

SOCIEDAD BRITÁNICA DE GERIATRÍA

ESTÁNDARES DE CUIDADOS EN SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA PERSONAS MAYORES

Este documento describe las recomendaciones de la Sociedad Británica de Geriatría con respecto a los estándares de cuidados en servicios especializados para las personas mayores y quienes trabajan con ellas. Este documento será de utilidad para los profesionales de la salud, los grupos de atención primaria, los gerentes de los Servicios Nacionales de Salud, los médicos de familia y las organizaciones de voluntariado y, además, para los geriatras, los psiquiatras especializados en personas mayores y los médicos especialistas.

ÍNDICE

1. Resumen ejecutivo	3
2. Introducción	4
3. La eliminación de la discriminación a causa de la edad.....	4
4. La asistencia centrada en las personas	5-6
5. El cuidado de los procesos crónicos	6-8
6. La evaluación de los procesos agudos y la asistencia hospitalaria general	8-9
7. Servicios especializados: el accidente cerebrovascular (o ictus) y las caídas	9
8. Los servicios de salud mental	10
9. La promoción de la salud y la asistencia sanitaria preventiva.....	10
10. Los medicamentos y las personas mayores	11
11. Referencias	11
12. Bibliografía	11

1. RESUMEN

ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA LAS PERSONAS MAYORES

- Acceso adecuado a equipos de atención de agudos, especializados en las necesidades de las personas mayores (en la zona principal del hospital) con el apoyo de un equipo interdisciplinario, incluyendo una unidad de ictus y servicios especializados en el tratamiento de personas mayores con fracturas. Políticas en materia de admisión y remisión que se concertarán localmente, e información a disposición de las personas mayores.
- Acceso a servicios de rehabilitación especializada en casos de accidente cerebrovascular (ictus), problemas ortogerítricos y rehabilitación general con el apoyo de un equipo interdisciplinario.
- Acceso a la evaluación y rehabilitación general de los pacientes no hospitalizados, que podría ser a través de un hospital de día. Éste debe incluir instalaciones de acceso rápido y posibilidades de ayuda para los cuidados intermedios.
- Acceso a consultas externas apropiadas para personas mayores con consultorios especializados en caídas, enfermedad cerebrovascular, continencia, enfermedad de Parkinson y problemas ortogerítricos.
- Equipos de rehabilitación extrahospitalaria basados en un modelo interdisciplinario con implicación médica especializada.
- Un programa de educación, formación y apoyo para los servicios que no tienen especialidad y para médicos no especializados en la asistencia de las personas mayores.
- Vías de cuidados en lo referente a accidentes cerebrovasculares, caídas, osteoporosis, delirio, enfermedad de Parkinson y fracturas de la cabeza del fémur.
- Trabajo en asociación activa con todas las partes interesadas (incluidas las personas mayores y los cuidadores) en la economía de la salud a escala local, tanto para desarrollar servicios como para garantizar una instrucción y una formación conjuntas apropiadas para todos los grupos del personal.
- Provisión de un programa de promoción de la salud y de asistencia sanitaria preventiva.
- Un sistema de aseguramiento de la calidad que facilite la gobernanza clínica y garantice unos protocolos de asistencia sanitaria lo mejores posible para las personas mayores.

2. INTRODUCCIÓN

Las personas mayores son miembros importantes y valiosos de la sociedad que tienen derecho a unos servicios sanitarios eficaces y eficientes para promover la salud y la minimización de la discapacidad en los últimos años de vida.

Los principios de buena asistencia médica y social para las personas mayores comprenden:

- La implicación de las personas mayores en las opciones de tratamiento de sus enfermedades y en las decisiones sobre la asistencia futura;
- Promover la buena salud en los últimos años de vida;
- La prevención de las enfermedades;
- La reducción de la discapacidad;
- Maximizar la independencia;
- Ayudar a las personas mayores en sus propios hogares, y
- Preservar la dignidad, la autonomía y el respeto.

Aunque la alteración de los sentidos, la vulnerabilidad a las enfermedades y la tardanza en recuperarse de ellas pueden ser características de la edad avanzada, la vejez en sí no es la explicación o causa adecuada de una enfermedad física o mental.

2.1. Las normativas legales de los servicios para las personas mayores

Las Normativas Nacionales de Servicios de Inglaterra e iniciativas similares del País de Gales y Escocia establecieron unos protocolos apropiados de asistencia, que serán facilitados por el Servicio Nacional de Salud y las agencias asociadas, incluidos los municipios locales con responsabilidad con respecto a servicios sociales.

