



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

***La valoración geriátrica integral por enfermería
en las urgencias hospitalarias***

Alumno: Laura Erica Gómez Jiménez

Director: Araceli Suero de la Hoz

Madrid, abril de 2019

Índice

Glosario de abreviaturas	4
Resumen.....	5
Abstract	5
Presentación.....	6
1 Estado de la cuestión.....	8
1.1 Fundamentación.....	8
1.1.1 Envejecimiento de la población española y tendencia	9
1.1.2 Clasificación del paciente anciano.....	12
1.1.2.1 Anciano frágil.....	12
1.1.2.2 Paciente geriátrico.....	14
1.1.2.3 El paciente geriátrico oncológico y la necesidad de cuidados paliativos	16
1.1.3 Unidad de urgencias hospitalarias	17
1.1.3.1 Funciones de las enfermeras en la UUH	19
1.1.3.2 Saturación de las UUH.....	21
1.1.4 Valoración geriátrica integral	22
1.1.4.1 Valoración clínica.....	22
1.1.4.2 Valoración mental	23
1.1.4.3 Valoración social.....	24
1.1.4.4 Valoración funcional.....	25
1.1.5 Habilidades de comunicación de los profesionales de enfermería.....	25
1.1.6 Coordinación entre niveles asistenciales y continuidad de los cuidados.....	27
1.2 Justificación	28
2 Proyecto educativo.....	29
2.1 Población y captación.....	29
2.1.1 Población diana	29
2.1.2 Captación.....	29
2.2 Objetivos	30
2.2.1 Objetivo general	30
2.2.2 Objetivos específicos	30
2.3 Contenidos	31
2.4 Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales	31
2.4.1 Técnicas	31
2.4.2 Recursos	33
2.4.3 Planificación general de las sesiones.....	33

2.4.4	Cronograma general de las sesiones.....	35
2.4.5	1º Sesión.....	36
2.4.6	2º Sesión.....	37
2.4.7	3º Sesión.....	38
2.4.8	4º Sesión.....	39
2.4.9	5º Sesión.....	40
2.4.10	6º Sesión.....	41
2.4.11	7º Sesión.....	42
2.4.12	8º Sesión.....	43
2.4.13	9ª Sesión.....	44
2.4.14	10ª Sesión.....	45
2.5	Evaluación	46
2.5.1	Evaluación de la estructura	46
2.5.2	Evaluación del proceso.....	47
2.5.3	Evaluación de los resultados	47
2.5.4	Evaluación de los resultados a medio y largo plazo	48
3	Bibliografía.....	49
Anexos	54
	Anexo 1: Valoración de la fragilidad en Urgencias: escalas ISAR y TRST.....	55
	Anexo 2: Seguridad en la administración de medicación: criterios STOPP/START.	56
	Anexo 3: Escalas utilizadas en la VGI.....	57
	Anexo 4: Póster informativo	58
	Anexo 5: Tríptico informativo.....	59
	Anexo 6: Cuestionario de satisfacción para los asistentes.....	60
	Anexo 7: Cuestionario de asistencia y participación para el observador.....	61
	Anexo 8: Evaluación de la actividad de habilidades de comunicación (<i>role playing</i>).	62
	Anexo 9: Batería de preguntas tipo test (evaluación de conocimientos).	63
	Anexo 10: Cuestionario de evaluación a largo plazo.....	66

Glosario de abreviaturas

Abreviaturas	Significado
ABVD	<i>Actividades básicas de la vida diaria</i>
AINES	<i>Antinflamatorios no esteroideos</i>
AIVD	<i>Actividades instrumentales de la vida diaria</i>
ATS	<i>Australian Triage Scale</i>
BRASS	<i>Blaylock Risk Assesment Screening Score</i>
CCHS	<i>Centro de Ciencias Humanas y Sociales</i>
CFS	<i>Clinical Frailty Scale</i>
CGA	<i>Comprehensive Geriatric Assessment</i>
CSIC	<i>Consejo Superior de Investigaciones Científicas</i>
CTAS	<i>Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale</i>
ESI	<i>Emergency Severity Index.</i>
INE	<i>Instituto Nacional de Estadística</i>
ISAR	<i>Identification Senior at Risk</i>
MAT.	<i>Model Andorrá de Triage</i>
MMSE	<i>Mini Mental State Examination.</i>
MTS	<i>Manchester Triage System</i>
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
OMS	<i>Organización Mundial de la Salud</i>
RAE	<i>Real Academia Española</i>
RAM	<i>Reacciones adversas medicamentosas</i>
SEGG	<i>Sociedad Española de Geriátría y Gerontología</i>
SERMAS	<i>Servicio Madrileño de Salud</i>
SET	<i>Sistema Español de Triage.</i>
SIOG	<i>Sociedad Internacional de Oncología Geriátrica</i>
SNS	<i>Sistema Nacional de Salud</i>
SPMSQ	<i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i>
SUAP	<i>Servicio de urgencias de Atención Primaria</i>
SUH	<i>Servicios de Urgencias Hospitalarios</i>
TRST	<i>Triage Risk Screening Tool</i>
UAPI	<i>Unidad de Atención al Paciente Institucionalizado</i>
UCE	<i>Unidad de corta estancia</i>
UUH	<i>Unidades de urgencias hospitalarias</i>
VGI	<i>Valoración geriátrica integral</i>

Resumen

Introducción: el envejecimiento continuo de la población hace necesaria una adaptación del sistema de salud de un modelo centrado en curar enfermedades agudas, a un modelo de cuidados integrales, que permita detectar las necesidades subyacentes de las patologías crónicas en la vejez. Gracias a la utilización de la Valoración Geriátrica Integral (VGI), se pueden realizar planes de cuidados individualizados, que permitan detectar y minimizar las complicaciones posteriores, tras el paso del paciente mayor por el servicio de urgencias. Evitando la pérdida de funcionalidad y mejorando su calidad de vida. **Objetivo:** fomentar la utilización de la VGI entre los profesionales sanitarios de enfermería de las Unidades de Urgencias Hospitalarias. **Metodología:** se desarrolla un proyecto educativo para los enfermeros de las Unidades de Urgencias Hospitalarias de la Comunidad de Madrid. **Implicaciones para la práctica de la enfermería:** la formación y sensibilización de los profesionales de enfermería de los servicios de urgencias, para mejorar la atención asistencial de la población en la vejez.

Palabras clave: *Salud del anciano, Servicio de Urgencia en Hospital, Evaluación geriátrica, Enfermeros.*

Abstract

Background: the continuous aging of the population makes necessary an adaptation of the health system, from a model focused on curing acute diseases, to a model of holistic care, which allows the underlying needs of chronic pathologies in old age to be detected. Thanks to the use of Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), individualized care plans can be created to detect and avoid subsequent complications once the elderly patient passes through the emergency department. In this way, the loss of functionality is avoided and their quality of life is improved. **Objective:** promoting the use of CGA among the nursing of emergency departments. **Methodology:** an educational project will be developed for the nurses of the emergency departments of the Community of Madrid. **Implications in the practice of nursing:** the training and awareness of nursing professionals in emergency services, to improve the care of the elderly population.

Key words: *Health Services for the Aged, Emergency Service, hospital, Geriatric Assessment, Nurses.*

Presentación

Debido a la transición demográfica y epidemiológica que sufre la población española, con el consiguiente aumento de las personas mayores y de las patologías crónicas, creo necesaria la preparación de los profesionales sanitarios en geriatría, y más concretamente, en el manejo efectivo de la Valoración Geriátrica Integral¹ (VGI). Por lo que este Trabajo de Fin de Grado está centrado en la formación de los enfermeros de las unidades de urgencias en el manejo correcto de la VGI y las peculiaridades de los pacientes de la tercera edad.

La VGI es un procedimiento diagnóstico y terapéutico, que permite evaluar de forma global las esferas clínica, mental, social y funcional del anciano, permitiendo realizar un plan de cuidados individualizado, gracias al trabajo de un equipo interdisciplinar. El correcto manejo y utilización de dicha valoración por parte de los profesionales sanitarios va a permitir una mejora de los resultados de salud y de la calidad de vida de los pacientes ancianos, evitando complicaciones futuras como, por ejemplo, reingresos en los servicios de urgencias, hospitalización o institucionalización, que pueden dar lugar a una disminución de su capacidad funcional y/o autonomía, o incluso la muerte.

Y dado que las Unidades de Urgencias Hospitalarias (UUH) son la principal puerta de entrada del Sistema Nacional de Salud (SNS), es necesario que los profesionales de dichas unidades estén capacitados para realizar cuidados de calidad, centrados en las necesidades reales y potenciales de los pacientes ancianos, gracias a que conocen las peculiaridades de dichos pacientes tales como la presentación atípica de enfermedades, la comorbilidad, la polifarmacia y la presentación de síndromes geriátricos como la fragilidad o la demencia.

Además, gracias a la realización de una correcta valoración, a la determinación de un plan de cuidados individualizado y a la coordinación entre niveles asistenciales para su continuidad, se puede mejorar la eficiencia asistencial al reducir los reingresos y las hospitalizaciones innecesarias, mejorando, por tanto, la saturación de las unidades de urgencias y la utilización de los recursos asistenciales, hecho que se traduce en la reducción del gasto sanitario. Todo esto tendrá como resultado una mayor satisfacción en la prestación de cuidados para los pacientes, familiares y profesionales sanitarios.

¹ A partir de ahora citaremos “Valoración Geriátrica Integral” con su abreviatura: VGI.

***“Supongo que es tentador tratar todo como si fuera un clavo,
si la única herramienta que tienes es un martillo”***

(Abraham Maslow)

1 Estado de la cuestión

1.1 Fundamentación

El presente Trabajo de Fin de Grado está focalizado en la formación de los enfermeros de las Unidades de Urgencias Hospitalarias (UUH), en los conocimientos, habilidades y actitudes sobre el cuidado de las personas mayores.

Para ello, el trabajo comienza con un estudio del envejecimiento continuo de la población en España, para dar paso a las peculiaridades del anciano, tales como: la fragilidad, la comorbilidad o la polifarmacia. En tercer lugar, se hace una breve reseña sobre las características y funciones de las enfermeras de las UUH, para terminar, centrando el trabajo en las características de la VGI, en sus esferas clínica, mental, social y funcional, así como las habilidades de comunicación necesarias para llevar a cabo dicha valoración.

Para la realización del presente trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos primarias como PubMed, SciELO, Dialnet y Google Académico. Mediante el uso de los tesauros MeSH y DeSC.

MesSH	DeSC
<i>Health Services for the Aged</i>	Salud en el anciano
<i>Emergency Service, hospital</i>	Servicio de urgencia en hospital
<i>Geriatric Assessment</i>	Evaluación geriátrica
<i>Nurses</i>	Enfermeros

Sobre todo, se han utilizado artículos de las principales revistas nacionales sobre el cuidado al anciano, tales como la “*Revista Española de Geriátría y Gerontología*” o la revista “*Gerokomos*” de la *Sociedad Española de Geriátría y Gerontología* (SEGG), al igual que revistas internacionales como, por ejemplo, “*Journal of the American Geriatrics Society*”.

También han servido como base de información el uso de informes como el “*Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*” de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el “*Informe de la Unidad de Urgencias Hospitalarias*” del Ministerio de Sanidad y Política Social. Al igual, que libros electrónicos de consulta como el “*Tratado de geriatría para residentes*”.

1.1.1 Envejecimiento de la población española y tendencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), el envejecimiento se entiende, desde el punto de vista biológico, como la consecuencia derivada de la acumulación diacrónica de daños moleculares y celulares, produciéndose una disminución de las capacidades físicas y mentales, con aumento del riesgo de padecer enfermedades, cuyo último resultado es la muerte. Además de la pérdida de capacidades biológicas, la vejez supone un nuevo cambio de rol, debido a causas sociales y económicas, como la pérdida de las relaciones estrechas o la jubilación (OMS,2015).

Abordar las consecuencias que el envejecimiento produce en la población es uno de los nuevos retos del siglo XXI, ya que, hoy en día, confluyen varios factores que aumentarán el número de personas mayores en España, como el descenso de las tasas de mortalidad y natalidad, o acontecimientos demográficos como la llegada a la edad de jubilación de la generación del baby boom, nacida entre los años 1957 y 1977 (Miranda, 2004).

Por lo que España mantiene un envejecimiento poblacional continuo, que se refleja en los datos estadísticos recogidos por el *Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)* y el *Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS)*, y publicadas por el *Instituto Nacional de Estadística (INE)*: en el aumento de 8.764.204 de personas de la tercera edad (mayores de 65 años), sobre el total de la población española (46.572.132 habitantes) en el 2017, o lo que es lo mismo, un 18,8% de la población española tiene de 65 años en adelante. Entre ellos, un 6,1% pertenece a la población octogenaria.

En el caso concreto de la Comunidad de Madrid, este porcentaje se sitúa en el 17,3 %, por lo que una de cada cinco personas en Madrid tiene de 65 años en adelante. De este modo, se puede definir el envejecimiento demográfico como el aumento de la ratio de las personas mayores de 65 años, sobre el total de la población (Abellán García, Ayala García, Pérez Díaz & Pujol Rodríguez, 2018)

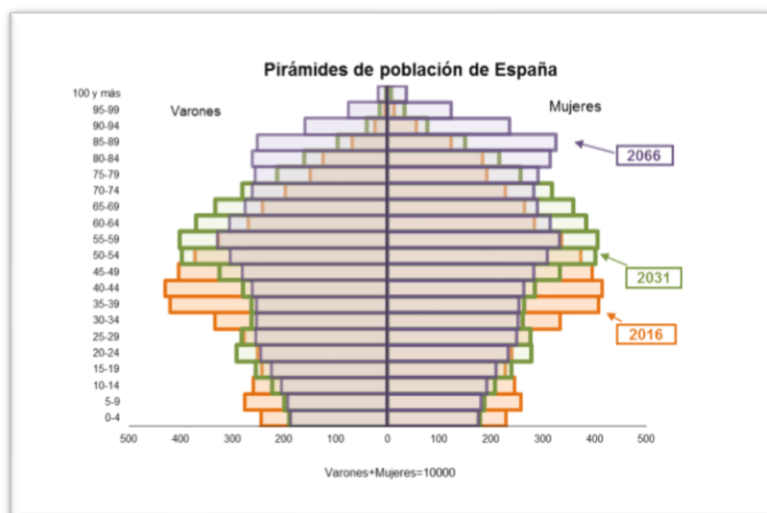


Figura 1: Pirámides de población de España (2016-2066)

Además, según la proyección del INE, en el año 2066 se estima un aumento de 14 millones de personas mayores, o lo que es lo mismo las personas mayores de 65 años alcanzarán el 34,6% del total de la población en España, que se estima en 41.068.643 habitantes. Lo que produce un cambio de la estructura de la pirámide de población española (Figura 1)² y un aumento del envejecimiento de la población en España (Figura 2)³.

