especialidades médicas (cardiología, neurología y traumatología) deberán compartir de forma directa con los profesionales de enfermería la información relacionada con el taller, animándolos y motivándoles a apuntarse y a participar.

Objetivos

Objetivo General de Salud: Disminuir la aparición de complicaciones durante el ingreso del paciente anciano.

Objetivo Educativo: Mejorar el conocimiento global del paciente anciano para prevenir la aparición de complicaciones durante su hospitalización.

Objetivos específicos:

- Objetivos de conocimientos:
 - Identificar las características de un anciano frágil.
 - Describir cuáles son las principales complicaciones durante el proceso de hospitalización del anciano.
 - Analizar la Valoración Geriátrica Integral.
 - Reconocer las estrategias de prevención de complicaciones en el anciano durante el ingreso.
- Objetivos de habilidades:
 - Proporcionar al paciente medidas de confort.
 - Demostrar una buena comunicación con el paciente mayor.
 - Saber utilizar la Valoración Geriátrica Integral.
- Objetivos de actitudes:
 - Expresar cuáles son las principales barreras y dificultades que tienen los profesionales a la hora de atender a un paciente anciano.
 - Comunicar las experiencias previas con el paciente anciano hospitalizado.
 - Verbalizar miedos, inquietudes y dudas presentes en el desarrollo de la práctica profesional.

Contenidos

Durante las sesiones educativas, se trabajarán los siguientes aspectos:

- Hablar sobre cómo es el proceso de envejecimiento.
- Conocer las principales características del anciano frágil.
- Complicaciones más frecuentes en el paciente anciano hospitalizado: caídas, delirium, pérdida de capacidad funcional, alteración del patrón de eliminación, de sueño, nutricional, etc.
- Principales diagnósticos enfermeros en el paciente anciano.
- Reflexionar sobre las principales medidas de prevención:
 - Prevención de caídas.
 - Movilización y ejercicio precoz.
 - Capacidad funcional y participación en las actividades de la vida diaria.

- Revisión de la medicación.
- Control nutricional del paciente.
- Valoración del patrón de eliminación.
- Herramientas para el profesional:
 - Establecer cómo debe ser la comunicación con el paciente mayor y la comunicación con el equipo de profesionales durante los turnos de trabajo.
 - Control de los factores ambientales del entorno.
 - Conocer en profundidad la Valoración Geriátrica Integral, su utilidad y su aplicación en la práctica profesional.
- Reflexionar sobre las dudas que le pueden surgir al profesional, los miedos que puede tener y los desafíos a los que se enfrenta al trabajar con un anciano frágil.

Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

Planificación general:

La sesión educativa, se llevará a cabo durante 4 semanas, un día por semana (miércoles) durante 2 horas (10:00-12:00 horas) con un descanso de 10 minutos entre medias, con una sesión final de 3 horas (10:00h-13:00h) en la que se incluye un desayuno saludable y la entrega de diplomas de asistencia.

El número de participantes al taller oscilará entre 10-15 personas, con el objetivo de hacer un grupo reducido en el que se realicen sesiones participativas, que haya interacción entre los profesionales y se cree un ambiente cómodo y de confianza.

- Cronograma:

Elaboración del taller	Duración de 1 mes para que las profesionales elaboren y preparen el contenido del taller. 1 de febrero-1 marzo.
Proceso de difusión e información	Las encargadas del hospital (responsable del área de formación y supervisoras) realizarán la campaña de difusión e información del taller. Tienen un plazo de 3 semanas. 1 de marzo-22 de marzo.
Inscripción	Desde que se inicia el proceso de difusión, que dura 3 semanas, los interesados se podrán apuntar, realizando una inscripción a través del email con la información sobre el taller y que se envía al correo corporativo de los profesionales. 1 de marzo-22 de marzo.

Desarrollo del taller	Sesión 1: lunes 27 de Marzo. 10-12 horas. Sesión 2: lunes 3 de Abril. 10-12 horas. Sesión 3: lunes 10 de Abril. 10-12 horas. Sesión 4: lunes 17 de Abril. 10-13 horas.
--------------------------	---

Tabla de elaboración propia

- Nº participantes: 10-15 personas.
- Docentes: una enfermera con especialidad en geriatría y una psicóloga especialista en psicogeriatría.
- Lugar de celebración: aula de formación del hospital, 5ª planta Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM). Las características de la sala serán: un espacio homogéneo, una mesa grande en el medio rodeada de sillas con una disposición circular, que cuente con un proyector, una pizarra digital.
- Entre sesiones, se realizará un descanso de diez minutos. Por lo tanto, el horario será: 50 minutos-10 minutos de descanso-50 minutos.

Sesiones:

Sesión 1: “Hablemos sobre envejecimiento”

1ª Sesión: “Hablemos sobre el envejecimiento”	Objetivos: <ul style="list-style-type: none">- Verbalizar miedos, inquietudes y dudas presentes en el desarrollo de la práctica profesional.- Identificar las características de un anciano frágil.
	Contenidos: <ul style="list-style-type: none">- Reflexionar sobre las dudas que le pueden surgir al profesional, los miedos que puede tener y los desafíos a los que se enfrenta al trabajar con un anciano frágil.- Conocer el proceso de envejecimiento.- Reconocer signos de fragilidad en el anciano.
	Técnica: <ul style="list-style-type: none">- Técnica para presentación: ovillo de lana.- Técnica de “investigación en el aula”: frases incompletas (ANEXO XIII).- Técnica de análisis: presentación expositiva del contenido teórico “hablemos de envejecimiento” (ANEXO XIV).
	Tiempo: 2 horas. Con un descanso de 10 minutos entre medias.
	Recursos: Proyector, pantalla para proyectar, papel, bolígrafos, cuestionarios, ovillo de lana.

Tabla de elaboración propia

La sesión 1 se desarrollará de la siguiente forma: en primer lugar, se llevará a cabo la presentación de las profesionales que van a impartir el taller.