En Irlanda del Norte, los servicios sanitarios y sociales se han integrado para promover el trabajo en colaboración. Las personas mayores de todo el Reino Unido pueden contar con:

- Acceso a los programas que prevén y previenen la mala salud y la discapacidad en la medida de lo posible y deseable (promoción de la salud y asistencia sanitaria preventiva);
- El pleno acceso al Servicio Nacional de Salud y a todas sus instalaciones, cuando sea clínicamente apropiado, sin importar la edad;
- Un diagnóstico correcto en el momento en que se presente una enfermedad grave o la pérdida de la independencia (evaluación de los procesos agudos);
- La evaluación y el tratamiento por parte de un equipo de disciplinas apropiadas al recuperarse de una enfermedad grave o de un cambio de salud, incluso cuando la recuperación haya sido limitada o se espera que lo sea (rehabilitación y cuidados intermedios o asistencia extrahospitalaria);
- El acceso inmediato al equipamiento y a las ayudas necesarias para facilitar la recuperación y promover la independencia;
- Un plan solidario pluriinstitucional de asistencia permanente cuando no se consiga la total recuperación de la función independiente (asistencia permanente); y
- Una muerte tranquila y digna (cuidados paliativos).

2.2. Prestación de mejores protocolos de asistencia a las personas mayores

Conseguir los mejores protocolos de asistencia requerirá:

- Comprender las necesidades de las personas mayores y un plan estratégico para prestar los servicios a ellas dirigidos;
- La implicación de las personas mayores, junto con los cuidadores, en la planificación de los servicios;
- El trabajo en asociación entre la atención primaria, las autoridades locales y las fundaciones sanitarias¹ del Servicio Nacional de Salud y los grupos sectoriales de voluntarios;
- El reconocimiento del papel y la estructura del equipo interdisciplinario (definido como un grupo formado por personal de enfermería, médicos, enfermeras y enfermeros especializados, terapeutas, asistentes sociales, expertos en dietética y otros profesionales de la salud, organizados alrededor de las necesidades de las personas mayores o de otro grupo de pacientes, y en el que la dirección y la composición del equipo puedan cambiar de acuerdo con las circunstancias individuales de los pacientes); y
- La reestructuración de los servicios hospitalarios para desarrollar unos servicios especializados integrados en lo que se refiere a accidentes cerebrovasculares, caídas y fracturas, osteoporosis, ayuda para los cuidados intermedios y servicios de salud mental para la depresión y la demencia.

Indicadores de calidad

En este documento se ofrece una idea general de los estándares de la atención, que pueden estar basados en evidencias, pero en otros casos, donde se carece de una base empírica o de recursos, pueden considerarse como una aspiración o una práctica de sentido común. Se pretende que los estándares actúen como indicadores y que ofrezcan ideas para supervisar la eficacia más que para ser utilizados con carácter crítico.

A cada sección le acompaña un resumen de las repercusiones de ese estándar en los departamentos especializados en la asistencia de las personas mayores y una lista de los posibles indicadores clínicos de calidad, que, si los servicios de información ofrecen la ayuda apropiada, podrían utilizarse para la revisión rutinaria y regular de los servicios por parte de quienes trabajaban en ellos. Se verá que, en muchos de casos, los indicadores de calidad no tienen unas líneas básicas absolutas; se piensa que esto sería algo que los proveedores locales desearían definir.

¹ Tras la reforma de la sanidad británica (en el último tercio del siglo XX), ciertas instituciones hospitalarias dependientes de la administración pública pasaron a convertirse en *trusts*. Aunque en España existen dos modalidades de este tipo de instituciones: la fundación sanitaria en mano pública (Ley 30/1994) y la fundación pública sanitaria (Ley 50/1998), la traducción ofrecida (*fundación sanitaria*) es la más aproximada, a falta de una definición más explícita del contexto [N. del T.]

3. La eliminación de la discriminación a causa de la edad

La Sociedad Británica de Geriátría se opone a la discriminación contra las personas mayores (tanto directa como indirecta) y, en particular, a las decisiones en materia de asistencia sanitaria y social que sólo se basan en la edad cronológica. Hay evidencias de que ciertas intervenciones tienen mayores beneficios para las personas mayores (por ejemplo, la trombólisis después del infarto del miocardio o el tratamiento de la hipertensión).