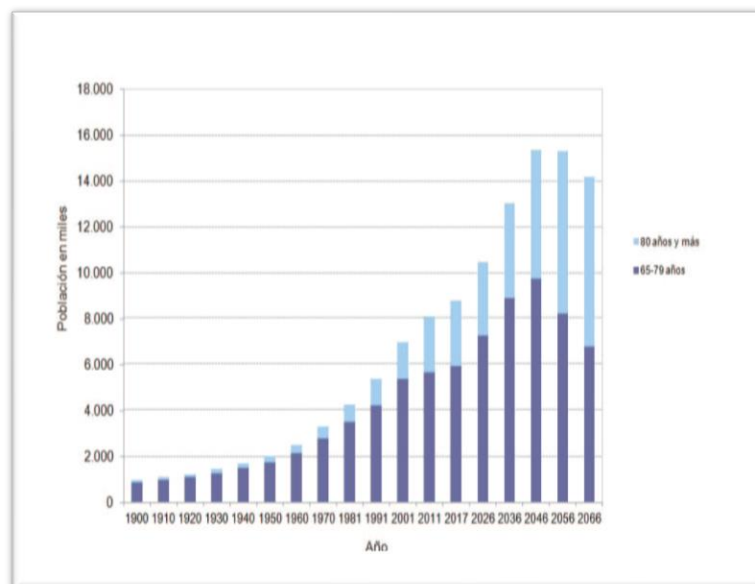


Figura 2: Proyección de la población de España (1900-2066)

²Figura 1: Pirámide de población española (2016 – 2066). Elaboración propia a partir de INE, 2016.

³Figura 2: Proyección de la población de España (1900-2066). Elaboración propia a partir de INE: INEBASE:

2017: Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2017. Consulta enero de 2018. 2026-2066: Proyecciones de población. * De 1900 a 2017 los datos son reales; de 2026 a 2066 se trata de proyecciones. 1900-2011: Censos de Población y Vivienda.

Todo lo anteriormente expuesto, se relaciona con un aumento continuo de la esperanza de vida al nacer, entendido como el número medio de años que espera vivir una persona según el padrón de mortalidad por edad, observado en ese momento. En España la esperanza de vida se sitúa alrededor de los 85,8 años para las mujeres y 80,3 años para los hombres, resultando ser de las más altas de Europa, y del mundo en general. Hecho que se ve reflejado en un incremento en la esperanza de vida a los 65 años, gracias a mejoras en las políticas sanitarias, sociales y económicas, que han descendido la mortalidad notoriamente (Abellán García *et al*, 2018).

Según el informe del INE (2018), si se observa la cantidad de años que se vive con buena salud a partir de los 65, existe una notable diferencia en cuanto a hombre y mujeres, ya que solo un 40,4% de mujeres afirma llegar en buenas condiciones de salud, frente a un 52,3 % de los hombres. La percepción del propio estado de salud viene determinada por las enfermedades padecidas, la personalidad del individuo y los factores socioeconómicos de su entorno. Estas expectativas de buena salud van disminuyendo con la edad.

Las personas mayores de 65 años representaron el 44,4% de las altas hospitalarias, con estancias hospitalarias más largas que el resto de la población (INE,2015). Entre las causas de asistencia hospitalaria podemos nombrar las enfermedades circulatorias con un 21,4%, seguidas de las enfermedades respiratorias con un 16,4%, las relacionadas con el aparato digestivo con un 11,9% y las neoplasias con un 11,2% del total (Abellán García *et al.*, 2018). Se estima que para el 2030 aumente en 16 millones el número de muertes anuales en el mundo, relacionadas con fallo orgánico y la fragilidad cognitiva y física (Alonso Renedo, González-Ercilla, Iráizoz-Apezteguía, 2013).

Y dado que los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) son la principal puerta de entrada al sistema sanitario público, la asistencia sanitaria de urgencias se ve incrementada por la frecuentación de las personas mayores de 65 años, llegando a superar el 25% de las consultas totales de urgencias (Fernández Alonso *et al.*, 2010).

Según la Dra. Margaret Chan, directora de la OMS, los sistemas de salud se deben adaptar, de un modelo focalizado en curar enfermedades agudas a un modelo de cuidados integrales, que permitan minimizar las consecuencias de las patologías crónicas prevalentes en la vejez, mejorando así la calidad de vida de las personas mayores. Y para ello, es necesario que los profesionales sanitarios tengan la formación suficiente para detectar y controlar problemas comunes en la vejez, como la fragilidad o la demencia (OMS, 2015).

1.1.2 Clasificación del paciente anciano

El proceso de envejecimiento no es universal, ya que existe una amplia gama de estados de salud y estados funcionales en la vejez. Debido a que los cambios fisiológicos se relacionan, además de con la edad cronológica, con diversos factores biológicos, sociales, psicológicos y/o económico como: el entorno, la personalidad o el estilo de vida. Estos factores, influyen notablemente en las necesidades de las personas mayores y en sus capacidades para desenvolverse en las actividades cotidianas de la vida diaria. Causas como la muerte de la pareja y/o amigos, la jubilación o las condiciones de vivienda tienen gran relevancia en el estado funcional y de salud en la edad avanzada (OMS,2015).

En la práctica asistencial, debemos realizar una clasificación del paciente anciano según su estado de salud y su dependencia funcional, para poder realizar un plan de cuidados centrado en la persona, que ofrezca los recursos necesarios para hacer frente a los problemas relacionados con el envejecimiento, evitando de esta manera, una posible pérdida de funcionalidad e independencia (Fernández, Estévez, 2013).

1.1.2.1 Anciano frágil

Según la Real Academia Española (RAE), “frágil” proviene del latín “*fragilis*”, que significa “*que puede deteriorarse con facilidad*”, “*quebradizo o débil*” (ASALE,RAE) .Por lo que, por “*anciano frágil*” podemos entender aquella persona de edad avanzada que presenta una serie de cambios en los diferentes órganos y sistemas como consecuencia del envejecimiento, y que, ante la presencia de un proceso intercurrente, como puede ser su paso por el servicio de urgencias, está en riesgo de sufrir un deterioro de la capacidad funcional y la posible dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD),(Martín-Sánchez, Fernández & Merino, 2010).

Según la NANDA International de Diagnósticos de enfermería, “*el síndrome de fragilidad del anciano*”, está relacionado con: alteraciones cognitivas, antecedentes de caídas, patología crónica, enfermedad mental, hospitalización de larga duración, malnutrición, obesidad sarcopénica (aumento del índice de grasa, sin obesidad aparente), sarcopenia o disminución progresiva de la masa muscular, sedentarismo o vivir solo. Y como características definitorias: el aislamiento social, el déficit en el autocuidado, desequilibrio nutricional, disminución del estado de ánimo, disminución del gasto cardiaco, fatiga, intolerancia a la actividad y deterioro de la movilidad y/o deambulación y/o la memoria (Herdman, T.H.,2012).

Según Lewis *et al.* (2018), existen varias escalas para poder reconocer el grado de fragilidad en los ancianos, y poder realizar un pronóstico de la calidad de vida de estos pacientes tras su paso por el servicio de urgencias, la readmisión en los servicios de urgencias y la necesidad de servicios comunitarios después del alta. Entre ellas podemos nombrar (Tabla 1);

La escala de “*Fragilidad fenotípica de Fried*”, basada en cinco variables: la pérdida de peso inexplicable, baja fuerza de agarre, marcha lenta, agotamiento auto-informado y baja actividad física. Donde se define fragilidad a la presencia de tres de las cinco variables y anciano pre-frágil a la presencia de dos de las mismas (Martín-Sánchez, Fernández & Merino, 2010).

Otra escala comúnmente utilizada para predecir la posible fragilidad en el paciente anciano es el *Estudio canadiense de la “Escala de Fragilidad Clínica de la Salud y el Envejecimiento o Clinical Frailty Scale” (CFS)* donde clasifica a pacientes frágiles según su capacidad para realizar las ABVD, asignándoles un código correspondiente (Garzón H, Restrepo C, Espitia E, Torregrosa L, Domínguez LC, 2014)

Criterios de fragilidad de Fried	Criterios de la Escala de Fragilidad Clínica de la Salud y el Envejecimiento (CFS)
-Pérdida de peso no intencionada (>5% del peso corporal en el último año). -Debilidad muscular (fuerza prensora <20% del límite de la normalidad por sexo y edad). -Baja resistencia/ cansancio auto-informado (mediante dos preguntas que miden estados depresivos de la escala CES-D). -Lentitud de la marcha (tiempo en segundos que tarda en recorrer 4,5 metros). -Nivel bajo de actividad física.	1. Atlético: activo, enérgico, sin otras enfermedades
	2. Buen estado físico: sin otras enfermedades, menos activo.
	3. Buen estado físico con enfermedad concomitante estable
	4. Aparentemente vulnerable: enfermedad concomitante sistémica, independiente.
	5. Levemente frágil: dependiente para actividades instrumentales cotidianas.
	6. Moderadamente frágil: dependiente para actividades instrumentales y no instrumentales.
	7. Gravemente frágil: completamente dependiente de terceros.

Tabla 1: Criterios de fragilidad. Elaboración propia a partir de (Martín-Sánchez, F. J., Fernández Alonso, C., & Merino, C. (2010). *El paciente geriátrico en urgencias*. Anales Del Sistema Sanitario De Navarra, 33, 163-172) y (Garzón H, Restrepo C, Espitia E, Torregrosa L, Domínguez LC. (2014). *Fragilidad quirúrgica: un factor predictor de morbilidad y mortalidad posoperatoria en adultos mayores sometidos a cirugía abdominal de urgencia*. Rev Colomb Cir, 29, 278-292).

Por tanto, se puede afirmar que “la fragilidad” es un buen indicador de posible dependencia o discapacidad, pudiendo evitar con su determinación posibles hospitalizaciones, institucionalización, pérdida de movilidad, o la muerte en el anciano. Por tanto, al identificar su aparición, y actuando sobre ella, se puede mejorar la autonomía y calidad de vida de los más mayores.

Existen estudios en España (estudio Toledo, FRADEA, Peñagrande, Estudio Leganés, FRALLE y el estudio OCTABAIX) que han determinado la prevalencia de fragilidad en la comunidad y en Atención Primaria, con datos aproximados del 10% de fragilidad en mayores de 65 años, del 20% en mayores de 85 años y que el 44,2% de la población en estudio, tenía altas probabilidades de convertirse en “frágil” en los dos años siguientes (Fernández Alonso, 2015).

Pero no se han encontrado estudios que determinen la prevalencia de fragilidad tras su paso por UUH en España, a pesar de que existen herramientas para la identificación del anciano frágil. Entre ellas se encuentran, la escala ISAR (*Identification Senior at Risk*) del sistema de salud canadiense, o la TRST (*Triage Risk Screening Tool*) diseñada en Estados Unidos, donde se considera “*anciano frágil o de riesgo*” a aquel que presente una puntuación igual o mayor a 2 en cualquiera de las 2 escalas (Salvi, F., Morichi, V., Grilli, A., Giorgi, R., De Tommaso, G., & Dessì-Fulgheri, P, 2007).

(Tabla 2: escalas ISAR y TRST en Anexos).

1.1.2.2 Paciente geriátrico

Se puede identificar al paciente geriátrico como la persona de edad avanzada que presenta pluripatología, polifarmacia y cierto grado de dependencia para las ABVD. Presentando de manera general, problemas cognitivos, afectivos y el uso derivado de recursos sociosanitarios. Por tanto, es necesario un abordaje holístico, que permita considerar a este tipo de pacientes como seres biopsicosociales (Martín-Sánchez *et al.*, 2010).

La valoración asistencial del paciente geriátrico requiere de una alta especificidad debido a: la presentación atípica de enfermedades, valores de laboratorio alterados, comorbilidad, polifarmacia, problemas de comunicación y/o estado mental alterado, como el deliro o la demencia (Salvi, F., Morichi, V., Grilli, A., Giorgi, R., De Tommaso, G., & Dessì-Fulgheri, P,2007).

La presentación atípica de enfermedades puede manifestar una sintomatología que no se corresponde con el cuadro clínico que presenta. Por ejemplo, es común que los síndromes coronarios agudos en pacientes mayores a 75 años se presenten sin dolor, provocando un retraso para proporcionar una terapia adecuada que conduce a un mayor riesgo de mortalidad. Así como la presentación de síndromes confusionales o delirium que enmascaran procesos infecciosos o la presentación de neumonías sin fiebre aparente (Luengo Márquez, C., Maicas Martínez, L., Navarro González, M^aJ., Romero Rizos, L., 2006).

Por otro lado, la comorbilidad se define como; *“el conjunto de enfermedades y discapacidades existentes previamente y/o que acontecen en el momento de acudir al servicio de urgencias”* (Martín-Sánchez *et al.*, 2010). Es necesario la utilización de escalas, como la escala abreviada de Charlson, para predecir el índice de comorbilidad en el paciente geriátrico. Donde se valoran con un punto las siguientes enfermedades; enfermedad vascular cerebral, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, demencia y enfermedad arterial periférica. Y con dos puntos la insuficiencia renal crónica (diálisis) o el cáncer. Se considera ausencia de comorbilidad entre 0 y 1 punto, comorbilidad baja con 2 puntos y comorbilidad alta cuando es igual o mayor de 3 (Fernández Alonso, 2015).