Luego, la presentación individual de los asistentes con la utilización del método del ovillo de lana. Después, se realizará la explicación de los objetivos que persigue el taller.

Los participantes realizarán un test previo (ANEXO XV) al desarrollo del contenido para evaluar los conocimientos sobre envejecimiento y la hospitalización del anciano. Una vez realizado el test, se realizará un descanso de 10 minutos.

A continuación, las docentes leerán una serie de frases incompletas (ANEXO XIII) que los participantes tendrán que terminar, de esta manera se pretende reflexionar sobre los miedos o dudas que puede tener el profesional a la hora de enfrentarse a un paciente anciano hospitalizado.

Para finalizar, se llevará a cabo una exposición a través de una presentación Power Point (ANEXO XIV) sobre el envejecimiento y las características del anciano frágil.

Sesión 2: “Complicaciones durante la hospitalización”

2ª Sesión: “Complicaciones durante la hospitalización”	Objetivos: <ul style="list-style-type: none">- Reconocer las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer durante los ingresos del paciente anciano.- Comunicar las experiencias previas con el paciente anciano hospitalizado.- Expresar cuáles son las principales barreras y dificultades que tienen los profesionales a la hora de atender a un paciente anciano.
	Contenidos: <ul style="list-style-type: none">- Reflexionar sobre las dudas que le pueden surgir al profesional, los miedos que puede tener y los desafíos a los que se enfrenta al trabajar con un anciano frágil.- Complicaciones más frecuentes en el paciente anciano hospitalizado: caídas, delirium, pérdida de la capacidad funcional, alteración del patrón de eliminación, de sueño, nutricional, etc.- Diagnósticos de enfermería más frecuentes.
	Técnicas: <ul style="list-style-type: none">- Técnica de “foto-palabra” (ANEXO XVI): mesa redonda.- Técnica expositiva “Complicaciones durante la hospitalización” (ANEXO XVII).
	Tiempo: 2 horas. Con un descanso de 10 minutos entre medias.
	Recursos: Proyector, pantalla para proyectar, fotografías impresas en papel.

Tabla de elaboración propia

La sesión 2 se desarrollará de la siguiente forma: Repaso breve de los contenidos de la primera sesión y consulta de dudas. Luego, presentación del contenido nuevo de la sesión.

Se continuará con la actividad de “foto-palabra” (ANEXO XVI): para iniciar la dinámica, las profesionales que llevan el taller colocarán sobre la mesa una serie de imágenes con una fotografía. Los participantes tendrán que verlas todas y elegir una en relación con la siguiente frase: “tienes un nuevo paciente que acaba de ingresar, tiene 91 años, está en la habitación 3”. Tras la elección de la foto, cada participante explicará por qué ha escogido esa foto en concreto y qué pensamientos han acudido a su mente.

Las profesionales harán una puesta en común en la pizarra electrónica con los pensamientos que tienen los participantes. Después la psicóloga comentará y hará una reflexión de por qué pueden tener los profesionales esos pensamientos y emociones. Se realizará un descanso de 10 minutos.

A continuación, se realizará una sesión expositiva (ANEXO XVII) sobre las complicaciones más frecuentes del paciente anciano hospitalizado: caídas, úlceras por presión, pérdida de capacidad funcional, delirium, alteración del patrón nutricional y del patrón de eliminación, etc. Y se verán los diagnósticos de enfermería más frecuentes.

Sesión 3: “Herramientas enfocadas en la prevención”

3ª Sesión: “Herramientas enfocadas en la prevención”	Objetivos:
	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar la Valoración Geriátrica Integral. - Reconocer las estrategias de prevención de complicaciones.
	Contenidos:
	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexionar sobre las dudas que le pueden surgir al profesional, los miedos que puede tener y los desafíos a los que se enfrenta al trabajar con un anciano frágil. - Reflexionar sobre las principales medidas de prevención: <ul style="list-style-type: none"> o Prevención de caídas. o Movilización y ejercicio precoz. o Capacidad funcional y participación en las actividades de la vida diaria. o Revisión de la medicación. o Control nutricional del paciente. o Patrón nutricional y de eliminación. - Conocer en profundidad la Valoración Geriátrica Integral, su utilidad y su aplicación en la práctica profesional.
	Técnica:
<ul style="list-style-type: none"> - Expositiva. 	
Tiempo: 2 horas. Con un descanso de 10 minutos entre medias.	
Recursos: Proyector, pantalla para proyectar, presentación Power Point.	

Tabla de elaboración propia

La sesión 3, se desarrollará de la siguiente forma: Se resolverán dudas de las sesiones anteriores. Se llevará a cabo una explicación de las principales medidas de prevención y de la utilidad de la Valoración Geriátrica Integral a través de una técnica expositiva con una presentación Power Point (ANEXO XVIII). Se resolverán preguntas y se fomentará la participación durante el desarrollo de la misma a través de preguntas, reflexiones y puestas en común.

Se cerrará la sesión con la entrega de una copia de las escalas que componen la Valoración Geriátrica Integral, para que los profesionales dispongan de ella.

Sesión 4: “Reflexionemos sobre lo aprendido”

4^a Sesión: “Reflexionemos sobre lo aprendido”	Objetivos: <ul style="list-style-type: none">- Proporcionar al paciente medidas de confort.- Demostrar una buena comunicación con el paciente mayor.- Saber utilizar la Valoración Geriátrica Integral.
	Contenidos: <ul style="list-style-type: none">- Establecer cómo debe ser la comunicación con el paciente mayor y la comunicación con el resto del equipo de profesionales durante los turnos de trabajo.- Control de los factores ambientales del entorno.- Conocer en profundidad la Valoración Geriátrica Integral, su utilidad y su aplicación en la práctica profesional.
	Técnica: <ul style="list-style-type: none">- Casos clínicos- Simulación /Role playing- Cuestionarios (ANEXO XIX)
	Tiempo: 3 horas. Con un descanso de 10 minutos entre medias.
	Recursos: Proyector, pantalla para proyectar, cuestionarios, bolígrafos, presentación Power Point, camilla.