El principio consiste en que la prestación de asistencia sanitaria y social se basará en la necesidad más que en la edad. No se debe utilizar la edad como factor al decidir la idoneidad para recibir asistencia sanitaria o social. Sin embargo, ninguna de estas declaraciones debe menoscabar los servicios de los beneficios establecidos específicamente para las personas mayores.

La eliminación de la discriminación a causa de la edad

Repercusiones en los departamentos especializados:

- 1) Las personas mayores debe estar representadas, ser consultadas y estar implicadas en la planificación y toma de decisiones a escala local;
- 2) Los defensores² de las personas mayores se determinan en cada nivel de las fundaciones sanitarias del Servicio Nacional de Salud, que incluyen un director jefe no ejecutivo y jefes clínicos³. Los jefes clínicos deben proceder de los departamentos especializados;
- 3) Todas las políticas en materia clínica se revisan regularmente para garantizar que no se producen desequilibrios de edad;
- 4) Se revisan las políticas relacionadas con la reanimación para asegurar la concordancia con las directrices nacionales;
- 5) Las necesidades de las minorías étnicas y religiosas están representadas y se incorporan a los protocolos de departamento y a la planificación local; y
- 6) El personal de todo tipo que se ocupa de las unidades de cuidados de personas mayores necesita estar capacitado para cuestionar las conductas y ayudar a cambiar las actitudes tanto en los propios departamentos como en otros.

Indicadores clínicos de calidad:

- El número de nuevas políticas y/o servicios introducidos sin discusión previa con los usuarios y los cuidadores; y
- El porcentaje de todos los pacientes mayores de 80 años admitidos con síndromes coronarios o accidentes cerebro vasculares que son ingresados en las unidades coronarias y en las unidades de ictus, respectivamente.

² Según el Servicio Nacional de Sanidad británico (NHS), los *champions* son todos aquellos que desean mejorar los servicios que se ocupan de las personas mayores y están dispuestos a trabajar en colaboración y a usar su influencia para que se respeten los derechos de tales personas, sobre todo en lo que respecta a eliminar la discriminación a la que suelen verse sometidas a causa de su edad. La moderna noción de *defensor* (*campeón* en español también tiene una connotación similar: persona que defiende esforzadamente una causa o doctrina, véase el DRAE) se ha considerado la más apropiada [N. del T.]

³ Cargo intermedio (desempeñado por un médico especialista) entre el jefe de una unidad y los demás componentes de la misma (tanto médicos como personal de enfermería) [N. del T.]

4. La asistencia centrada en las personas

Las personas mayores serán tratadas siempre como individuos y se les ofrecerá elección del tratamiento, discusión y planificación de la asistencia futura. Es necesario modelar los servicios para que sea fácil acceder a ellos sin importar el dispensador final (por ejemplo, sanidad, servicios sociales o dispensador privado). Esto se puede lograr con la implicación de las personas mayores (incluidos los usuarios y los cuidadores) en la planificación del servicio, por ejemplo:

- Acuerdos comisionados integrados entre las fundaciones sanitarias del Servicio Nacional de Salud, las autoridades locales y los grupos u hospitales de atención primaria, como existe actualmente en Irlanda del Norte;
- Utilización del proceso de evaluación individual;
- Servicios extrahospitalarios integrados para asegurar el acceso rápido y flexible al equipamiento; y
- Garantizar un solo punto de acceso a los servicios.

4.1 Información de carácter general

Las personas mayores pueden esperar de los servicios especializados:

- Estar implicados en las decisiones que se adopten sobre su asistencia sanitaria y futura;
- Un número adecuado de personal formado de manera apropiada;
- Explicaciones —expuestas con claridad y sensibilidad— sobre su afección o enfermedad (a menos que su mala salud lo impida) y sobre las opciones de tratamiento disponibles, por escrito si se solicita;
- Si la persona mayor lo desea, que esa información sea compartida con los familiares, los amigos y los cuidadores;
- Que los familiares, los amigos u otro consejero pueden dar y recibir información sobre la persona mayor, si esta tiene dificultad en entender o comunicarse y da su consentimiento;
- Asesoramiento práctico sobre los servicios de ayuda apropiados e información para permitirles adaptarse a la enfermedad y a la discapacidad;
- Información detallada por escrito sobre los servicios sanitarios y sociales locales, las organizaciones voluntarias y las prestaciones;
- Que también habrá ayuda disponible para su familia y sus principales amigos;
- Acceso a su historial sanitario y la seguridad de saber que todas las personas del Servicio Nacional de Salud tienen la obligación legal de mantener confidenciales los expedientes;
- Instalaciones sanitarias accesibles para las personas con discapacidad; y
- Convenios de transporte apropiados y puntuales.