“Los síndromes geriátricos son un conjunto de cuadros clínicos ocasionados por la unión de una serie de enfermedades de alta prevalencia en el anciano”, como la inmovilidad, las úlceras por presión, los déficits visuales o auditivos, la incontinencia urinaria o fecal, la depresión, el insomnio, las caídas o la demencia, entre otros. Los cuales producen en el paciente geriátrico o en el anciano frágil incapacidad funcional y social (Luengo Márquez *et al.*, 2006).

Y la polifarmacia puede ser entendida como: *“el consumo concomitante y regular de 4 o más medicamentos”*. Este factor puede desencadenar en el padecimiento de reacciones adversas medicamentosas (RAM), por la interacción entre fármacos o prescripciones potencialmente inapropiadas. Según Salvi *et al.* (2007) existe hasta un 13% de prescripciones inadecuadas en el servicio de urgencias. Por lo que se han creado herramientas como los *“criterios de Beers”* o la versión española *“STOPP/START”*, que deben tenerse en cuenta a la hora de administrar los medicamentos a pacientes polimedcados, con la intención de evitar: duplicidades o interacciones medicamentosas, así como el posible deterioro cognitivo o el riesgo de caídas (Tabla 3: criterios STOPP/START en Anexos).

Según la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), los fármacos con mayor potencial de riesgo iatrogénico (daño causado por el tratamiento) son: las benzodiazepinas, los antidepresivos (amitriptilina, imipramina, doxepina), algunos AINES (indometacina, ketorolaco, piroxicam, mefenámico, fenilbutazona), algunos opioides (meperidina, pentazocina, propoxifeno), la ranitidina mayor a 300 mg, antihistamínicos (Clorfeniramina, difenidramina, prometazina), antiagregantes plaquetarios (Ticlopidina, dipiridamol), hipoglucemiantes orales (clorpropamida), antihipertensivos (propranolol, hidroclorotiacida > 50 mg/día), algunos vasodilatadores periféricos (ergotamina, pentoxifilina), neurolépticos (haloperidol, tioridazina) y la digoxina.

Las RAM en ancianos pueden ser debidas a: la disminución de las capacidades de absorción y eliminación hepática y renal, cambios en el volumen de distribución y las concentraciones de proteínas plasmáticas, la polifarmacia, disminución de las capacidades cognitivas para seguir adecuadamente el tratamiento prescrito y a la prolongación de la vida media de ciertos fármacos debido a una filtración glomerular ineficiente (Miranda, 2004).

1.1.2.3 El paciente geriátrico oncológico y la necesidad de cuidados paliativos

Se calcula que para el año 2020, el 60% de los casos de cáncer en España, sean diagnosticados en personas mayores de 65 años (Molina-Garrido, Soriano & Guillén-Ponce, 2019). Según la Sociedad Internacional de Oncología Geriátrica (SIOG), la VGI es útil para la toma de decisiones en cuanto al tratamiento antineoplásico, permitiendo modificaciones del plan de cuidados, para minimizar el deterioro funcional producido por la quimioterapia (Ferrat *et al.*, 2016)

Por lo que la edad cronológica no es un factor determinante en la toma de decisiones en cuanto al tratamiento antitumoral o la necesidad de cuidados paliativos, si no que deben tenerse en cuenta la situación funcional del anciano para realizar las ABVD, así como la presencia de comorbilidad o síndromes geriátricos. De esta manera, podemos clasificar al paciente geriátrico oncológico en tres situaciones; los que no tienen deterioro funcional y bajo índice de comorbilidad, recibirán tratamiento quimioterápico de la misma manera que un paciente joven. Los pacientes que tengan comprometida su capacidad funcional, está deberá tenerse en cuenta con anterioridad al tratamiento antitumoral. Y aquellos pacientes que presenten deterioro cognitivo, comorbilidad severa y enfermedad terminal serán partidarios de tratamiento paliativo (Molina-Garrido & Guillén-Ponce, 2016).

Existen diferentes escalas de valoración del deterioro funcional en el anciano oncológico como el índice de CRASH “*Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patient Score*”, que valora los déficits cognitivos, la presencia de caídas en los últimos 6 meses, la ayuda para la toma de medicación, dificultades de movilidad y problemas sociales o emocionales, como indicadores de toxicidad severa en tratamientos con quimioterapia. De igual manera, la escala de valoración G8 es útil para predecir la mortalidad o riesgo de toxicidad en el paciente oncológico, en la que se valoran ocho dominios, entre los que se encuentran: la ingesta de alimentos, la pérdida de peso, el índice de masa corporal, la movilidad, los problemas neuropsicológicos, la polifarmacia, el estado de salud percibido y la edad. También deben tenerse en cuenta a la hora de abordar el tratamiento antitumoral, la presencia de anemia, hipoalbuminemia o la reducción del aclaramiento de creatinina (Rob Stepney, 2016).

1.1.3 Unidad de urgencias hospitalarias

Teniendo en cuenta las características enunciadas anteriormente sobre el paciente geriátrico y el anciano frágil, y el aumento paulatino del envejecimiento de la población, es evidente que la asistencia sanitaria debe encaminarse a un enfoque de atención integral, que desenmascare las necesidades funcionales, cognitivas, físicas y sociales subyacentes en los ancianos, permitiendo el derecho a una atención de calidad para las personas mayores. Es por ello, que necesitamos un nuevo modelo de atención de emergencias, donde los pacientes mayores que requieran de una atención de “*urgencia*” puedan ser atendidos de forma segura, agradable y eficaz.

Según la OMS podemos entender como “*urgencia*” la aparición inesperada de un problema de salud de causa variable y gravedad diversa, que genera la necesidad inminente de atención por parte del sujeto que la sufre o de su familia. Además, la OMS, contempla también como urgencia “*la patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo para evitar complicaciones mayores*”. Y por “*emergencia*” se puede entender “*la situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano*”.

Según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social durante el año 2016 se atendieron un total de 29.512.722 urgencias en toda España, un 4,8% más que en el 2015, con una presión de urgencias o porcentaje de ingresos en urgencias del 56,8%, de los cuales un 10,34% fueron hospitalizados.

El modelo de atención de urgencias y emergencias de la Comunidad de Madrid da respuesta a este tipo de demandas de los ciudadanos, gracias al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), mediante dos recursos asistenciales:

Los extrahospitalarios, que se caracterizan por la proximidad al ciudadano, mediante el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) responsable de la atención urgente de necesidades con poca complejidad, y el SUMA112, con apoyo del SAMUR y protección civil. encargados de la atención en el lugar de la emergencia y la coordinación del transporte sanitario desde el lugar de la emergencia hasta el hospital.

Los hospitalarios, son los responsables de dar respuesta a situaciones de mayor complejidad, mediante los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH). Donde se concentran la mayoría de atención urgentes totales (el 67% del total de todas las atenciones urgentes de la Comunidad de Madrid en el 2015).

La Unidad de Urgencias Hospitalarias (UUH), es aquella unidad asistencial y multidisciplinaria ubicada en un área específica del hospital, de fácil acceso desde el exterior y bien comunicada con otras áreas del hospital (quirófano, cuidados intensivos, diagnóstico por imagen o laboratorio...), que gracias a que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, debe garantizar las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a las urgencias y emergencias durante las 24 horas del día, todos los días del año.

Debe constar de: un área de admisión de urgencias en la entrada, un área de triaje y clasificación de pacientes, una sala o box para la atención de pacientes críticos, una sala de agudos con un área específica para la realización de aislamientos y una sala para la información a los acompañantes y procesos de duelo.

Además, el equipo de la UUH debe constar de: un responsable de la unidad, médicos de urgencias, una responsable de enfermería, enfermeros, auxiliares de enfermería, celadores o personal de transporte interno y personal auxiliar administrativo. Es necesario que los profesionales sanitarios de esta unidad tengan la formación necesaria para realizar cuidados de calidad (Servicio Madrileño de Salud, 2016).

1.1.3.1 Funciones de las enfermeras en la UUH

- Identificar problemas y necesidades actuales del paciente y la familia.
- Realizar diagnósticos de enfermería y planificación de cuidados según objetivos y prioridades.
- Aplicar adecuadamente las técnicas y procedimientos de las intervenciones propias de enfermería.
- Ayudar a satisfacer las necesidades del paciente.
- Administración de los tratamientos prescritos.
- Crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermero-paciente y permita un conocimiento más profundo e integral de la persona enferma.
- Promover medidas de alivio y confort, contribuyendo al bienestar del paciente.
- Preservar la dignidad de la persona frente al sufrimiento.
- Establecer una relación de ayuda a través del acompañamiento.
- Alentar al máximo la participación del enfermo en el proceso de atención, fomentando el autocuidado y la autoestima.
- Realizar la evaluación del dolor u otros síntomas, identificando causas, mecanismo fisiopatológico y poner en práctica las medidas adecuadas para aliviar el sufrimiento.
- Detectar síntomas molestos y asegurar un control adecuado a través del tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Observación, registro y comunicación al resto del equipo sobre los cambios en el estado del paciente.
- Identificación del mapa de riesgos potenciales del paciente.
- Prevención de complicaciones y situaciones de crisis.
- Alentar la comunicación a través del tacto y otras medidas no verbales.
- Brindar soporte, información y entrenamiento a la familia permitiendo una activa participación de esta en los cuidados.
- Orientar el apoyo emocional del paciente y sugerir alternativas de ayuda de otros profesionales.
- Brindar soporte a la familia en el período de duelo.

Tabla 4: Funciones de las enfermeras en la UUH. Elaboración propia a partir de Informes, estudios e investigación (2010). Unidad de urgencias hospitalarias: Estándares y recomendaciones.

También es función de la enfermera la clasificación o triaje del paciente a la llegada a la unidad. Debido a la necesidad en la inmediatez de la atención en este tipo de unidades, se ha creado una clasificación o triaje, para poder atender antes a los pacientes más graves. Por lo que se define “*traje*”, como el proceso de valoración clínica preliminar, que permite ordenar a los pacientes en función de su gravedad o urgencia, antes de una valoración diagnóstica y terapéutica completa, asegurando de esta manera una seguridad en la atención clínica (Sánchez Bermejo *et al.*, 2013). Existen varios modelos de clasificación estandarizados: Australian Triage Scale (ATS); la Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS); el Manchester Triage System (MTS); el Emergency Severity Index (ESI); y el Model Andorrà de Triatge (MAT), que se adoptó como modelo estándar para España con el nombre de Sistema Español de Triage (SET), para evaluar el grado o nivel de gravedad, que clasifican a los pacientes en 5 niveles de gravedad para su atención en el área de urgencias:

- Nivel uno o emergencia, con atención inmediata y color rojo.
- Nivel 2 o muy urgente, con atención máxima en 15 minutos y color naranja.
- Nivel 3 o urgente, con atención máxima en 30 minutos y color amarillo.
- Nivel 4 o menor urgencia, con atención máxima en 60 minutos y color verde.
- Nivel 5 o no urgente, con atención máxima en 120 minutos y color azul (Soler, Gómez Muñoz, Bragulat, & Álvarez, 2010).

Entre los factores discriminadores para la clasificación del nivel de gravedad y el tiempo en la atención se encuentran: el riesgo vital, el dolor, la hemorragia, el nivel de conciencia, la temperatura o el tiempo de evolución, pero no están adaptadas a los criterios del anciano, ya que como hemos dicho anteriormente el anciano presenta síntomas atípicos y valores alterados, que precisan mayor presión diagnóstica (Tucker, Clark, & Abraham, 2013).

1.1.3.2 Saturación de las UUH

Cuando la demanda asistencial supera la capacidad del SUH para proporcionar un servicio de atención urgente de calidad, se produce el fenómeno de saturación o colapso de los SUH, que lleva a una atención ineficiente con la consiguiente insatisfacción por parte de los pacientes y familiares, y el desgaste físico y psicológico (burnout) de los profesionales sanitarios. Como criterio de calidad asistencial se ha propuesto el objetivo de las cuatro horas, en las cuales todo paciente que llegue al SUH debe haber sido atendidos (valorados, tratados y dados de alta o ingresados) durante ese trascurso de tiempo (Tudela, Mòdol, 2015).

Según Tudela & Mòdol (2015), existen diversas causas que favorecen la saturación y dificultan la calidad asistencial en el SUH, entre las que podemos nombrar; la afluencia discontinua, la necesidad de una valoración más exhaustiva en la población anciana con la sobreutilización de pruebas complementarias, la sobreocupación del hospital con la dificultad en la asignación de camas libres, la desproporción entre el número de pacientes y el número de profesionales sanitarios o la falta de especialización en geriatría de los profesionales sanitarios de las UUH.

Por lo que, durante las últimas décadas se han venido desarrollando diferentes medidas para mejorar la calidad asistencial en las UUH, como: la dotación de profesionales sanitarios especializados, soporte estacional de profesionales y establecimiento de vías clínicas preferentes (politraumatizados, infarto, ictus o sepsis). Así como, la creación de circuitos de resolución y áreas de observación y tratamientos específicos, como las áreas de pediatría, traumatología u obstetricia.

También existen unidades de corta estancia (UCE) para la resolución de problemas diagnósticos y terapéuticos con estancias de 2-3 días. Como ejemplo de UCE, se puede nombrar la creación en el 2017, de la Unidad de Atención al Paciente Institucionalizado (UAPI) del Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda en Madrid, que permite el paso directo de los pacientes geriátricos provenientes de las residencias de alrededor, evitando demoras en su atención y reduciendo su estancia en urgencias en más de doce horas, al evitar su paso por el servicio de agudos. Este sistema permite una asistencia rápida y personalizada, así como, la posibilidad de realizar un plan de cuidados continuo, gracias al seguimiento clínico de los cuidados al alta, consensuados con los enfermeros y profesionales sanitarios de la residencia de la que provienen. Según la Comunidad de Madrid (2018), la UAPI ha permitido evitar un total de 1.743 ingresos, en el primer año de apertura, mejorando de esta manera la saturación de los SUH, y con ello la calidad y la asignación de recursos asistenciales, así como, la calidad de vida de estos pacientes al evitar su ingreso, con el posible deterioro funcional que propicia su hospitalización.

1.1.4 Valoración geriátrica integral

La presencia de pluripatología en la vejez puede dificultar el diagnóstico, y a la vez el tratamiento de una patología puede empeorar otra concomitante, por lo que es muy importante el abordaje integral en el anciano.