Tabla de elaboración propia

La sesión 4, se desarrollará de la siguiente forma:

Se resolverán dudas de las sesiones anteriores.

A través de la lectura de casos clínicos, los participantes trabajaran en pequeños grupos para resolver los retos de cada paciente según el caso. Una vez pasados unos 15 minutos, cada grupo comentará su caso y se pondrán en común los aspectos que cada grupo haya trabajado.

Se realizará una simulación, a través de un role playing, en la que un participante hará de enfermero y otro de paciente. El que haga de enfermero tendrá que aplicar la VGI. La simulación se realizará partiendo de los casos anteriormente trabajados.

Se cerrará la sesión entregando unos cuestionarios a los participantes: uno para evaluar los conocimientos adquiridos tras la realización del taller (ANEXO XV) y otro que mida el grado de satisfacción (ANEXO XIX).

Para cerrar el taller, en la última media hora, se ofrecerá a los participantes un desayuno saludable y la entrega de un diploma de asistencia.

Evaluación

Respecto a la estructura y el proceso:

Se van a evaluar los resultados del curso, en relación a los recursos materiales y humanos. Se llevará a cabo a través de una encuesta de satisfacción a los asistentes (ANEXO XIX) en la que se preguntará sobre la experiencia respecto a:

- Lugar y espacio donde se ha realizado el curso.
- Materiales y recursos utilizados.
- Forma y accesibilidad de inscripción del curso.
- Contenidos y desarrollo del curso.
- Satisfacción respecto a los docentes.
- Organización del tiempo (duración y número de sesiones)
- Ambiente del taller (clima general)

Así mismo, las profesionales que organicen el curso, además de pasar la encuesta de satisfacción, deberán presentar un listado con el nombre y DNI de los participantes habiendo registrado en cada sesión su asistencia. De esta forma se valorará el número de asistentes.

Respecto a los resultados:

En este apartado, tendrán que valorarse la consecución de los objetivos educativos específicos dentro de las áreas de conocimientos, actitudes y habilidades. Para ello, las docentes, durante las sesiones, han llevado a cabo una serie de técnicas e intervenciones que van a poder utilizar para llevar a cabo esta evaluación final.

Los objetivos específicos de conocimientos se evaluarán realizando un test previo al curso a los asistentes que consiste en 5 preguntas abiertas (ANEXO XV). En la última sesión, una vez finalizado todo el contenido teórico, los participantes realizarán el mismo test para ver si hay una mejoría en la calidad de las respuestas. También, durante las sesiones, se expondrán varios casos clínicos, que tendrán que ser analizados según el contenido teórico que se ha dado previamente y las docentes podrán valorar la aplicación por parte de los asistentes de los conocimientos explicados con anterioridad en dichos casos.

Los objetivos específicos de habilidades se valorarán durante el desarrollo del curso a lo largo de las sesiones. Las docentes, plantean una situación a los asistentes y tendrán que resolverla, mediante la técnica de role playing, aplicando lo dado en las sesiones.

Por último, los objetivos específicos de actitudes se valorarán, por el registro de la participación y actitud activa de los asistentes, por la comunicación de experiencias durante el desarrollo de las sesiones, a través del uso de técnicas como: frases incompletas (ANEXO XIII), técnica de “foto-palabra” (ANEXO XVI).

Bibliografía:

- (1) Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. (Acceso 8 de enero, 2023). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- (2) PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA FRAGILIDAD Y PROMOCIÓN DE LA LONGEVIDAD SALUDABLE EN PERSONAS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2022-2025. (acceso, 13 de enero, 2023). Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria. Consejería de Sanidad. Madrid.org. Disponible en: <https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM050724.pdf>
- (3) Real Academia Nacional de Medicina. Vida y obra de Luis Sánchez Granjel, Ediciones Universidad de Salamanca; 2018, p. 195–200.
- (4) Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. (Acceso, 27 de enero, 2023) Gobierno de España. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf
- (5) Rojano I Luque X, Sánchez Ferrin P, Salvà A, por el Grupo de Trabajo de Complicaciones de la Hospitalización del Pla director sociosanitari. Complicaciones de la hospitalización en personas mayores. Med Clin (Barc) 2016;146:550–4.
- (6) Llave Betancourt C. Práctica asistencial segura de los profesionales de enfermería con pacientes geriátricos: Safe Healthcare by Nursing Professionals of Geriatric Patients. Revista Cubana de Enfermería 2020- 09; 36 (4): 1-15.
- (7) de las Deses CD. Valoración geriátrica integral: Integral geriatric assessment. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM 2017 /05//may/jun;60(3):38-54.
- (8) Fernandes Barbosa KT, Rodrigues Lopes de Oliveira, Fabiana Maria, Melo Fernandes MdG. Vulnerability of the elderly: a conceptual analysis. REV BRASILENFERMAGEM 2019 - 12- 03;72:337-344.
- (9) Tratado de Geriatria para Residentes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (Acceso, 23 de enero de 2023). Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html>

(10) Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor (2022). Madrid; 2022. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. (Acceso, 24 de enero de 2023). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/EnvejecimientoSaludable_Fragilidad/docs/ActualizacionDoc_FragilidadyCaidas_personamayor.pdf

(11) Proporción de personas mayores de cierta edad provincia y esperanza de vida por edad y sexo. Instituto Nacional de Estadística (INE). (Acceso 9 de enero, 2023). Disponible en: <https://www.ine.es>

(12) Elliott MN, Beckett MK, Cohea C, Lehrman WG, Russ C, Cleary PD, et al. The hospital care experiences of older patients compared to younger patients. J Am Geriatr Soc 2022 - 12;70(12):3570-3577.