4.2 Los problemas de continencia (control del intestino y de la vejiga)

La dificultad en controlar la vejiga o los intestinos (incontinencia) puede deberse a unas condiciones médicas que tienen tratamiento. Las personas mayores pueden esperar:

- Evaluación y tratamiento oportunos por parte del equipo de atención sanitaria primaria, cuando sea necesario, respaldado por un equipo especializado de evaluación y tratamiento;
- Servicios especializados integrados con asesoramiento disponible por parte de expertos y protocolos concertados localmente para el tratamiento complementario mediante el acceso a las ayudas para la continencia, y servicios de baño y lavandería; y
- Si la afección no tiene cura, recibir asesoramiento y/o asistencia para ayudarles a hacerse cargo de su incontinencia.

4.3 La planificación del alta y la disposición del equipamiento

El paciente y, previo acuerdo del paciente, sus cuidadores, deben estar implicados en las decisiones relacionadas con los planes de alta y serán informados en todas las etapas. Antes de que un paciente sea dado de alta en el hospital, pueden esperar que se le asesore sobre cómo se resolverán sus necesidades crónicas. El hospital llegará a acuerdos con el equipo de atención primaria y con agencias tales como los servicios de enfermería extrahospitalaria y los departamentos de servicios sociales de las autoridades locales. Asesorarán al médico de familia sobre su afección y los planes de alta. Los pacientes de más edad pueden esperar:

- Recibir una copia de una lista de comprobación del alta por escrito, que establecerá un plan para su asistencia permanente. Un miembro del equipo de asistencia sanitaria trabajará con esta lista para ayudar a los pacientes a comprenderla;
- Recibir instrucciones que les ayudarán a estar al corriente de lo que necesitan hacer, incluyendo información con respecto a la medicación. Las cantidades adecuadas de los medicamentos prescritos les serán proporcionadas en el hospital para asegurar la continuidad del tratamiento tras el alta antes de que el médico de familia pueda proporcionarle al paciente una prescripción rutinaria para que se restablezca;
- El personal implicado en la asistencia del paciente, que será cualificado y estará bien informado de las necesidades especiales de las personas mayores;
- En caso de necesidad, ser visitado en su domicilio poco después del alta por parte de un miembro del equipo de atención sanitaria primaria y/o de los miembros del equipo interdisciplinario del hospital; y
- Disponer del equipamiento apropiado y necesario (por ejemplo, grúas, sillas de ruedas, sillas con orinal, tablas y asientos de baño y asideros para inodoros) con antelación o dentro de las primeras 24 horas después del alta.

La Sociedad Británica de Geriátrica considera que ninguna persona debe esperar más de una semana el equipamiento esencial para emprender un programa de rehabilitación, o más dos semanas para que el equipamiento facilite el alta en el domicilio. En este último caso, se espera, naturalmente, que los planes y la preparación del alta se realicen con bastante antelación y que la espera del equipamiento no sea motivo para retrasar el alta.

Una vez concertado el alta, salir del hospital y disponer, sin demora, de servicios extrahospitalarios.

Servicios especializados: servicios relacionados con la continencia

Repercusiones en los servicios especializados para las personas mayores

Los departamentos necesitarán garantizar la existencia de políticas y directrices para todo el personal con respecto a:

- 1) La administración, incluyendo la investigación, el diagnóstico y el tratamiento de toda clase de incontinencias en una variedad de situaciones clínicas; y
- 2) Los criterios de remisión a los servicios especializados en continencia (si estos se proporcionan, o no, desde dentro de la unidad de asistencia a las personas mayores).