La VGI es la evaluación realizada por un equipo interdisciplinar que tiene el objetivo identificar las necesidades y problemas no reconocidos en el anciano, así como las disfunciones y dependencias no diagnosticadas, con el fin de elaborar un plan de cuidados integral que mejore la funcionalidad y la calidad de vida del paciente geriátrico. La VGI debe abarcar la esfera clínica, mental, social y funcional. Y se apoya de la utilización de “*escalas de valoración*”, que sirven para detectar problemas de salud y de la capacidad funcional en el anciano (Sanjoaquín Romero, Fernández Arín Mesa Lampré, García-Arilla Calvo, 2006).

1.1.4.1 Valoración clínica.

La valoración clínica consta de una anamnesis rigurosa y pruebas complementarias.

Anamnesis: se requiere una gran formación para realizarla correctamente, debido a las peculiaridades del paciente geriátrico enunciadas anteriormente: manifestaciones atípicas de las enfermedades, síndromes geriátricos, polifarmacia y comorbilidad. Se recogerán los antecedentes personales, la historia farmacológica completa, estado nutricional (mediante la escala de valoración *Mini Nutricional Assesment*) e información de la patología actual.

Exploración física: exploración general del aspecto del anciano, toma de constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y temperatura) y exploración rigurosa de cabeza a pies.

Pruebas complementarias: en este apartado es importante evitar el encarnizamiento diagnóstico, por lo que no deben realizarse pruebas complementarias que pudiesen causar mayor daño al paciente que el estrictamente necesario. Entre ellas se pedirán una analítica completa con: hemograma, bioquímica (glucemia, ácido úrico, urea, creatinina, colesterol, fosfatasa alcalina y albúmina), sedimento de orina, electrocardiograma y radiografía de tórax y abdomen. Existen estudios que determinan que las personas mayores necesitan un mayor número de pruebas que los pacientes más jóvenes (Gruneir, Silver, & Rochon, 2011).

1.1.4.2 Valoración mental

El deterioro cognitivo se deriva un proceso de deterioro continuo asociado a la edad, que supone un enlentecimiento en el procesamiento de la información, que afecta a aspectos como la memoria y las funciones ejecutivas cognitivas o intelectuales. Pueden darse ciertos grados de deterioro cognitivo desde el deterioro leve hasta la demencia o el Alzheimer, como los estadios más incapacitantes. Y como factores de riesgo del deterioro cognitivo podemos nombrar: la hipertensión, la depresión, la edad, un bajo nivel educativo, la ausencia de participación en actividades sociales, disminución del volumen del hipocampo o factores genéticos (López & García, 2009).

El deterioro cognitivo está presente en el 15-40% de los pacientes de edad avanzada que acuden al servicio de urgencias, pero solo es detectado en la mitad de los casos, a pesar de que se ha demostrado ser un factor de riesgo asociado a la frecuentación e ingresos hospitalarios y al deterioro funcional para las ABVD (Salvi *et al.*, 2007).

Un estudio realizado en Canadá afirma que, tras evaluar a los pacientes ancianos ingresados en urgencias tras una lesión por traumatismo leve, se demostró que añadir una evaluación del deterioro cognitivo a la evaluación de la fragilidad, podría mejorar la predicción del deterioro funcional de los mismos tras su paso por urgencias (Provencher *et al.*, 2015). Para evaluar el posible deterioro cognitivo en la senectud, se han desarrollado diferentes pruebas como el MMSE (*Mini Mental State Examination*), o su versión española *Mini Examen Cognitivo de Lobo*, así como el *Cuestionario de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)*.

Otro factor a tener en cuenta en la valoración mental es el deterioro afectivo, como la depresión o la ansiedad, que son considerados síndromes geriátricos de gran prevalencia en el anciano, que disminuyen notoriamente su calidad de vida, con alto riesgo de mortalidad. Además, debido a las peculiaridades en el anciano, es común que la depresión sea infradiagnosticada, ya que en el anciano las alteraciones del estado de ánimo pueden no estar tan marcadas como en el adulto, y se acompañan de manifestaciones físicas y cognitivas, como la pérdida de peso o las alteraciones de la memoria. Por ello, es necesario el uso de escalas de valoración, como la *Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage*, que consta de un cuestionario de 30 a 15 ítems, donde el paciente debe contestar con respuestas dicotómicas (sí/no), donde valores mayores a 5 pueden orientar a una posible depresión (Sanjoaquín, Fernández, Mesa, García-Arilla, 2006).

1.1.4.3 Valoración social.

Es importante realizar una anamnesis rigurosa de la situación social y del entorno del paciente anciano a la hora de realizar un plan de cuidados, para tener en cuenta sus recursos sociales y el apoyo familiar que precisa. Existen diversas escalas de valoración que nos permitirán determinar el apoyo social del anciano, entre ellas se encuentran; *Escala OARS de recursos sociales*, *Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón y/o Escala de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale)*, (Sanjoaquín, Fernández, Mesa, García-Arilla, 2006).

La correcta información por parte de los profesionales sanitarios al paciente y la familia, de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como del estado de salud en el que se encuentre el paciente, es esencial para su participación en la toma de decisiones compartidas, respetando su autonomía, y permitiendo que comprendan su situación, para poder participar en el seguimiento del plan de cuidados (Hwang *et al.*, 2013).

El apoyo familiar en el cuidado, junto con la coordinación con Atención Primaria y los servicios de asistencia domiciliaria aseguran una disminución de la frecuentación a urgencias y de la pérdida de capacidades funcionales (Fernández Alonso, 2015).

Es importante realizar una valoración de la sobrecarga del cuidador en aquellos pacientes con problemas mentales graves como la demencia, mediante la *escala de valoración de Zarit*, para determinar el impacto en la salud física y psíquica del cuidador principal, así como la repercusión económica y social ante la presentación de cuidados.

Ya que un agotamiento o desinformación por parte del cuidador principal puede dar lugar a una prestación de cuidados deficientes hacia el anciano, como una higiene inadecuada, malnutrición o presencia de úlceras por presión, que pueden ser considerados como malos tratos o abusos hacia el anciano, entendidos como: *“cualquier acto u omisión sufridos por cualquier persona mayor de 65 años, que vulnere o ponga en peligro su integridad física, psíquica, sexual o económica, incluyendo los principios de autonomía y derechos humanos”* (Riera & Vendrell, 2004). Por lo que la enfermera de urgencias debería ser capaz de detectar estas situaciones mediante una correcta evaluación de la situación social del anciano.

1.1.4.4 Valoración funcional

La valoración funcional es el proceso de recopilación de datos que permite determinar el grado de independencia del anciano para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) e instrumentales (AIVD). Entre las tareas básicas podemos hacer referencia aquellas referidas al autocuidado (vestirse, aseo, alimentación, movilidad...) e instrumentales, aquellas relacionadas con el entorno, como llamar por teléfono o cocinar. Para su evaluación se utilizan escalas de valoración como; *el índice de actividades de la vida diaria (KATZ), índice de Barthel, escala de valoración física de la Cruz Roja o el índice de Lawton y Brody para las AIVD.*

El deterioro funcional aparece como un importante predictor del deterioro del estado de salud con repercusiones como la hospitalización, aumento de la estancia hospitalaria, la frecuentación a la unidad de urgencias, necesidades de atención domiciliaria, institucionalización y muerte. A pesar de ello, durante la evaluación clínica de los servicios de urgencias, el estado funcional es casi ignorado en el 75% de los casos, aunque se ha demostrado que dos tercios de los pacientes ancianos que acuden a la sala de urgencias tienen comprometida la realización de las ABVD, y solo un 22% son independientes. (Salvi *et al.*, 2007).

1.1.5 Habilidades de comunicación de los profesionales de enfermería

La información es un proceso mediante el cual se puede recibir y transmitir información mediante la palabra, los gestos, la mirada y el contacto o postura corporal. En el ámbito sanitario la comunicación es una herramienta imprescindible para un tratamiento eficaz. Según Paul Watzlawick en el proceso de comunicación, el lenguaje no verbal representa un 55 % de los elementos comunicativos frente a un 7% del uso de la palabra y un 38% del tono de la voz.

Para minimizar las complicaciones que puedan surgir durante la comunicación con las personas mayores es importante utilizar frases cortas y un vocabulario adaptado a la persona mayor a la que nos dirigimos. Así como la repetición del mensaje hasta constatar que el mensaje ha sido comprendido. Y, sobre todo, es necesario que el mensaje verbal este en concordancia con el mensaje no verbal utilizado.

Como elementos básicos para una comunicación eficaz es necesario prestar una escucha activa mediante el establecimiento de una relación de ayuda, que permita al paciente expresar libremente sus sentimientos y que pueda sentirse escuchado o comprendido mediante la realización de una retroalimentación o feedback que refuerce la comprensión.

Así como, una actitud empática. La empatía no consiste en compartir opiniones, sino en no juzgarlas. Para que se produzca el proceso de empatizar, deben realizarse tres fases. La primera consiste en la identificación de sentimientos “*saber que siente*”, seguida de una fase de incorporación o compasión de los sentimientos “*sentir con él/ella*”, y por último y no menos importante una fase de separación afectiva, en la que el profesional sanitario debe saber separar lo profesional de lo personal, para que no se produzca un deterioro psicológico o *síndrome de burnout*, y a la vez, poder tener un punto de vista objetivo de los sentimientos del paciente o la familia. De esta manera, intentaremos poner nombre a los sentimientos y emociones que sufren la persona, para que el paciente pueda integrarlos de manera armónica dentro de su realidad.

Y como profesionales sanitarios es importante reforzar los comportamientos saludables de las personas que atendemos, así como ayudar a que modifique aquellos que producen daño para su salud, al igual que poder reconducir o ayudar a manejar las emociones, que afectan al bienestar de las personas.

A la hora de tratar con ancianos con demencia o Alzheimer avanzado es posible que expresen sentimientos de irritabilidad o incluso agresividad, al intentar que realicen alguna actividad o a la hora de administrar los cuidados. Una forma útil de realizar una actividad cuando el paciente se niega es desviar su atención, para reconducir la situación. Pero nunca obligaremos a realizar una actividad cuando el paciente se niega rotundamente. También son útiles la utilización de imágenes u objetos, la utilización de una comunicación no verbal eficaz, la utilización de un tono de voz adecuado, así como mantener el contacto ocular y la proximidad física (Miranda, 2004).

1.1.6 Coordinación entre niveles asistenciales y continuidad de los cuidados

Ante el reto de mejorar la atención asistencial a paciente frágiles complejos desde el servicio de urgencias, existen propuestas lideradas por enfermeras de gestión de casos, enfermeras de enlace o de práctica avanzada, que, tras realizar una VGI, establecen un plan de cuidados individualizado y la conexión con los recursos asistenciales, que mejor beneficien al paciente.

Como herramienta de valoración se puede utilizar el índice de Brass (*Blaylock Risk Assessment Screening Score*) (Schmidt *et al.*, 2017), donde se valoran factores como la edad, el estado cognitivo, el estado funcional, el soporte social, la comorbilidad, la polifarmacia, estancias recientes en urgencias u hospitalización y déficit sensoriales o motores. Las puntuaciones van desde 0 a 40 y pueden dar una idea orientativa de los recursos asistenciales que precisa el paciente al alta (Cruzado Álvarez *et al.*, 2017).

Entre los recursos asistenciales se encuentran; la hospitalización domiciliaria coordinada con atención primaria a las 24-48 horas tras el alta, seguimiento en un Hospital de Día o consultas externas para pacientes que necesitan de pruebas diagnósticas, atención domiciliaria coordinada desde el hospital o ingresos en centros sociosanitarios o cuidados paliativos. De esta manera se evitan reingresos innecesarios en urgencias, mejora la eficiencia del sistema sanitario y aumenta la calidad de vida de los pacientes (Ortega Matas, Cabot García, Porrás Tovar, Cantos Santamaría, Pastor Maylin, & Fàbregas Lorenzo, 2014).

1.2 Justificación

Los avances tecnológicos y las mejoras en las políticas sanitarias, sociales y económicas han conseguido aumentar la esperanza de vida hasta una media de 83 años. Ahora el reto se encuentra en que los pacientes de avanzada edad puedan disfrutar de su senectud con la mayor calidad de vida posible. Y que, además, el sistema sanitario sea sostenible, ya que se ha demostrado que los pacientes mayores de 65 años tienden a tener estancias hospitalarias más extensas y con mayor uso de recursos asistenciales que los más jóvenes (Fuchs, Çelik, Brouns, Kaymak, & Haak, 2019).

Siguiendo la línea de estudio de Gruneir, Silver, & Rochon (2011), se ha determinado que alrededor de un 43,9 % de los pacientes mayores de 65 años volvieron a reingresar a los 6 meses tras su paso por el servicio de urgencias, un 19,3% regresaron en los primeros 30 días, un 17,2 % de la población atendida en el departamento de urgencias regresó a los 90 días, un 2,6% fueron institucionalizados y un 4,1% falleció.

Dado que los departamentos de urgencias son la principal puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y que una visita a las Unidades de Urgencias Hospitalarias representa un periodo de extrema vulnerabilidad para el anciano, por consecuencias como reingresos en el servicio de urgencias, hospitalización, institucionalización, dependencia o fallecimiento, es evidente que los sistemas sanitarios deben tomar medidas para mejorar la calidad asistencial de los más mayores.

Por todo lo anteriormente expuesto, se justifica la creación de un proyecto educativo que permita fomentar la utilización de la VGI entre los enfermeros de las Unidades de Urgencias Hospitalarias para mejorar la eficacia y precisión en el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados de los pacientes geriátricos, mediante la preparación de los profesionales sanitarios en geriatría debido a la complejidad asistencial que precisan (comorbilidad, polifarmacia, síndromes geriátricos, presentaciones atípicas de enfermedades...). Así como la mejora en los medios diagnósticos necesarios para detectar una situación de fragilidad en los pacientes, que puede ser revertida con una atención precoz de calidad, evitando, de este modo, un deterioro de su funcionalidad o autonomía, y haciendo que el sistema sanitario resulte más eficiente, disminuyendo su saturación y mejorando la asignación de recursos y costes asistenciales.