(13) Medeiros de Brito F, dos Santos Oliveira J, Correia Paiva Leadebal OD, Félix Oliveira dos Santos K, das Graças Melo Fernandes M. Nursing Diagnoses Representative of the Demand for Care in Hospitalized Elderly People. REV PESQUISA CUIDADO FUNDAMENTAL 2021 - 01;13(1):912-918.

(14) Hernández Martínez R, Martínez Lozano A, Cristina Navarro A, Villamayor Fortea M, Alegre Martín RM, Hernández García L. Percepciones de los profesionales de enfermería sobre los cuidados en el paciente geriátrico. GEROKOMOS 2021 - 09;32(3):142-148.

(15) Prácticas de enfermeras en la prevención de caídas de mayores hospitalizados asociadas al conocimiento y actitudes. Gerokomos 2021 Abril 1,;32(1):12-16.

(16) Duah-Owusu White M, Vassallo M, Kelly F, Nyman S. Two factors that can increase the length of hospital stay of patients with dementia. Revista Española Geriátrica y Gerontología 2022;57:298–302.

(17) Campos Barbosa DS, Mathes Faustino A. Lesão Por Pressão Em Idosos Hospitalizados: Prevalência, Risco E Associação Com a Capacidade Funcional: PRESSURE INJURY IN HOSPITALIZED ELDERLY: PREVALENCE, RISK AND ASSOCIATION WITH FUNCTIONAL CAPACITY. ÚLCERA POR PRESIÓN EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS: PREVALENCIA, RIESGO Y ASOCIACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL. 2021 -09;12(5):1025-1032.

(18) Ocampo-Chaparro JM, Mosquera-Jiménez JI, Davis AS, Reyes- Ortiz CA. Deterioro funcional asociado al deterioro cognitivo en el anciano hospitalizado. Revista Española Geriátrica y Gerontología 2018 /01/01;53(1):19-22.

(19) Billett MC, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA, Belasco AGS, Okuno MFP. Functional capacity and quality of life of hospitalized octogenarians. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2019 Nov;72(suppl 2):43-48.

(20) Sánchez García, E. Prevención del delirium en el paciente anciano: diseño y evaluación de una intervención no farmacológica en el ámbito hospitalario. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid; 2017. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/44765/1/T39309.pdf>

(21) Da Silva EN, Sakai AM, Trelha CS, Cabrera MAS, Dellaroza MSG. Medidas de prevenção de queda em idosos hospitalizados. *Enferm Em Foco* 2021;11. Disponible en: <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2020.v11.n6.3419>

(22) Stuck AE, Masud T. Health care for older adults in Europe: how has it evolved and what are the challenges? *Age & Ageing* 2022 - 12;51(12):1-7.

(23) de las Deses CD. Valoración geriátrica integral: Integral geriatric assessment. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* 2017 /05//may/jun;60(3):38-54.

(24) Gálvez-Cano M, Chávez-Jimeno H, Aliaga-Díaz E. Utilidad De La Valoración Geriátrica Integral En La Evaluación De La Salud Del Adulto Mayor: USEFULNESS OF THE COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT FOR EVALUATING THE HEALTH OF OLDER ADULTS. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 2016 - 04;33(2):321-327.

(25) Liotta G, Lorusso G, Madaro O, Formosa V, Gentili S, Riccardi F, et al. Predictive validity of the Short Functional Geriatric Evaluation for mortality, hospitalization and institutionalization in older adults: A retrospective cohort survey. *International Journal of Nursing Sciences* 2022 -12-29;10(1):38-45.

(26) Wanden-Berghe C. Valoración geriátrica integral. *Hosp Domic* 2021;5:115.

(27) Martí D, Miralles R, Llorach I, et al. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Revista Española Geriatria y Gerontología*. 2000;35(1):7-14.

Anexos

Anexo I: Escala de Rasgos de Fragilidad forma corta – 5 ítems (Frailty Trait Scale-Short Form- FTS-5)

ESCALA FRAIL	
<p>FATIGABILIDAD</p> <p>¿Qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas se sintió cansado/a?</p>	<p>1= todo el tiempo (1 punto)</p> <p>2=la mayoría de las veces (1 punto)</p> <p>3= parte del tiempo (0 punto)</p> <p>4= un poco del tiempo (0 punto)</p> <p>5= en ningún momento (0 punto)</p>
<p>RESISTENCIA</p> <p>¿Tiene alguna dificultad para subir 10 escalones sin descansar por usted mismo/a sin ningún tipo de ayuda?</p>	<p>Sí (1 punto)</p> <p>No (0 punto)</p>
<p>DEAMBULACIÓN</p> <p>Por sí mismo/a y sin el uso de ayuda, ¿tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros?</p>	<p>Sí (1 punto)</p> <p>No (0 punto)</p>
<p>COMORBILIDAD</p> <p>Para 11 enfermedades, se pregunta: ¿Alguna vez un/a médico/a le dijo que usted tiene enfermedad?</p>	<p>1-4 enfermedades referidas (0 puntos)</p> <p>5-11 enfermedades (1 punto)</p> <p>Enfermedades que tiene que referir: HTA, DM, cáncer, EPOC, IAM, insuficiencia congestiva, angina, asma, artritis, ictus, IR</p>
<p>PÉRDIDA DE PESO</p> <p>“¿Cuánto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? Y “hace un año, ¿cuánto pesaba?”</p>	<p>Se calcula:</p> <p>Peso de hace 1 año-peso actual/ peso hace 1 año * 100</p> <p>Si porcentaje mayor 5 % (1 punto)</p> <p>Si porcentaje menor 5% (0 punto)</p>
<p>RESULTADOS:</p> <p>0 puntos: sin fragilidad</p> <p>1-2 puntos: probable pre-fragilidad</p> <p>3-5 puntos: probable fragilidad</p>	

Tabla elaboración propia a partir de (10)