Indicadores clínicos de calidad

- Las evaluaciones y los planes de tratamiento debidamente documentados para los pacientes con problemas de continencia;
- Las frecuencias de cateterización en los diferentes entornos de los servicios;
- La comparación del uso de absorbentes de incontinencia en entornos asistenciales equivalentes;
- El uso de laxantes y enemas;
- El predominio de la incontinencia fecal en los servicios de asistencia permanente y de rehabilitación ;
- El tiempo que media entre la remisión al servicio especializado en continencia y la evaluación;
- El porcentaje del personal formado en la evaluación y tratamiento de la incontinencia;
- y
- El porcentaje de los resúmenes de alta que mencionan un plan de tratamiento de la continencia

La asistencia centrada en las personas

Repercusiones en las unidades / los departamentos de cuidados especializados para las personas mayores:

La asistencia especializada de las unidades de personas mayores debe establecer normativas (que tengan en cuenta los principios precedentes) para:

- 1) El alta de los pacientes,
- 2) Comunicarse con los médicos de familia y otros miembros del equipo de atención sanitaria primaria; y
- 3) El suministro de medicamentos al dar de alta en el hospital. Muchas fundaciones sanitarias han hecho avances con respecto a la provisión de un suministro de 28 días de medicamentos tras el alta que no produciría costes adicionales a la economía sanitaria total y puede ser una ayuda real para las personas mayores y sus familias.

Además, se deben establecer acuerdos para facilitar la información por escrito del paciente acerca de:

- 1) La vida en el hospital y las opciones que se llevarán a cabo;
- 2) Los planes de alta y los calendarios implicados; y
- 3) Acuerdos con respecto al seguimiento y a la asistencia permanente.

Indicadores clínicos de calidad

- Las comunicaciones de las altas recibidas por los miembros del equipo de atención sanitaria primaria en menos de 48 horas;
- La satisfacción del paciente y del cuidador con respecto al alta (usando un instrumento normalizado de evaluación);
- La demora en dar de alta debido a retrasos del equipamiento; y
- El número de altas fallidas que conducen a la readmisión anticipada en el hospital o a la asistencia institucional.

5. El cuidado de los procesos crónicos; la rehabilitación, la asistencia permanente y los cuidados intermedios / extrahospitalarios

5.1 La rehabilitación

Recuperarse de una enfermedad a menudo lleva mucho tiempo en los últimos años de vida y se requiere una rehabilitación especializada para recuperar la movilidad y las habilidades de la vida diaria necesarias para regresar a casa.

En el caso de que se requiera rehabilitación, los pacientes pueden esperar:

- Recibir asistencia hasta que su salud y sus capacidades funcionales se hayan optimizado;
- Ser tratados y cuidados por un equipo interdisciplinario de rehabilitación que determine las capacidades actuales y potenciales y anime a los pacientes a que participen en programas para promover la vida independiente todo lo que sea posible;
- Un programa de rehabilitación centrado en la persona, facilitador y concebido en función de unas metas, que incluya a la familia y los cuidadores donde el paciente lo solicite;
- Un programa flexible de rehabilitación, basado en entornos hospitalarios y no hospitalarios que incluyan el domicilio de los pacientes o el hospital de día o una unidad de rehabilitación extrahospitalaria; y
- Completo acceso a las instalaciones de rehabilitación incluso si el paciente elige trasladarse a una residencia asistencial durante un período de tiempo breve.

5.2 La asistencia permanente

5.2.1 El internamiento de larga duración

Si, a pesar del tratamiento y la rehabilitación, una persona mayor ya no es capaz de valerse por sí misma en su domicilio, puede esperar recibir asistencia, dependiendo de sus necesidades, en un alojamiento protegido, un centro residencial, una residencia asistida o un servicio de estancias de larga duración en un hospital, o en innovadores planes de alojamiento subvencionado.

Antes de trasladarse a un internamiento institucional permanente, las personas mayores deben esperar una evaluación interdisciplinaria completa por parte de un geriatra y/o un psiquiatra geriátrico. La evaluación puede tener lugar en el hospital donde han estado recibiendo tratamiento o en un entorno extrahospitalario. En caso de necesidad, al paciente se le puede ofrecer evaluación, tratamiento y rehabilitación adicionales en el hospital. Se ofrecerá información a las personas mayores y a sus familias sobre cómo se realizará la evaluación.

El equipo que emprenda la evaluación puede recomendar el traslado a una residencia de atención personal.