2 Proyecto educativo

2.1 Población y captación

2.1.1 Población diana

Profesionales sanitarios de enfermería de las Unidades de Urgencias Hospitalarias de la Comunidad de Madrid.

2.1.2 Captación

El curso se ofrecerá a todos los profesionales sanitarios de enfermería desde las distintas Unidades de Formación Continuada de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid y desde el Colegio de Enfermería hasta completar el total de 20 inscripciones.

-Captación directa: se informará a las supervisoras de las unidades de urgencias hospitalarias de los hospitales públicos de la zona sur de la Comunidad de Madrid (Hospital del Tajo de Aranjuez, Hospital Infanta Elena de Valdemoro, Hospital Fundación Jiménez Díaz en Moncloa y Hospital Universitario 12 de Octubre en Usera), sobre el lugar, fecha y contenido del curso, así como la forma de inscripción al mismo, para que puedan informar a su plantilla de enfermería sobre la posibilidad de formar parte de este proyecto educativo.

-Captación indirecta

- **Póster (Anexo 4):** se imprimirán cuatro pósteres diseñados por la enfermera responsable del proyecto educativo y se colocarán en las distintas unidades de urgencias hospitalarias de los hospitales de la zona sur de la Comunidad de Madrid (Hospital del Tajo de Aranjuez, Hospital Infanta Elena de Valdemoro, Hospital Fundación Jiménez Díaz en Moncloa y Hospital Universitario 12 de Octubre en Usera), con el fin de informar sobre las fechas y contenido del curso.
- **Tríptico informativo (Anexo 5):** se diseñarán y repartirán a cada supervisor de los hospitales de la zona sur de la Comunidad de Madrid (nombrados anteriormente) y a las Unidades de Formación Continuada de dichos hospitales, así como al Colegio de Enfermería de la Comunidad de Madrid, con el objetivo de informar de los contenidos, lugar, fecha y forma de inscripción al curso.
- **Plataforma de intranet de los Hospitales Públicos de la Comunidad de Madrid:** se adjuntará el tríptico informativo (Anexo 5) con la hoja de inscripción en la sección de cursos para profesionales sanitarios.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo general

Fomentar la utilización de la VGI entre los profesionales sanitarios de enfermería de las Unidades de Urgencias Hospitalarias de la Comunidad de Madrid.

2.2.2 Objetivos específicos

- **Objetivos de conocimiento:**

- Saber identificar al anciano frágil tras su paso por el servicio de urgencias.
- Conocer las peculiaridades y características del paciente geriátrico como: la presentación atípica de enfermedades, valores de laboratorio alterados, la comorbilidad, la polifarmacia y los síndromes geriátricos.
- Conocer las escalas más utilizadas en la VGI.
- Saber identificar déficits sociofamiliares en el anciano y sobrecarga del cuidador.
- Reconocer las características de un paciente geriátrico partidario de cuidados paliativos.

- **Objetivos de habilidad:**

- Demostrar conocimientos sobre geriatría.
- Evitar la administración de medicamentos inadecuados en el anciano.
- Realizar una correcta valoración integral del paciente geriátrico.
- Saber reconocer los requerimientos y sentimientos no expresados por el paciente geriátrico, mediante la escucha activa y la respuesta empática.

- **Objetivos de actitud:**

- Expresar preocupación por las necesidades subyacentes a la patología principal, una vez se haya solucionado el principal problema de la visita a urgencias.
- Presentar una actitud empática en la prestación de cuidados al paciente anciano.
- Expresar las dificultades encontradas a la hora de realizar la VGI, para poder buscar soluciones.

2.3 Contenidos

- Como identificar al paciente frágil tras su visita por el servicio de Urgencias (escalas de valoración).
- Presentación atípica de enfermedades y síndromes geriátricos en el anciano, mediante casos clínicos.
- Comorbilidad y polifarmacia en el anciano (Escala de Charlson y Criterios STOP/START).
- Valoración geriátrica integral: detección de problemas funcionales y cognitivos en el anciano.
- Habilidades de comunicación de los profesionales de enfermería en la demencia.
- Fragilidad social y detección del maltrato en el anciano.
- Identificación de la necesidad de cuidados paliativos en el anciano con cáncer avanzado.
- Ansiedad y depresión en el anciano.
- Apoyo a la familia y sobrecarga del cuidador.

2.4 Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

2.4.1 Técnicas

-**Técnica de iniciación grupal**: mediante la *“técnica del ovillo”*, los participantes irán pasándose una pelota. Al cogerla tendrán que decir su nombre, el lugar donde trabajan y que esperan aprender de este curso. Esta técnica nos permitirá crear una atmósfera de confianza, para que los integrantes del grupo puedan mostrar sus opiniones de forma abierta. A la vez la coordinadora del curso podrá evaluar las posibles expectativas que los integrantes tienen sobre el curso impartido. Ejemplo: *“Hola soy Laura, enfermera de urgencias del Hospital Doce de Octubre, y mi interés por el curso se basa en mejorar mis conocimientos sobre cómo evitar las posibles RAM en el anciano”*.

-Técnica de “investigación de aula”: permitiendo una expresión de los diferentes puntos de vista del tema planteado (como mejorar la asistencia sanitaria hacia el paciente geriátrico en el departamento de urgencias). De esta manera abordaremos el área afectiva y cognitiva de los participantes sobre el tema propuesto. Mediante “*la rejilla de análisis*”: los integrantes del grupo irán exponiendo sus puntos de vista sobre las siguientes cuestiones:

- ¿Cree que la asistencia sanitaria en el departamento de urgencias está adaptada a las características del paciente geriátrico?
- ¿Por qué tiene esa opinión?, Inconvenientes para una atención sanitaria de calidad en el anciano.
- ¿Cómo cree que se podría mejorar la asistencia sanitaria al paciente geriátrico en el departamento de urgencias?

Ejemplo de respuesta; *“la atención sanitaria en urgencias no está adaptada al paciente geriátrico debido a la falta de tiempo para realizar una valoración geriátrica completa. Creo que se podría mejorar con la creación de áreas de observación específica para el paciente geriátrico parecidas a las áreas de observación para traumatología o pediatría”.*

-Técnicas expositivas: mediante la que trabajaremos el área cognitiva de los participantes. Para ello, utilizaremos la técnica de “*lección con discusión*”, de manera que, tras una charla informativa sobre los contenidos teóricos del curso, dejaremos un tiempo para que los integrantes puedan participar y exponer sus opciones o dudas sobre los temas anteriormente expuestos.

-Técnicas de análisis: mediante la exposición de casos clínicos reales de pacientes geriátricos o ancianos frágiles, en el departamento de urgencias. Esta técnica permitirá a los integrantes reforzar mediante la resolución de los casos, sus conocimientos sobre lo anteriormente descrito en las lecciones teóricas. De esta manera, se aborda tanto el área cognitiva o de conocimiento sobre el tema, como el área afectiva, al permitir la expresión de los sentimientos que producen la resolución de los diferentes casos clínicos.

-Técnicas para el desarrollo de habilidades: para ello, utilizaremos la técnica del “*role-playing*”, en la que los integrantes del grupo deberán demostrar sus habilidades psicomotoras, personales y sociales para desarrollar situaciones simuladas de casos reales. De esta manera, podremos evaluar las habilidades de comunicación de los participantes.

2.4.2 Recursos

-Materiales:

- Ordenador y proyector de pantalla.
- Power point con las explicaciones teóricas.
- Pizarra y tizas o rotuladores.
- Hojas de evaluación de conocimientos.
- Hoja de evaluación de la satisfacción de los asistentes al curso.
- Hoja de evaluación de asistencia y participación.
- Hoja de evaluación del curso a largo plazo.
- Posters y folletos informativos.
- Bolígrafos.
- Pelota hinchable.

-Humanos:

Las sesiones teóricas serán impartidas por la enfermera encargada del proyecto. Además, se contará con la participación de dos enfermeras más como apoyo auxiliar, a la hora de entregar los cuestionarios, preparar las sesiones prácticas y evaluar la participación y cooperación del grupo.

2.4.3 Planificación general de las sesiones

El proyecto educativo consta de un total de 10 sesiones expositivas con discusión de casos clínicos del tema abordado, con una duración aproximada de 50 minutos cada una, donde abordaremos los aspectos cognitivos y afectivos del curso. La parte práctica se desarrollará en la séptima sesión, con una duración aproximada de una hora y 40 minutos, donde se podrá evaluar el área de habilidades de la comunicación de los participantes.

Las 10 sesiones trascorrirán durante las mañanas de los días 22, 23 y 24 de mayo, de 9:00 a 13:00, en el Salón de Actos del Hospital Universitario 12 de Octubre, situado en el pabellón de docencia de dicho hospital.

Los participantes podrán inscribirse en la intranet del hospital o mediante la hoja de inscripción que contiene el tríptico informativo (Anexo 5), que será entregado en las unidades de urgencias de los hospitales del sur de la Comunidad de Madrid (Hospital del Tajo de Aranjuez, Hospital Infanta Elena de Valdemoro, Hospital Fundación Jiménez Díaz en Moncloa y Hospital Universitario 12 de Octubre en Usera).

La hoja de inscripción será rellenada y entregada en las Unidades de Formación Continuada de dichos hospitales. Las inscripciones serán recogidas por la enfermera encargada del proyecto el día 13 de mayo, como último día de inscripción.

El proyecto será evaluado con una batería de preguntas tipo test (Anexo 9). Dicha evaluación será entregada al finalizar la primera sesión y al finalizar la última sesión, con el objetivo de conocer los conocimientos antes y después de realizar el curso, con el fin de evaluar la utilidad del curso.

También serán entregados al finalizar el curso, los cuestionarios de satisfacción de los participantes (Anexo 6), con el objetivo de mejorar la estructura, los medios y los contenidos del curso impartido, de cara a próximos proyectos educativos.

Se realizará un informe con los resultados de los cuestionarios de conocimiento realizados por los asistentes al curso, de forma anónima, al comienzo del curso, al finalizar el mismo y transcurridos 6 meses, mediante la realización de un cuestionario de preguntas abiertas, que será enviado vía email a los participantes, con el objetivo de evaluar la repercusión del curso impartido.

2.4.4 Cronograma general de las sesiones

Se representa mediante un cuadro esquemático la configuración general de las sesiones y posteriormente los elementos detallados de cada una de ellas.

Horario	Día 22 de mayo
9:00 – 9:50	1º Sesión: El paciente geriátrico en el departamento de urgencias.
9:50 – 10:40	2º Sesión: Identificación del anciano frágil en urgencias.
10:40 – 11:10	Descanso - Café
11:10 – 12:00	3º Sesión: Características y peculiaridades del paciente geriátrico en el departamento de urgencias.
12:00 – 12:50	4º Sesión: El paciente anciano polimedicado.

Horario	Día 23 de mayo
9:00 – 9:50	5º Sesión: La Valoración Geriátrica Integral.
9:50 – 10:40	6º Sesión: Fragilidad social y detección del maltrato en el anciano.
10:40 – 11:10	Descanso - Café
11:10 – 12:50	7º Sesión: Habilidades de comunicación en la demencia.

Horario	Día 24 de mayo
9:00 – 9:50	8º Sesión: Identificación de la necesidad de cuidados paliativos en el anciano con cáncer avanzado.
9:50 – 10:40	9º Sesión: Problemas afectivos en el anciano: depresión y ansiedad.
10:40 – 11:10	Descanso - Café
11:10 – 12:50	10º Sesión: Apoyo a la familia y sobrecarga del cuidador.

Tabla 6: Cronograma general de las sesiones, elaboración propia.

2.4.5 1º Sesión

1º Sesión: El paciente geriátrico en el departamento de urgencias	
Personal docente	Duración de la sesión
Enfermera encargada del proyecto. Enfermeras de apoyo al curso.	50 minutos
Contenidos:	Objetivo educativo:
<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del envejecimiento de la población en España. • Presentación de la asistencia al paciente geriátrico en el departamento de urgencias: problemas y soluciones 	Identificar las experiencias de los participantes al curso en cuanto a las deficiencias encontradas en el cuidado al paciente geriátrico en el departamento de urgencias
Técnicas utilizadas	Recursos utilizados
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de iniciación grupal: “técnica del ovillo” (con pelota). • Técnica de investigación en el aula: “rejilla de análisis”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelota hinchable. • Pizarra y rotuladores
Metodología de la sesión	
<p>Comenzaremos la sesión con una técnica de presentación grupal, por la que, por medio de pasar una pelota hinchable, los participantes se irán presentando y expondrán sus expectativas en cuanto al curso. Seguidamente realizaremos una técnica de investigación en el aula por la que los participantes deberán contestar a las siguientes preguntas: ¿Crees que la asistencia sanitaria de los departamentos de urgencias está adaptadas a las necesidades de los pacientes geriátricos? Exponga el porqué de su respuesta anterior: inconvenientes u obstáculos para realizar una asistencia sanitaria eficaz.</p> <p>Ideas para mejorar la asistencia sanitaria al paciente geriátrico en urgencias.</p> <p>Podemos utilizar la técnica de lanzar la pelota para elegir los participantes que contestarán a las preguntas. Mientras, la enfermera auxiliar irá anotando las ideas y sugerencias que vayan saliendo en la pizarra. Para terminar, realizaremos un análisis de las circunstancias del envejecimiento de la población y la saturación de los servicios de urgencias, contrastando los datos estadísticos reales con las diferentes ideas que hayan surgido con la técnica de la rejilla de análisis.</p>	

2.4.6 2º Sesión

2º Sesión: Identificación del anciano frágil en urgencias	
Personal docente	Duración de la sesión
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera encargada del proyecto. • Enfermeras de apoyo al curso 	50 minutos
Contenidos:	Objetivo educativo:
<ul style="list-style-type: none"> • Criterios de fragilidad fenotípica de Fried y Escala de Fragilidad clínica de la salud y el envejecimiento (CFS). • Escalas ISAR y TRST para identificar al anciano frágil tras su paso por el servicio de urgencias. 	Saber identificar al anciano frágil tras su paso por el servicio de urgencias.
Técnicas utilizadas	Recursos utilizados
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica expositiva: lección con discusión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenador con proyector. • Power Point teórico. • Fotocopias de las distintas escalas utilizadas.
Metodología de la sesión	
<p>Se realizará una exposición explicativa durante media hora, sobre las distintas características del anciano frágil y como detectarlo tras su paso por el servicio de urgencias (escalas de valoración). Posteriormente, dejaremos 20 minutos para exponer las distintas opiniones y puntos de vista sobre el tema abordado. Dejaremos en la pizarra preguntas para que los participantes vayan contestando de forma voluntaria. Ejemplos de preguntas; ¿Crees que sería útil llamar al paciente geriátrico después de haber sido dado de alta para evaluar su proceso de recuperación? ¿Crees que esto sería posible?</p>	