Anexo II: Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARHTEL	
COMER	Independiente (10 punto) Necesita ayuda (5 punto) Dependiente (0 punto)
LAVARSE	Independiente (5 punto) Dependiente (0 punto)
VESTIRSE	Independiente (10 punto) Necesita ayuda (5 punto) Dependiente (0 punto)
ARREGLARSE	Independiente (5 punto) Dependiente (0 punto)
DEPOSICIÓN *valorar la semana previa	Continente (10 punto) Ocasional (5 punto) Incontinente (0 punto)
MICCIÓN *valorar la semana previa	Continente (10 punto) Ocasional (5 punto) Incontinente (0 punto)
USAR EL RETRETE	Independiente (10 punto) Necesita ayuda (5 punto) Dependiente (0 punto)
TRASLADARSE	Independiente (15 punto) Mínima ayuda o supervisión (10 punto) Gran ayuda (5 punto) Dependiente (0 punto)
DEAMBULAR	Independiente (15 punto) Necesita ayuda o supervisión (10 punto) Independiente en silla de ruedas (5 punto) Dependiente (0 punto)
SUBIR ESCALERAS	Independiente (10 punto) Necesita ayuda o supervisión (5 punto) Dependiente (0 punto)

Tabla elaboración propia a partir de (10)

RESULTADOS
91-99: Dependencia escasa
61-90: Dependencia moderada
21-60: Dependencia severa
0-20: Dependencia total

Tabla elaboración propia a partir de (10)

Anexo III: Índice de Katz

ÍNDICE DE KATZ	
BAÑO	No recibe ayuda (0 punto) Recibe ayuda para lavar una parte del cuerpo (1 punto) Recibe ayuda para lavar + de una parte del cuerpo (1 punto)
VESTIDO	Sin ayuda (0 punto) Ayuda sólo para ajustar cordones/hebillas del zapato (1 punto) Recibe ayuda (1 punto)
SANITARIO	Sin ayuda (0 punto) Ayuda para ir al sanitario o asearse (1 punto) Ayuda total (1 punto)
MOVILIZACIÓN	Se mueve sin ayuda (0 punto) Ayuda para levantarse de la silla (1 punto) No se levanta de la cama (1 punto)
CONTROL ESFÍNTERES	Control de esfínteres (0 punto) Accidentes ocasionales (1 punto) Supervisión para controlar micción/defecación; uso sonda o incontinente (1 punto)
ALIMENTACIÓN	Sin ayuda (0 punto) Ayuda para cortar/untar (1 punto) Ayuda para ser alimentado (1 punto)
PUNTUACIÓN	
0-1 puntos o grado A-B= ausencia incapacidad o incapacidad leve 2-3 puntos o grado C-D= incapacidad moderada 4-6 puntos o grado E-G= incapacidad severa	

Tabla elaboración propia a partir de (7)

Anexo IV: Escala de Lawton y Brody

ESCALA DE LAWTON Y BRODY	
CAPACIDAD USO TELÉFONO	Uso por iniciativa propia (4 puntos) Marca solo unos cuantos números conocidos (3 puntos) Contesta, pero no llama (2 puntos) No usa teléfono (1 punto)
CAPACIDAD COMPRAS	Compra independientemente (4 puntos) Solo hace pequeñas compras (3 puntos) Necesita compañía para cualquier compra (2 puntos) Incapaz de realizar compras (1 punto)
COCINA	Planea, prepara y sirve alimentos (4 puntos) Prepara alimentos si se le da lo necesario (3 puntos) Calienta y prepara la comida, pero no lleva dieta adecuada (2 puntos) Necesita que le preparen los alimentos (1 punto)
CUIDADO HOGAR	Mantiene la casa solo/a o con ayuda mínima (5 puntos) Hace tareas ligeras (4 puntos) Hace tareas ligeras sin eficiencia (3 puntos) Necesita ayuda en todas las tareas de la casa (2 puntos) No participa en el cuidado del hogar (1 punto)
LAVANDERÍA	Lava su ropa independientemente (4 puntos) Lava pequeñas cosas (3 puntos) Lava pequeñas cosas sin eficiencia (2 puntos) No es capaz de lavar su ropa (1 punto)
TRANSPORTE	Viaja sólo/a (5 puntos) Sólo viaja en taxi (4 puntos) Usa transporte pero acompañado (3 puntos) Viaja solo en taxi o coche acompañado (2 puntos) Incapaz de viajar (1 punto)
MEDICACIÓN	Toma su medicación sin ayuda (4 puntos) Toma la medicación y sólo requiere ayuda para medicamentos nuevos (3 puntos) Toma la medicación si está preparada previamente (2 puntos) Incapaz de hacerse cargo de la medicación (1 punto)
FINANZAS	Maneja sus asuntos económicos de forma independiente (4 puntos) Maneja sus asuntos económicos con ayuda (3 puntos) Realiza pequeñas compras (2 puntos) Incapaz de manejar dinero (1 punto)
RESULTADOS: 1 punto: dependiente 2-3: capacidad, pero con ayuda 4-5: independiente	

Tabla elaboración propia a partir de (7)

ANEXO V: Prueba corta de desempeño físico

PRUEBA CORTA DE DESEMPEÑO FÍSICO	
EQUILIBRIO	Pies juntos (10") Semi-tándem (10") Tándem (10")
VELOCIDAD DE LA MARCHA	Caminar 2,4 ó 4 metros a ritmo normal (medir tiempo)
LEVANTARSE DE LA SILLA	Pre-test: que el paciente cruce los brazos sobre el pecho e intente levantarse 5 repeticiones: levantarse y sentarse de la silla lo más rápido posible.