2.4.7 3º Sesión

3º Sesión: Características y peculiaridades del paciente geriátrico en el departamento de urgencias	
Personal docente	Duración de la sesión
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera encargada del proyecto. • Enfermeras de apoyo al curso 	50 minutos
Contenidos:	Objetivo educativo:
<ul style="list-style-type: none"> • Comorbilidad en el anciano: Escala de Charlson. • Presentación atípica de enfermedades. • Resultados de laboratorio alterados. 	Conocer las características y peculiaridades del paciente geriátrico en urgencias.
Técnicas utilizadas	Recursos utilizados
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica expositiva: lección con discusión. • Técnica de análisis: discusión de casos clínicos reales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenador con proyector. • Power Point teórico con casos clínicos.
Metodología de la sesión	
<p>Se realizará una exposición explicativa durante media hora, sobre las distintas presentaciones atípicas de las enfermedades en el anciano y como valorar la comorbilidad mediante la escala de valoración de Charlson. Las explicaciones irán apoyadas de la presentación de casos clínicos reales. Posteriormente, dejaremos 20 minutos para exponer las posibles dudas a la hora de resolver los distintos casos clínicos y las dudas que pudieran surgir en la explicación teórica.</p>	

2.4.8 4º Sesión

4º Sesión: El paciente polimedcado	
Personal docente	Duración de la sesión
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera encargada del proyecto. • Enfermeras de apoyo al curso 	50 minutos
Contenidos:	Objetivo educativo:
<ul style="list-style-type: none"> • Criterios STOPP/ START. • Fármacos con mayor riesgo iatrogénico en el anciano y RAM más frecuentes. 	Evitar posibles reacciones adversas medicamentosas en el anciano en su visita a urgencias.
Técnicas utilizadas	Recursos utilizados
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica expositiva: lección con discusión. • Técnica de análisis: discusión de casos clínicos reales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenador con proyector. • Power Point teórico. • Fotocopias con los criterios STOPP/ START.
Metodología de la sesión	
<p>Se realizará una exposición explicativa durante media hora, sobre las distintas RAM más comunes en los ancianos en el departamento de urgencias y los criterios STOPP/START para prevenirlas. Las explicaciones irán apoyadas de la presentación de casos clínicos reales. Posteriormente, dejaremos 20 minutos para exponer las posibles dudas a la hora de resolver los distintos casos clínicos y las dudas que pudieran surgir en la explicación teórica.</p>	

2.4.9 5º Sesión

5º Sesión: La Valoración geriátrica integral	
Personal docente	Duración de la sesión
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera encargada del proyecto. • Enfermera de apoyo al curso 	50 minutos
Contenidos:	Objetivo educativo:
<ul style="list-style-type: none"> • Escala de valoración nutricional "<i>Mini Nutricional Assesment</i>". • La exploración física y pruebas Complementarias para el paciente Geriátrico en urgencias. • Valoración cognitiva: "<i>Mini Exámen cognitivo de Lobo y Cuestionario de Pfeiffer</i>". • Valoración funcional: "<i>Índice de KATZ</i>" 	Saber realizar una correcta valoración cognitiva y funcional del anciano en su visita a urgencias.
Técnicas utilizadas	Recursos utilizados
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica expositiva: lección con discusión. • Técnica de análisis: discusión de casos clínicos reales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenador con proyector. • Power Point teórico.
Metodología de la sesión	
<p>Se realizará una exposición explicativa durante media hora, sobre las distintas escalas de valoración cognitiva y funcional en el anciano. Las explicaciones irán apoyadas de la presentación de casos clínicos reales. Posteriormente, dejaremos 20 minutos para exponer las posibles dudas a la hora de resolver los distintos casos clínicos y las dudas que pudieran surgir en la explicación teórica.</p>	

2.4.10 6º Sesión

6º Sesión: La valoración social y detección del maltrato en el anciano.	
Personal docente	Duración de la sesión
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera encargada del proyecto. • Enfermera de apoyo al curso 	50 minutos
Contenidos:	Objetivo educativo:
<ul style="list-style-type: none"> • Escala OARS y Escala Sociofamiliar de Gijón. • Identificación del maltrato en el anciano. 	Saber realizar una correcta valoración sociofamiliar en el anciano en su visita a urgencias.
Técnicas utilizadas	Recursos utilizados
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica expositiva: lección con discusión. • Técnica de análisis: discusión de casos clínicos reales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenador con proyector. • Power Point teórico con casos clínicos.
Metodología de la sesión	
<p>Se realizará una exposición explicativa durante media hora, sobre las distintas escalas de valoración social y técnicas de identificación del posible maltrato en el anciano. Las explicaciones irán apoyadas de la presentación de casos clínicos reales. Posteriormente, dejaremos 20 minutos para exponer las posibles dudas a la hora de resolver los distintos casos clínicos y las dudas que pudieran surgir en la explicación teórica.</p>	

2.4.11 7º Sesión

7º Sesión: Habilidades de comunicación en la demencia	
Personal docente	Duración de la sesión
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera encargada del proyecto. • Enfermera de apoyo al curso 	1 hora y 40 minutos.
Contenidos:	Objetivo educativo:
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación no verbal. • Escucha activa y respuesta empática. 	Adquirir habilidades de comunicación con el paciente con demencia.
Técnicas utilizadas	Recursos utilizados
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica expositiva: lección con discusión. • Técnica de habilidad: <i>role playing</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenador con proyector. • Power Point teórico.
Metodología de la sesión	
<p>Se realizará una exposición explicativa durante media hora, sobre los distintos elementos que deben darse en una comunicación eficaz. Realizaremos una explicación de 10 minutos sobre la actividad de habilidad o role-playing, que se dará a continuación. Durante la siguiente hora realizaremos simulacros de casos, en los que la enfermera encargada del proyecto realizará la función de paciente anciano con demencia y los participantes harán de los enfermeros encargados del cuidado del paciente. En esta actividad se valorará la comunicación no verbal utilizada, así como la escucha activa y la respuesta empática.</p>	

2.4.12 8º Sesión

8º Sesión: Identificación de la necesidad de cuidados paliativos en el anciano con cáncer avanzado	
Personal docente	Duración de la sesión
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera encargada del proyecto. • Enfermeras de apoyo al curso 	50 minutos
Contenidos:	Objetivo educativo:
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de la necesidad de cuidados paliativos (índice de CRASH y valoración G8) 	Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes en la valoración de la necesidad de cuidados paliativos en el paciente geriátrico oncológico.
Técnicas utilizadas	Recursos utilizados
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica expositiva: lección con discusión. • Técnica de análisis: discusión de casos clínicos reales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenador con proyector. • Power Point teórico con casos clínicos.
Metodología de la sesión	
<p>Se realizará una exposición explicativa durante media hora, sobre las características de valoración de la necesidad de cuidados paliativos tras el alta en el departamento de urgencias, las explicaciones se apoyarán en casos clínicos reales. Dejaremos 20 minutos para la exposición de dudas que pudieran surgir durante la sesión.</p>	

2.4.13 9ª Sesión

9º Sesión: Problemas afectivos en el anciano: depresión y ansiedad.	
Personal docente	Duración de la sesión
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera encargada del proyecto. • Enfermeras de apoyo al curso 	50 minutos
Contenidos:	Objetivo educativo:
<ul style="list-style-type: none"> • Manifestaciones físicas y cognitivas de la depresión en el anciano. • Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. 	Saber realizar una correcta valoración afectiva en el anciano en su visita a urgencias.
Técnicas utilizadas	Recursos utilizados
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica expositiva: lección con discusión. • Técnica de análisis: discusión de casos clínicos reales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenador con proyector. • Power Point teórico. • Fotocopias con las escalas de valoración utilizadas.
Metodología de la sesión	
<p>Se realizará una exposición explicativa durante media hora, sobre las distintas escalas de valoración afectiva y técnicas de identificación de casos de depresión en el anciano. Las explicaciones irán apoyadas de la presentación de casos clínicos reales. Posteriormente, dejaremos 20 minutos para exponer las posibles dudas a la hora de resolver los distintos casos clínicos y las dudas que pudieran surgir en la explicación teórica.</p>	

2.4.14 10ª Sesión

10º Sesión: Apoyo a la familia y sobrecarga del cuidador	
Personal docente	Duración de la sesión
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera encargada del proyecto. • Enfermeras de apoyo al curso 	50 minutos
Contenidos:	Objetivo educativo:
<ul style="list-style-type: none"> • Escala de valoración de Zarit. • Apoyo a la familia en el cuidado al anciano. 	Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes en el cuidado al familiar del paciente geriátrico en el departamento de urgencias.
Técnicas utilizadas	Recursos utilizados
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica expositiva: lección con discusión. • Técnica de análisis: discusión de casos clínicos reales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenador con proyector. • Power Point teórico.
Metodología de la sesión	
<p>Se realizará una exposición explicativa durante media hora, sobre las distintas escalas de valoración de la sobrecarga del cuidador y técnicas y habilidades en el cuidado al anciano. Las explicaciones irán apoyadas de la presentación de casos clínicos reales. Posteriormente, dejaremos 20 minutos para exponer las posibles dudas a la hora de resolver los distintos casos clínicos y las dudas que pudieran surgir en la explicación teórica.</p>	

2.5 Evaluación

En la evaluación del proyecto se tendrán en cuenta la valoración de la estructura del curso y del proceso llevado a cabo para la consecución de los objetivos, mediante los cuestionarios de satisfacción para los participantes (Anexo 6) y para la supervisora del departamento de urgencias del hospital 12 de Octubre, donde serán evaluados los medios, materiales y contenidos impartidos. Así mismo, la enfermera de apoyo al curso valorará la asistencia y participación de los asistentes al curso (Anexo 7).

Para la evaluación de los resultados a corto y medio plazo, los participantes deberán realizar un cuestionario de conocimientos antes de impartir el contenido teórico (al finalizar la primera sesión) y el mismo cuestionario al finalizar la última sesión (Anexo 9), con el objetivo de valorar la utilidad del curso en cuanto a los conocimientos adquiridos durante el mismo. Así mismo se valorará las áreas de habilidades y las áreas afectivas, mediante la resolución de casos clínicos reales y la realización de un *role-playing* (Anexo 8).

También se valorará la repercusión del curso impartido a largo plazo, mediante la valoración de las respuestas realizadas por los participantes a los 6 meses de haber sido impartido el curso. Este cuestionario a largo plazo (Anexo 10) será enviado a los participantes del proyecto por vía email para ser contestado y reenviado a la enfermera encargada del proyecto para contrastar los datos obtenidos. Se pedirá la honestidad de los participantes a la hora de contestar a las preguntas mandadas a los 6 meses, ya que la evaluación sólo sirve para valorar la repercusión del curso y no los conocimientos de los participantes.

2.5.1 Evaluación de la estructura

La evaluación de la estructura se realizará mediante un cuestionario de satisfacción de los participantes y de la supervisora del departamento de urgencias (Anexo 6), donde valoraran:

- Competencias y profesionalidad de los docentes (puntualidad, calidad de las explicaciones, conocimiento de la materia, motivación, dinamismo...).
- Instalaciones (tamaño del aula, temperatura, luz, calidad de sonido, aula de prácticas adecuadas a las actividades, sillas cómodas...)
- Calidad de los materiales utilizados (power point actualizados, fotocopias con contenido útil...).

2.5.2 Evaluación del proceso

- Los participantes valorarán mediante la encuesta de satisfacción si los contenidos teóricos- prácticos y las sesiones eran adecuados para el objetivo del curso, en cuanto a duración y calidad de las explicaciones (Anexo 6).
- Se contará con la participación de una enfermera de apoyo, que será la encargada de valorar la asistencia y participación del personal adscrito al curso (Anexo 7).

2.5.3 Evaluación de los resultados

Para la valoración de los resultados, estudiaremos los objetivos buscados en las áreas cognitiva, de habilidades y actitudes desarrolladas durante el curso por los participantes.

- ❖ **Evaluación del área cognitiva:** para la valoración de la consecución de los objetivos cognitivos realizaremos una batería de preguntas tipo test al principio y al final del curso, mediante el cual podremos valorar el grado de conocimiento de los participantes antes y después de la realización del curso. Esta evaluación tiene el objetivo de averiguar la utilidad en cuanto a la adquisición de conocimientos (Anexo 9).
- ❖ **Evaluación del área de habilidades:** para la valoración de las habilidades adquiridas durante el curso, contaremos con la participación de una enfermera encargada de valorar la consecución de habilidades comunicativas de los participantes durante el role-playing (Anexo 8), así como las habilidades demostradas en la resolución de los distintos casos clínicos expuestos durante las sesiones.
- ❖ **Evaluación del área afectiva:** la enfermera encargada del proyecto junto con la enfermera de apoyo, irán apuntado en una hoja las distintas sensaciones y dificultades encontradas por los participantes durante el curso, con el objetivo de comentar aquellas sensaciones que hayan surgido con los participantes al finalizar el curso.

2.5.4 Evaluación de los resultados a medio y largo plazo

La enfermera encargada del proyecto deberá realizar un estudio de los resultados de los cuestionarios de conocimiento entregados antes del curso y al finalizar el mismo con el objetivo de evaluar la repercusión y utilidad del curso impartido a medio plazo.

Para evaluar la repercusión del curso impartido a largo plazo se realizará un cuestionario de preguntas abiertas (Anexo 10) a los participantes del curso realizado trascurridos 6 meses de la realización de este. Dicho cuestionario será enviado vía email, para poder ser reenviado a la enfermera encargada del proyecto.