Tabla elaboración propia a partir de (10)

ANEXO VI: Escala de Tinetti

ESCALA DE TINEETI DE MARCHA Y EQUILIBRIO	
EQUILIBRIO	Equilibrio sentado Levantarse de la silla Intento de levantarse Equilibrio de pie (5") Equilibrio de pie prolongado Romberg sensibilizado Romberg Girar 360° Sentarse
MARCHA	Inicio de deambulaci3n Longitud y altura del paso Simetría del paso Continuidad del paso Trayectoria Tronco Movimiento en la deambulaci3n

Tabla elaboración propia a partir de (7)

ANEXO VII: Mini Nutricional Assessment

MINI NUTRICIONAL ASSESSMENT	
CRIBAJE	<p>¿Ha perdido apetito en los últimos 3 meses?</p> <p>0=mucho menos 1=menos 2=igual</p>
	<p>Pérdida reciente de peso (menos de 3 meses)</p> <p>0=más de 3 kg 1=no sabe 2= entre 1-3kg 3=no hay pérdida de peso</p>
	<p>Movilidad</p> <p>0=cama-sillón 1=autónomo en interiores 2=sale del domicilio</p>
	<p>¿Enfermedad aguda o estrés en los últimos 3 meses?</p> <p>0=Sí 1= NO</p>
	<p>Problemas neuropsicológicos</p> <p>0=demencia o depresión grave 1=demencia moderada 2= sin problemas psicológicos</p>
	<p>Índice de masa corporal</p> <p>0=menor a 19 1=19-21 2= 21-23 3=más de 23</p>
<p>RESULTADOS:</p> <p>12-14: estado nutricional normal</p> <p>8-11: riesgo de malnutrición</p> <p>0-7: malnutrición</p>	

Tabla elaboración propia a partir de (7)

ANEXO VIII: Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE)

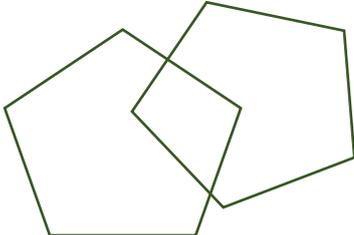
MINI MENTAL STATE EXAMINATION	
Orientación	¿Qué año-estación-fecha-día-mes es? (5 puntos)
	¿Dónde estamos? (estado-país-cuidad-hospital-piso) (5 puntos)
Memoria inmediata	Repetir 3 palabras (“mesa”; “llave”, “libro”): Repetirlos hasta que se los aprenda. (3 puntos)
Atención y cálculo	Restar 7 a partir de 100, 5 veces (5 puntos)
Recuerdo diferido	Repetir las 3 palabras aprendidas de antes (3 puntos)
Lenguaje y construcción	Mostrar un lápiz y un reloj y que la persona lo nombre (2 puntos)
	Repetir la frase “ni sí es, ni no es, ni peros” (1 punto)
	Seguir las tres órdenes: “tome este papel con la mano derecha dóblelo por la mitad y póngalo en la mesa” (3 puntos)
	Leer y ejecutar la frase “Cierre los ojos” (1 punto)
	Escribir una frase (1 punto)
	Copiar el dibujo (1 punto):
	
Resultados: puntuaciones por debajo de 24 indican deterioro cognitivo	

Tabla elaboración propia a partir de (26)

ANEXO IX: Escala de Depresión de Yesavage

ESCALA DEPRESIÓN YESAVAGE	
¿Está usted satisfecho con su vida?	SÍ (0 punto) NO (1 punto)
¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	SÍ (1 punto) NO (0 punto)
¿Siente que su vida está vacía?	SÍ (1 punto) NO (0 punto)
¿Se aburre a menudo?	SÍ (1 punto) NO (0 punto)
¿Está usted animado casi todo el tiempo?	SÍ (0 punto) NO (1 punto)
¿Tiene miedo de que le vaya a pasar algo malo?	SÍ (1 punto) NO (0 punto)
¿Está usted contento durante el día?	SÍ (0 punto) NO (1 punto)
¿Se siente desamparado o abandonado?	SÍ (1 punto) NO (0 punto)
¿Prefiere quedarse en casa o en la habitación en vez de salir y hacer cosas nuevas?	SÍ (1 punto) NO (0 punto)
¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ (1 punto) NO (0 punto)
¿Cree que es estupendo estar vivo?	SÍ (0 punto) NO (1 punto)
¿Se siente usted inútil tal como está ahora?	SÍ (1 punto) NO (0 punto)
¿Se siente lleno de energía?	SÍ (0 punto) NO (1 punto)
¿Cree que su situación es desesperada?	SÍ (1 punto) NO (0 punto)
¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SÍ (1 punto) NO (0 punto)
RESULTADOS: 0-10 puntos: Normal 11-14 puntos: Depresión (sensibilidad del 84%, especificidad 95%) Más de 14 puntos: Depresión (sensibilidad 80%, especificidad 100%)	

Tabla elaboración propia a partir de (27)

ANEXO X: Escala de Zarit de sobrecarga del cuidador

ESCALA DE ZARIT				
1 = NUNCA	2 = RARA VEZ	3 = ALGUNAS VECES	4 = BASTANTES VECES	5 = CASI SIEMPRE
¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que necesita?				
¿Piensa que por el tiempo que le dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?				
¿Se siente agobiado al compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades?				
¿Siente vergüenza del comportamiento de su familiar/persona que cuida?				
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar/persona que cuida?				
¿Piensa que cuidar de su familiar hace que tenga relación negativa con otros miembros de la familia?				
¿Tiene miedo del futuro de su familia?				
¿Piensa que su familiar/persona que cuida depende de usted?				
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?				
¿Cree que su salud ha empeorado debido al cuidado que está dando?				
¿Piensa que no tiene la intimidad que le gustaría debido al cuidado que realiza?				
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?				
¿Se siente incómodo al haberse distanciado de sus amistades?				
¿Piensa que su familiar cree que usted es la única persona que le puede cuidar?				
¿Piensa que no puede o no tiene los suficientes ingresos económicos para cuidar a su familiar, además de otros gastos?				
¿Piensa que ya no va a poder cuidar a su familiar mucho más tiempo?				
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó a cuidar a su familiar?				
¿Desearía dejar el cuidado de su familiar en otra persona?				
¿Se siente indeciso sobre qué hacer respecto a su familia?				
¿Piensa que debería hacer más?				
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familia?				
A nivel general, ¿qué grado de "carga" tiene por el hecho de cuidar a su familiar?				
RESULTADOS:				
Menos de 47 puntos = No sobrecarga				
47-55 puntos = Sobrecarga leve				
Más de 55 puntos = Sobrecarga intensa				