Sería interesante realizar un estudio de los reingresos, hospitalizaciones, institucionalizaciones y defunciones de los pacientes mayores de 65 años tras su paso por el servicio de urgencias, antes y después de realizar el curso, pero para ello sería necesario que todo el departamento de urgencias de un solo hospital participara en el proyecto educativo, por lo que esta limitación hace que este estudio se alargue hasta que la repercusión de este curso pueda ser aceptada por un departamento de urgencias completo.

3 Bibliografía

- ABELLÁN GARCÍA, A., AYALA GARCÍA, A., PÉREZ DÍAZ, J., & PUJOL RODRÍGUEZ, R. (2018). Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos. *CSIC. Envejecimiento en red*, nº 17. Recuperado de: (<https://bit.ly/2ws7CoA>).
- ALONSO-RENEDO, F.J., GONZÁLEZ-ERCILLA, L., & IRÁIZOZ-APEZTEGUÍA, I. (2013). El anciano con enfermedad avanzada de órgano: Consideraciones desde la geriatría, la medicina paliativa y la bioética. *Revista Española De Geriatría Y Gerontología*, 49 (5), pp. 228-234. Recuperado de: <https://bit.ly/2WfHmps>.
- COMUNIDAD DE MADRID. (2018). El Puerta de Hierro logra reducir los ingresos de pacientes de residencias de mayores. Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. Recuperado de: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?>.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD, SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD (2016). Plan director de urgencias y emergencias sanitarias de la Comunidad de Madrid 2016 – 2019. Comunidad de Madrid. Ed: V.1.
- CRUZADO, C., BARÓN, J., PADILLA, L., REQUENA, M.V., MARTÍN, E., & MORALES, I. (2017). Efectividad del índice de Brass en la planificación del alta por enfermeras gestoras de casos. *Enfermería Global*, 52, pp. 487-499. Recuperado de: <https://bit.ly/2HBUX0w>.
- DUASO, E., TOMÁS, S., RODRÍGUEZ-CARBALLEIRA, M., CUADRA, L., LLONCH, M., & RUIZ, D. (2009). Abordaje del anciano en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. *Revista Española De Geriatría Y Gerontología*, 44, pp.10-14. doi: 10.1016/j.regg.2009.01.009.
- ESCOBEDO ROMERO, R., IZQUIERDO FERNÁNDEZ, M.N., & BELZUNEGUI OTANO, T. (2017). El deterioro funcional y la polifarmacia como predictoras de riesgo en el paciente mayor de 65 años en urgencias. *SciELO*, 11 (2). Recuperado de: <https://bit.ly/2TymhEM>.
- FERNÁNDEZ ALONSO, C. (2015). *Detección del anciano de alto riesgo en la unidad de corta estancia de urgencias de un hospital terciario*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: <https://bit.ly/2HCIMad>.

- FERNÁNDEZ, C., MARTÍN, F.J., FUENTES, M., GONZÁLEZ, J., VERDEJO, C., GIL, P., & GONZÁLEZ, J. J. (2010). Valor pronóstico de la valoración funcional al ingreso en una unidad de corta estancia de urgencias. *Revista Española De Geriatría Y Gerontología*, 45 (2), pp. 63-66. doi:10.1016/j.regg.2009.09.006.
- FERNÁNDEZ, E., & ESTÉVEZ, M. (2013). La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. *Gerokomos*, 24 (1), pp. 8-13. Recuperado de: <https://bit.ly/2U3Y65F>.
- FERRAT, E., AUDUREAU, E., PAILLAUD, E., LIUU, E., TOURNIGAND, C., LAGRANGE, J., . . . Bastuji-Garin, S. (2016). Four distinct health profiles in older patients with cancer: Latent class analysis of the prospective ELCAPA cohort. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 71(12), 1653-1660. doi:10.1093/gerona/glw052
- FUCHS, C., ÇELIK, B., BROUNS, S. H. A., KAYMAK, U., & HAAK, H. R. (2019). No age thresholds in the emergency department: A retrospective cohort study on age differences. *PloS One*, 14 (1). doi:10.1371/journal.pone.0210743.
- GARZÓN H., RESTREPO C., ESPITIA E., TORREGROSA L., & DOMÍNGUEZ L.C. (2014). Fragilidad quirúrgica: un factor predictor de morbilidad y mortalidad posoperatoria en adultos mayores sometidos a cirugía abdominal de urgencia. *Rev Colomb Cir*, 29, pp. 278-292.
- GRUNEIR, A., SILVER, M. J., & ROCHON, P. A. (2011). Emergency department use by older adults: A literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 68 (2), pp. 131-155. doi:10.1177/1077558710379422.
- HERDMAN, T.H. (Ed.). (2012-2014). *NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación*. Barcelona: Elsevier.
- HWANG, U., SHAH, M. N., HAN, J. H., CARPENTER, C. R., SIU, A. L., & ADAMS, J. G. (2013). Transforming emergency care for older adults. *Health Affairs*, 32 (12), pp. 2116-2121. doi:10.1377/hlthaff.2013.0670.

- LEWIS, E. T., DENT, E., ALKHOURI, H., KELLETT, J., WILLIAMSON, M., ASHA, S., & CARDONA, M. (2019). Which frailty scale for patients admitted via emergency department? A cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 80, pp. 104-114. doi:10.1016/j.archger.2018.11.002.
- LÓPEZ, Á. G., & GARCÍA, M. D. C. (2009). Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Revista Española De Geriatría Y Gerontología*, 44 (4), pp. 220-224. Recuperado de: <https://bit.ly/2HCikSB>.
- LUENGO MÁRQUEZ, C., MAICAS MARTÍNEZ, L., NAVARRO GONZÁLEZ, M.^a J., & ROMERO RIZOS, L. (2006). Justificación, concepto e importancia de los síndromes geriátricos. Síndromes geriátricos. En SEGG (ed.), *Tratado de geriatría para residentes*, pp. 143-150. Madrid: S.A. (IM&C).
- MARTÍN-SÁNCHEZ, F. J., FERNÁNDEZ ALONSO, C., & MERINO, C. (2010). El paciente geriátrico en urgencias. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 33, pp. 163-172.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. (2010). *Informes, estudios e investigación, 2010. Unidad de urgencias hospitalarias: Estándares y recomendaciones*. Madrid. Recuperado de: <https://bit.ly/2FyNtzq>.
- MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. (2018). *Estadísticas de centros sanitarios de atención especializada. Hospitales y centros sin internamiento. Año 2016*. Madrid. Recuperado de: <https://bit.ly/2HEBumk>.
- MIRANDA, J. G. (COORD.) (2004). *Envejecimiento y sociedad: Una perspectiva pluridisciplinar*. Universidad de La Rioja.
- MOLINA-GARRIDO, M.^a J., & GUILLÉN-PONCE, C. (2016). Oncogeriatría: una forma de optimizar la atención global del paciente anciano con cáncer. *Nutrición Hospitalaria*, 33 (Supl. 1), pp. 31-39.
- MOLINA-GARRIDO, M.^a J., SORIANO, M. C., & GUILLÉN-PONCE, C. (2019). ¿Cuál es el papel de la valoración geriátrica integral en oncogeriatría? *Revista Española De Geriatría Y Gerontología*, 54 (1), pp. 27-33. doi:10.1016/j.regg.2018.07.003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Estados Unidos de América: OMS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2018). Envejecimiento y salud. Recuperado de: <https://bit.ly/2HCJLat>.

ORTEGA MATAS, M^a. C., CABOT GARCÍA, C., PORRAS TOVAR, F., CANTOS SANTAMARÍA, M^a. T., PASTOR MARYLIN, L., & FÀBREGAS LORENZO, A. (2014). Intervención proactiva desde una unidad de geriatría en la atención del paciente crónico complejo ingresado en un hospital de agudos. *Gerokomos*, 25 (4), pp. 152-158. doi:10.4321/S1134-928X2014000400005.

PROVENCHER, V., SIROIS, M., OUELLET, M., CAMDEN, S., NEVEU, X., ALLAIN-BOULÉ, N., & EMOND, M. (2015). Decline in activities of daily living after a visit to a canadian emergency department for minor injuries in independent older adults: Are frail older adults with cognitive impairment at greater risk? *Journal of the American Geriatrics Society*, 63 (5), pp. 860-868. doi:10.1111/jgs.13389.

RAMOS, P. (COORD.). (Sin Fecha). *Guía de buena práctica clínica en geriatría: Fragilidad y nutrición en el anciano*. Madrid: S.A. (IM&C).

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (2014). *Diccionario de la lengua española*, 23^a ed. Madrid: Espasa.

RIERA, J. A., & BOIXADERA, M. (2004). ¿Cómo detectar el maltrato en los ancianos? *Enfermería Global*, 3 (1), pp. 20-6.

ROB STEPNEY. (2016). Advances in caring for the older cancer patient : a report from the 2015 conference of the international society of geriatric oncology. *癌症生物学与医学 : 英文版*, 13 (1), pp. 150-155. doi:10.20892/j.issn.2095-3941.2016.0005.

SALVI, F., MORICHI, V., GRILLI, A., GIORGI, R., DE TOMMASO, G., & DESSI-FULGHERI, P. (2007). The elderly in the emergency department: A critical review of problems and solutions. *Internal and Emergency Medicine*, 2 (4), pp. 292-301. doi:10.1007/s11739-007-0081-3.

- SÁNCHEZ, R., RINCÓN, B., CORTÉS, C., FERNÁNDEZ, E., PEÑA, S., & DE LAS HERAS, E M. (2013). El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias*, 25 (25), pp. 66-70. Recuperado de: <https://medes.com/publication/90670>.
- SANJOAQUÍN, A. C., FERNÁNDEZ, E., MESA, M^a P., & GARCÍA-ARILLA, E. (2006). Valoración geriátrica integral. En SEGG (ed.), *Tratado de geriatría para residentes*, pp. 59-68. Madrid: S.A. (IM&C).
- SCHMIDT, H., BOESE, S., LAMPE, K., JORDAN, K., FIEDLER, E., MÜLLER-WERDAN, U., ANDREAS, W., & VORDERMARK, D. (2017). Trans sectoral care of geriatric cancer patients based on comprehensive geriatric assessment and patient-reported quality of life - results of a multicenter study to develop and pilot test a patient-centered interdisciplinary care concept for geriatric oncology patients (PIVOG). *Journal of Geriatric Oncology*, 8 (4), pp. 262-270. doi:10.1016/j.jgo.2017.04.002.
- SOLER, W., GÓMEZ MUÑOZ, M., BRAGULAT, E., & ÁLVAREZ, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33 (Supl. 1), pp. 55-68. Recuperado de: <https://bit.ly/2TTVwQc>.
- SUBDIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN SANITARIA Y EVALUACIÓN (2018). Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. (2016) [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- TUCKER, G., CLARK, N. K., & ABRAHAM, I. (2013). Enhancing ED triage to accommodate the special needs of geriatric patients. *Journal of Emergency Nursing*, 39 (3), pp. 309-314. doi:10.1016/j.jen.2010.07.007.
- TUDELA, P., & MÒDOL, J. M. (2015). La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*, 27 (27), pp. 113-120. Recuperado de: <https://medes.com/publication/98630>.

Anexos

Anexo 1: Valoración de la fragilidad en Urgencias: escalas ISAR y TRST

ISAR	SÍ	NO
1. Antes del proceso agudo por el que consulta a Urgencias, ¿necesitaba a alguien para ayudarle en las actividades básicas de forma regular?	1	0
2. Después del proceso agudo por el que consulta a Urgencias, ¿ha necesitado más ayudas de la habitual para cuidarse?	1	0
3. ¿Tiene problemas serios de memoria?	1	0
4. Por lo general, ¿ve bien?	1	0
5. ¿Toma 3 o más fármacos distintos al día?	1	0
6. ¿Ha estado ingresado en el hospital una o más noches (excluyendo visita a urgencias) en los últimos 6 meses?	1	0
TRST	SÍ	NO
1. ¿Tiene dificultad en la deambulación, transferencias o tiene antecedentes de caídas recientes (6 meses)?	1	0
2. ¿Tiene deterioro cognitivo? (delirium, desorientación, demencia)	2	0
3. ¿Vive solo o no tiene cuidador disponible capacitado?	1	0
4. ¿Toma 5 o más fármacos distintos al día?	1	0
5. Sin tener en cuenta esta visita a Urgencias ¿ha estado en los últimos 30 días o ingresado en el hospital en los últimos 3 meses?	1	0
6. La enfermera cree que este paciente requiere seguimiento por alguna razón documentada como incumplimiento del tratamiento o abuso de sustancias (Escobedo Romero, Izquierdo Fernández, & Belzunegui Otano, 2017).	1	0

Tabla 2: Escalas de valoración de la fragilidad en Urgencias, elaboración propia a partir de Fernández Alonso, C., (2015). *Detección del anciano de alto riesgo en la unidad de corta estancia de urgencias de un hospital terciario.*

Anexo 2: Seguridad en la administración de medicación: criterios STOPP/START.

Criterios STOP/PARAR	Medicamento	Indicación
Sistema cardiovascular	Diuréticos de Asa	No utilizar como monoterapia de primera línea en HTA
	Bloqueantes beta no cardioselectivos	No utilizar en enfermedad pulmonar obstructiva
	AAS	No utilizar a dosis > 150 mg/día
S.N.C y psicofármacos	Benzodiacepinas	No utilizar benzodiacepinas de vida media larga o con metabolitos de larga duración
Sistema GI	Loperamida o fosfato de codeína	No utilizar en el tratamiento de gastroenteritis infecciosa severa
	IBP	No utilizar en la enfermedad ulcerosa péptica más de 8 semanas
Sistema Musculoesquelético	AINE	No utilizar en HTA moderada o grave o para el alivio del dolor en artrosis
	Warfarina y AINE	No utilizar juntos
Sistema Urogenital	Antimuscarínicos	No utilizar en la incontinencia urinaria en la demencia
	Antimuscarínicos	No utilizar en prostatitis crónica
	Bloqueadores alfa-1 adrenérgicos	No utilizar en incontinencia urinaria frecuente
Sistema endocrino	Clorpropamida	No utilizar en DM tipo II (riesgo de hipoglucemia)
	Bloqueadores betaadrenérgicos	No utilizar en la diabetes (riesgo de hipoglucemia)
Analgésicos	Morfina o Fentanilo	No utilizar opiáceos potentes en el dolor leve o moderado
Criterios START/CONTINUAR	Medicamento	Indicación
Sistema cardiovascular	Antihipertensivos	En presiones arteriales sistólicas > 160 mm Hg
	IECA	Después de un infarto agudo de miocardio
	Bloqueantes betaadrenérgicos	En angina crónica estable
Sistema respiratorio	Agonistas beta2-adrenérgicos o colinérgicos	Inhalados en asma y EPOC leves o moderados
Sistema musculoesquelético	Antirreumáticos	En artritis reumatoide de más de 12 semanas de evolución
	Calcio con vitamina D	En osteoporosis
Sistema endocrino	Metformina	En Diabetes Mellitus tipo II y síndrome metabólico (en ausencia de insuficiencia renal)
	IECA	Diabetes con insuficiencia renal
	Estatinas y antiagregantes plaquetarios	En Diabetes Mellitus con factores de riesgo cardiovascular

Tabla 3: Criterios STOPP/START, elaboración propia a partir de Barris Blundell. D., (2015) "Revisión de medicación según criterios STOPP/START en pacientes mayores del servicio de sistema personalizado de dosificación de medicamentos de una farmacia comunitaria".

Anexo 3: Escalas utilizadas en la VGI

Valoración clínica	Valoración Mental	Valoración Social	Valoración funcional
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mini Nutricional Assesment.</i> • <i>Índice de comorbilidad de Charlson.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mini examen cognoscitivo de Lobo.</i> • <i>Mini Mental State Examination.</i> • <i>Cuestionario corto del estado mental de Pfeiffer (SPMSQ).</i> • <i>Escala de detección de la depresión de Yesavage.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Escala de valoración sociofamiliar de Gijón.</i> • <i>Escala de recursos sociales de la OARS (Older Americans Resource and Service Group).</i> • <i>Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Índice de Barthel (ABVD).</i> • <i>Índice de Lawton y Brody (AIVD).</i> • <i>Índice de KATZ.</i> • <i>Escala de valoración física de la Cruz Roja.</i>

Tabla 5: VGI. Elaboración propia a partir de Sanjoaquín Romero A.C, Fernández Arín E, Mesa Lampré M.^a P, García-Arilla Calvo E. (2006). VGI. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: pp. 59-68.

Anexo 4: Póster informativo

La Valoración Geriátrica Integral en Urgencias



¡CUÍDALES,
TIENEN MUCHO
QUE ENSEÑARTE!



PROGRAMACIÓN

22 de mayo

- El anciano frágil tras su paso por urgencias
- Enfermedades atípicas y comorbilidad
- El paciente polimedicado

23 de mayo

- La valoración geriátrica integral
- Habilidades de comunicación en la demencia
- Maltrato en ancianos

24 de mayo

- Cuidados paliativos en ancianos
- Ansiedad y depresión en el anciano
- Apoyo a la familia y sobrecarga del cuidador

Dirigido a profesional sanitario de enfermería

Horario: de 9:00 a 13:00.

Lugar de celebración: Salón de actos del Hospital 12 de Octubre Avd. Córdoba s/n 28041 Madrid

Fecha límite de inscripción: 13 de Mayo.

Contacto: 201505772@alu.comillas.edu

Anexo 5: Tríptico informativo

Programación

22 de Mayo de 2019:

- Identificación del anciano frágil tras su paso por el servicio de urgencias.
- Presentación atípica de enfermedades y comorbilidad en el anciano.
- El paciente polimedcado: seguridad en la medicación y RAM más frecuentes.
- Identificación de los síndromes geriátricos más comunes en el anciano.

23 de Mayo de 2019:

- La Valoración Geriátrica Integral: detección de problemas funcionales y cognitivos en el anciano.
- Habilidades de comunicación de los profesionales de enfermería en la demencia.
- Fragilidad social y detección del maltrato en el anciano.

24 de Mayo de 2019:

- Cuidados paliativos en el anciano con cáncer avanzado.
- Ansiedad y depresión en el anciano.
- Apoyo a la familia y sobrecarga del cuidador.

Información

Dirigido a: profesionales sanitarios de enfermería de urgencias y emergencias de la Comunidad de Madrid

Organiza: Servicio de enfermería de Urgencias y emergencias del Hospital 12 de Octubre

Área temática: envejecimiento.

Objetivo: Aumentar los conocimientos, habilidades y actitudes sobre el cuidado de los pacientes geriátricos en el departamento de urgencias.

Metodología: sesiones teóricas con discusión de casos clínicos.

Duración: 12 horas.

Número de plazas: 20.

Fechas y horarios: 22, 23 y 24 de Mayo de 2019, de 9:00 a 13:00.

Lugar de celebración: Salón de Actos del Hospital 12 de Octubre.

Fecha límite de inscripción: 13 de Mayo.

Inscripción

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN (Rellenar en MAYÚSCULAS)	
Nombre y Apellidos:	
NIF:	
Centro de trabajo:	
Dirección:	
CP:	Localidad:
Teléfono:	
Email:	
Justificación del interés por asistir al curso:	
Fecha y firma de inscripción:	
La solicitud deberá ser presentada en el departamento de Formación Continuada de cualquiera de los siguientes hospitales: (Hospital 12 de Octubre, Fundación Jiménez Díaz, Hospital del Tajo y Hospital Infanta Elena)	
*La admisión al curso se comunicará por correo electrónico	

La Valoración Geriátrica Integral en Urgencias

¡CUIDALES, TIENEN MUCHO QUE ENSEÑARTE!



Charlas teórico-prácticas del cuidado al paciente geriátrico en el departamento de urgencias dirigidos a personal sanitario de enfermería



Hospital Universitario
12 de Octubre

¿Cómo llegar?

- Por carretera: Avd. Córdoba s/n 28041 Madrid
- Metro: 12 de Octubre



PLANO DE ACCESOS AL HOSPITAL

- CENTRO DE ACTIVIDADES AMBULATORIAS
- EDIFICIO TÉCNICO
- ENCOLOGÍA
- RESIDENCIA GENERAL
- CENTRO DE INVESTIGACIÓN
- EDIFICIO TÉCNICO
- MATERNO - INFANTIL
- URGENCIAS



AUTOBUSES

Parada, Servicio del Pasajero	Interconexiones
* 021 -> 001	* 411 -> 0 Parada del Río
001 -> 001 (E, P, T)	* 402A -> 0 San Martín de Valdeiglesias - Parada
* 02 -> 001	* 412B -> 0 San Martín de Valdeiglesias - Parada
* 23 -> 001	* 411 -> 0 Parada del Río
* 39 -> 001	* 415A -> 0 Villavieja por Pinar
* 76 -> 001	* 415B -> 0 Villavieja por Pinar
* 79 -> 001	* 419 -> 0 Aranjuez - Quintanar
	* 504F -> 0 Pinar - Villamorena - Aranjuez
	* 031 -> 0 Pinar
	* 032 -> 0 Villamorena
	* 033 -> 0 Aranjuez
	* 034 -> 0 Villamorena - El Resbal
	* 036 -> 0 Compañía
	* 037 -> 0 Área Empresarial Andalués
	* 040 -> 0 Ciudad Imperial
	* 048 -> 0 Granja por Villavieja

Anexo 6: Cuestionario de satisfacción para los asistentes

A continuación, valore de forma anónima, la satisfacción en cuanto al curso, señalando con una X la puntuación que estima oportuna de los siguientes aspectos, con el fin de mejorar de cara a futuros proyectos. Teniendo en cuenta que 1 es el valor más bajo y 5 el más alto.

ORGANIZACIÓN

	1	2	3	4	5
Organización del curso					
Lugar					
Duración de las sesiones					
Horario del curso					

ACTIVIDAD FORMATIVA

	1	2	3	4	5
Conocimientos adquiridos					
Metodología empleada					
Medios pedagógicos (casos clínicos y <i>role playing</i>)					
Material didáctico (power point, documentación)					

DOCENCIA

	1	2	3	4	5
Dominio de la materia					
Calidad de las explicaciones					
Motivación					
Dinamismo					

VALORACIÓN DEL CURSO

	1	2	3	4	5
Cumplimiento de sus expectativas					
Aplicación del contenido a su tarea profesional					
¿Recomendaría el curso?					

Anexo 7: Cuestionario de asistencia y participación para el observador.

Curso: *La Valoración Geriátrica Integral en urgencias*

Nº Sesión:

Nombre	DNI	Firma	Email

Anexo 8: Evaluación de la actividad de habilidades de comunicación (*role playing*).

Se valorará la habilidad de comunicación de los participantes mediante la actividad de *role playing* “*habilidades de comunicación de enfermería en la demencia*”, puntuando 1 como “*bastante mal*” y 10 “*excelente*”.

El cuestionario será valorado por una enfermera que actuará como observador, con la intención de valorar la repercusión de la actividad de cara a futuros proyectos educativos.

CAPACIDAD DE EXPRESIÓN

Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Adecuación del tono de voz										
Velocidad de discurso										
Expresión facial										
Contacto visual										
Comunicación no verbal										

CAPACIDAD DE ESCUCHA

Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Retroalimentación/ <i>feedback</i>										
Contacto visual										
Comunicación no verbal										
Escucha activa										
Actitud empática										

Anexo 9: Batería de preguntas tipo test (evaluación de conocimientos).

Con el objetivo de valorar la repercusión del curso en cuanto a su contenido teórico, se ha desarrollado una batería de 10 preguntas tipo test con 4 posibles soluciones de las que solo una respuesta es correcta. Por favor, rellene el recuadro que hay al finalizar el cuestionario, donde pone “*respuestas 1º sesión*”, con la respuesta que considere correcta de cada pregunta.

El mismo cuestionario será entregado al finalizar el curso, para que conteste a las mismas preguntas, pero poniendo la solución en el recuadro que pone “*respuestas última sesión*”

Le recordamos que este cuestionario es anónimo y sus resultados sólo servirán para valorar posibles mejoras de cara a próximos cursos.

1. ¿Cuáles de los siguientes criterios pertenecen a la Escala de Fragilidad fenotípica de Fried?
 - a) Baja actividad física.
 - b) Aislamiento social.
 - c) Antecedentes de caídas.
 - d) Todas son correctas.

2. ¿Cuáles de las siguientes patologías se valora con mayor puntuación (2 puntos) en la escala abreviada de comorbilidad de Charlson?
 - a) Enfermedad vascular cerebral.
 - b) Diabetes.
 - c) Demencia
 - d) Cáncer.

3. ¿Qué entendemos por polifarmacia?
 - a) El consumo concomitante y regular de más de un medicamento.
 - b) La automedicación.
 - c) El consumo concomitante y regular de más de 4 medicamentos.
 - d) Ninguna es cierta.

4. ¿Cuáles de los siguientes factores puede producir intoxicación inducida por quimioterapia en el paciente geriátrico oncológico?
 - a) Anemia.
 - b) Hipoalbuminemia.
 - c) a y b son ciertas.
 - d) Ninguna es cierta.

5. En el proceso de comunicación que porcentaje de importancia tiene la utilización del lenguaje no verbal.
- Un 7% de los elementos comunicativos.
 - Un 38% de los elementos comunicativos.
 - Un 55% de los elementos comunicativos.
 - Ninguna es cierta.
6. Identifica entre los siguientes elementos, los que permiten que se establezca una comunicación eficaz:
- Escucha activa.
 - Concordancia entre el lenguaje verbal y no verbal.
 - La actitud empática.
 - Todas son ciertas.
7. ¿Para qué es utilizado el índice de CRASH (*Chemotherapy Risk Assessment Scale for High Age Patient Score*)?
- Determinar el índice de malnutrición en el anciano.
 - Determinar el riesgo de toxicidad por quimioterapia en el anciano.
 - Determinar el índice de masa corporal en el anciano.
 - Ninguna es cierta.
8. ¿Para que utilizamos el índice de Brass (*Blaylock Risk Assessment Screening Score*)?
- Valorar la necesidad de un aumento de dosis en la medicación.
 - Valorar los valores de laboratorio alterados.
 - Valorar la comorbilidad en el anciano.
 - Valorar la necesidad de recursos asistenciales tras el alta hospitalaria.
9. ¿Cuáles de las siguientes situaciones clínicas pueden darse en el anciano?
- Infarto de miocardio sin dolor aparente.
 - Infección por neumococo sin fiebre aparente.
 - A y b son ciertas.
 - Ninguna es cierta.
10. Determina qué fármaco de los siguientes produce mayores RAM en el anciano:
- La digoxina.
 - El AAS.
 - El acenocumarol.
 - IECA en diabetes con insuficiencia renal.

Responda a las preguntas en el cuadro que se presenta a continuación.

RESPUESTAS: rellene el recuadro con las respuestas que considere correctas de cada pregunta, en la columna correspondiente a la primera sesión.

La misma hoja de respuestas será entregada al finalizar el curso para que sea rellena la columna referente a las respuestas de la última sesión.

Preguntas	Respuestas 1º Sesión	Respuestas última sesión
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo 10: Cuestionario de evaluación a largo plazo

Conteste de forma sincera y con sus propias palabras, acerca de su opinión respecto a la repercusión del curso impartido **“La Valoración Geriátrica Integral en urgencias”** realizado hace 6 meses, en cuanto a las siguientes cuestiones;

1. ¿Cree que ha puesto en práctica lo aprendido durante el curso en su actividad profesional? De ser afirmativa su respuesta, arguméntela mediante ejemplos.

2. Ha visto algún cambio en cuanto a la atención asistencial al paciente geriátrico en el departamento de urgencias desde la realización del curso (nuevos protocolos de actuación, especialistas en geriatría en el departamento de urgencias, nuevas áreas de atención al paciente geriátrico en el departamento de urgencias...)

3. Cree que ha mejorado sus capacidades en cuanto a la atención asistencial al paciente geriátrico en su puesto de trabajo. Justifique su respuesta.

4. De cara a futuros cursos acerca de la atención asistencial al paciente geriátrico, ¿qué le gustaría o le parecería interesante incluir?.

¡Muchas gracias, por su colaboración!