Tabla elaboración propia a partir de (10)

ANEXO XI: EMAIL CORPORATIVO

Estimados compañeros y compañeras:

Soy M.G, responsable del área de formación del Hospital. Me dirijo a vosotros para ofreceros el **nuevo curso**: “Desafíos de los cuidados de enfermería en el paciente anciano hospitalizado”, que se va a impartir en nuestro hospital.

La formación tratará sobre el manejo de este tipo de pacientes, con el objetivo de reflexionar y daros más herramientas a la hora de abordar sus cuidados.

Las personas que imparten el curso son dos profesionales, formadas y especializadas en geriatría, en el ámbito de la psicología y de la enfermería.

EL curso se divide en 4 sesiones, con una duración de 2 horas (10:00-12:00 horas). El último día será diferente puesto que contaremos con un desayuno saludable para el cierre del curso y entrega de diplomas de asistencia, por lo que tendrá una duración de tres horas (10:00-13:00horas).

Los días en los que se impartirá son: **27/3, 3/4, 19/4 y 17/4**. En la sala de reuniones de la 5ª planta.

El curso cuenta con **acreditación oficial** y son horas de formación continuada que no tendrán que ser recuperadas, sino que forman parte del horario laboral del trabajador.

Para la inscripción debéis responder con los siguientes datos a este email:

- Nombre y apellidos
- DNI
- Teléfono de contacto
- Servicio en el que trabajáis
- Nombre de vuestro supervisor

Cualquier duda estoy a vuestra disposición.

¡Espero que sea de vuestro interés y os animéis a apuntaros!

Un saludo,

M.G.

ANEXO XII: CARTEL CAPTACIÓN



FORMACIÓN

“DESAFÍOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO”





 **Lugar:** Sala de reuniones- 5ª planta- HGUGM-.

 **Fecha:** 27 Marzo, 3, 10 y 17 de Abril. 2023.

 **Horario:** 10:00-12:00h.

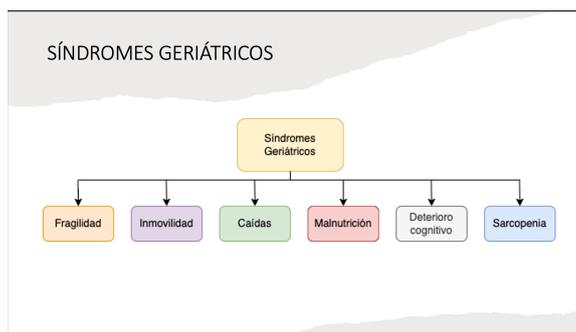
 **Inscripciones:** a través del enlace recibido en el [correo corporativo](#) del trabajador.

ANEXO XIII: FRASES INCOMPLETAS

Técnica frases incompletas:

- Cuando tengo un paciente mayor ingresado en mi planta, la primera emoción que siento suele ser ...
- Cuando trabajo con una persona mayor tengo miedo de ...
- Lo que más me gusta cuando trabajo con un paciente es ...
- Entiendo la fragilidad como ...
- Asumo la responsabilidad de mi profesión y me preocupa ...
- Las dudas que me asaltan con más frecuencia cuando trabajo con una persona mayor son aquellas relacionadas con...

ANEXO XIV: Presentación PowerPoint “Hablemos sobre envejecimiento”



ANCIANO FRÁGIL

La fragilidad se define como un síndrome, que se caracteriza por una reducción de las reservas fisiológicas, y se relaciona con una mayor prevalencia de eventos desfavorables para la salud como las caídas, la inmovilidad, aumento de la discapacidad, mayor número de ingresos hospitalarios, institucionalización, etc. (13).

Está estrechamente relacionada con otros síndromes geriátricos como la sarcopenia (pérdida de fuerza y masa muscular) y las caídas (23).

El anciano frágil será aquel que tenga una mayor vulnerabilidad debido al deterioro de los sistemas fisiológicos, lo que le confiere una mayor vulnerabilidad a los factores de estrés y aumenta el riesgo de una serie de resultados sanitarios adversos” (13).

GRACIAS

ANEXO XV: TEST PRE Y POST TALLER

Test pre-taller y post- taller

Responda a las siguientes preguntas. Dispone de 15 minutos para completarlas:

1. ¿Cuál sería la definición de anciano frágil?
2. ¿Crees que la aparición de complicaciones durante los ingresos de personas mayores es una causa evitable o inevitable? Justifica tu respuesta.
3. ¿Cuáles crees que son las complicaciones más frecuentes que sufren las personas mayores durante los ingresos hospitalarios?
4. ¿Conoces alguna medida para prevenir estas complicaciones?
5. Nombra algunas escalas de valoración que consideres útiles para valorar a un paciente mayor durante su ingreso hospitalario.

ANEXO XVI: FOTO-PALABRA

Técnica foto-palabra.

Escoge, según el primer pensamiento, la foto que relaciones con la siguiente situación: estás en tu turno trabajando como enfermero/a y te dice tu compañero: “tienes un nuevo paciente que acaba de ingresar, tiene 91 años, está en la habitación 3”.

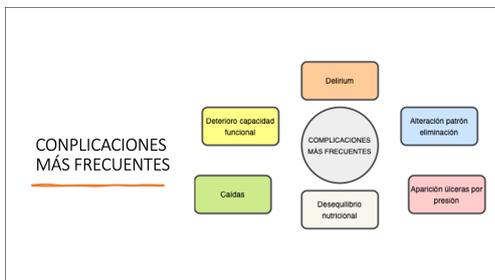


ANEXO XVII: Presentación PowerPoint “Complicaciones durante la hospitalización”



HOSPITALIZACIÓN-ANCIANO

- La asistencia brindada en la persona puede ser insuficiente en los hospitales y más concretamente en los pacientes ancianos, cuyo perfil es mucho más complejo (14), siendo más vulnerables a desarrollar una mayor dependencia de cuidados durante la hospitalización (15).
- La aparición de complicaciones durante los ingresos hospitalarios se origina por múltiples factores: las características y estado basal de los pacientes, el entorno en el que se le atiende (organización, recursos, profesionales, etc.), la formación de los profesionales en relación a la prevención e implementación de medidas preventivas, etc (5, 22).



DELIRIUM	PÉRDIDA CAPACIDAD FUNCIONAL
Puede afectar hasta el 56% de los pacientes. Hay un alteración y fluctuación de la consciencia, atención y estado cognitivo que aparece de forma brusca (5).	Afecta entre 33-57% de las personas ingresadas. La inmovilidad asociada al encamamiento prolongado del paciente durante el ingreso va a influir en la pérdida de la capacidad funcional de la persona (5), así como la polifarmacia y la presencia de un mayor número de enfermedades (11). También se debe a la limitación que supone el propio ingreso en la realización de las actividades básicas de la vida diaria y la falta de estimulación que puede tener la persona ingresada (10).

CAÍDAS	DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL	PATRÓN ELIMINACIÓN	ALTERACIONES CUTÁNEAS
Puede deberse a las características del paciente (historia previa de caídas, presencia de alteraciones cognitivas, agitación, toma de determinados fármacos, infecciones urinarias, debilidad muscular, etc) y también a los factores ambientales (5). Hay evidencia de que las caídas tienen una alta prevalencia en hospitales, con consecuencias adversas sobre el paciente en la esfera física, psicológica, social y económica (22).	La desnutrición se produce cuando el paciente no tiene un adecuado aporte e ingesta de nutrientes en relación con sus necesidades. Esta complicación puede verse incrementada por alteraciones propias del paciente como los problemas de masticación o deglución, presencia de disfagia, el uso de algunos fármacos o por el mismo proceso de envejecimiento (5, 23).	Las complicaciones más frecuentes respecto al patrón de eliminación encontramos el estreñimiento o la incontinencia urinaria. El estreñimiento se relaciona mucho con el uso de ciertos fármacos (opioídeos), la inmovilidad, la presencia de dolor, el cambio de entorno habitual y estar en un lugar ajeno al habitual (5).	La aparición de úlceras se debe, principalmente a la presión continuada en la zona, a la fricción o al aislamiento. Afecta a un 7% de las personas hospitalizadas y tienen mayor probabilidad aquellas que tienen un grado de dependencia mayor. Otras de las causas son la disminución de la movilidad del paciente, la presencia de enfermedades que "dificultan la perfusión de los tejidos", la deshidratación o alteraciones en el patrón nutricional; alteraciones de la piel, la presencia de humedad en la zona y la edad (5,24).

GRACIAS

ANEXO XVIII: Presentación PowerPoint “Herramientas enfocadas a la prevención”



VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Herramienta multifactorial que favorece la independencia de la persona a la vez que evita la aparición de eventos adversos.

A través de ella, podremos intervenir sobre la fragilidad del paciente, estableciendo planes terapéuticos y unos cuidados ajustados a las características individuales de cada uno, con el objetivo de mantener la capacidad funcional del anciano (13).



OBJETIVOS DE LA VGI

- Realizar un diagnóstico lo más ajustado al perfil del paciente.
- Comprobar si hay algún diagnóstico que no ha sido identificado previamente.
- Conservar la calidad de vida del paciente.
- Reducir ingresos hospitalarios, de forma que el paciente permanezca el mayor tiempo posible en un entorno cercano y conocido.
- Valorar si el paciente tiene cuidador y cuál es su situación social.



VGI

- Valoración funcional: de las actividades básicas (a través del índice de Katz) instrumentales (a través del índice de Lawton y Brody) y avanzadas de la vida diaria, desempeño físico (prueba corta de desempeño físico) y valoración de marcha y equilibrio (escala de Tinetti)
- Valoración nutricional: a través de la escala Mini Nutricional Assessment.



VGI

- Valoración mental: del área cognitiva (mini Mental State Examination de Folstein) y afectiva. Evalúa el deterioro cognitivo y la presencia de trastornos como la depresión (Escala de Depresión de Yesavage) y la ansiedad.
- Valoración social: evalúa el estado socio-familiar y económico del paciente, el entorno, red de apoyo y factores ambientales. En el caso de una persona mayor con dependencia en el que haya cuidadores podemos utilizar la escala de Zurró de sobrecarga del cuidador, con la que podremos también conocer cómo se encuentra el cuidador y si está en unas buenas condiciones para seguir cumpliendo su labor.



GRACIAS



ANEXO XIX: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Encuesta de satisfacción:

Redondee el número que considere del 1 al 10, siendo 1 (en desacuerdo) al 10 (totalmente de acuerdo), en relación a las siguientes afirmaciones:

Considero que el espacio donde se ha impartido el curso ha sido adecuado:

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10

Considero suficientes los recursos utilizados:

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10

Me ha parecido accesible la forma de inscripción al curso y la información recibida previamente:

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10

Estoy satisfecho/a con el contenido del taller:

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10

Estoy satisfecho/a con la forma en la que se ha impartido el taller:

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10

Las docentes me han parecido competentes:

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10

Me ha parecido bien la organización del taller en relación al número de horas y de días de duración:

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10

Considero que había buen clima o ambiente entre los participantes durante el taller:

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10