En este caso, el paciente puede esperar:

- Acuerdos para que su nuevo alojamiento se lleve a cabo sin retrasos innecesarios o administrativos;
- La elección razonable del futuro alojamiento y el derecho a apelar contra el internamiento;
- Visitar su nuevo hogar y aprobarlo antes de mudarse, si así lo desea;
- El plan de asistencia concertado, que se proporcionará y revisará regularmente;
- Tener derecho a considerar su nuevo alojamiento como hogar y esperar, hasta donde lo permita su salud, una calidad de vida comparable a la que disfrutaba mientras vivía en su domicilio;
- Hasta donde lo permita su salud, determinar su propio estilo de vida, ser autónomo y que se le ofrezcan opciones;
- Que el personal de la institución haya recibido formación para resolver las necesidades de las personas mayores;
- Que la residencia de atención le proporcione una asistencia de gran calidad y cumpla los criterios reglamentarios;
- Que el médico de familia se mantenga informado y proporcione una supervisión médica permanente y apropiada;
- Que se respete siempre su dignidad e intimidad;
- Que esté a su disposición la supervisión de un especialista cuando sea necesaria la asistencia sanitaria permanente debido a la complejidad de sus necesidades médicas o de cuidados; e
- Igualdad de acceso a todos los demás aspectos del servicio sanitario.

5.2.2 Los cuidados de suplencia⁴

Los cuidados de suplencia, como episodio único o, con más frecuencia, como parte de un programa de asistencia permanente, se deben ver como una oportunidad de valorar de nuevo las necesidades de las personas mayores y de sus familias y cuidadores.

La suplencia de unos cuidadores por otros ha de ofrecerse sobre una base equitativa tanto en los servicios sociales como en los entornos del Servicio Nacional de Salud, dependiendo de las necesidades del individuo más que de sus medios. De hecho, a muy pocas personas mayores se les puede clasificar perfectamente por categorías, ya sea en la asistencia social, ya sea en la asistencia del Servicio Nacional de Salud, y lo ideal, por lo tanto, sería quizás una prestación conjunta gestionada por ambas agencias. Como criterio mínimo deberían considerarse las normativas locales (en cuyo desarrollo deben participar especialistas en geriatría) con respecto a la gestión del acceso a los cuidados de suplencia.

⁴ Ayuda temporal que se ofrece a los cuidadores (por regla general, familiares) para facilitarles un período de descanso (*respite*), en el cual son sustituidos por personal eventual, tanto en el domicilio como en un centro de asistencia (hospital, residencia, etc.) [N. del T.]

5.3 Servicios en la interrelación entre el hospital y el entorno extrahospitalario

(Incluidos los cuidados intermedios)

Véanse el documento D4 del compendio de la Sociedad Británica de Geriátría (SBG) para tener información adicional y global acerca de la opinión de la SBG sobre los cuidados extrahospitalarios⁽¹⁾ y el documento especial de dicha Sociedad sobre los cuidados intermedios⁽²⁾.

Las Normativas Nacionales de Servicios para las personas mayores⁽³⁾ de Inglaterra describen los cuidados intermedios como un nuevo nivel de prestación entre la atención primaria y secundaria que trata de promover la independencia y una ayuda puntual para el alta del hospital y proporcionar alternativas a la admisión hospitalaria.

En otras partes del Reino Unido son diferentes las interrelaciones entre la asistencia sanitaria y la asistencia social, y la atención primaria y secundaria. Los servicios de este tipo tratan de:

- Ofrecer asistencia centrada en las personas basada en una cuidadosa evaluación de las necesidades;
- Responder a las crisis de salud mediante una evaluación de acceso rápido, la ayuda intensiva a domicilio o una “asistencia reforzada”;
- Ofrecer recuperación o rehabilitación a domicilio o en instalaciones residenciales especialmente para pacientes con enfermedades de corta duración y reversibles, tales como infecciones de menor importancia o fracturas de las extremidades superiores; y
- Ofrecer rehabilitación dirigida a reducir la necesidad de los servicios de ayuda de larga duración o una residencia de atención personal.

El acceso puntual a la intervención médica especializada en los planes de cuidados intermedios, predominantemente por parte de los geriatras o psiquiatras geriátricos, es crítico para evitar que a los pacientes se les niegue el acceso a una asistencia médica apropiada. En las zonas rurales, muchas de estas funciones suelen prestarlas los hospitales de la comunidad con la ayuda de médicos de familia. Las recomendaciones siguientes son aplicables a cualquier interrelación o plan de cuidados intermedios del tipo bosquejado.

Los aspectos básicos de los cuidados intermedios son:

- Las personas mayores deben recibir una asistencia adecuada a sus necesidades evaluadas;
- Una evaluación médica exacta es esencial antes de considerar la remisión a cuidados intermedios. El deterioro de las aptitudes mentales o físicas, que puede conducir a la necesidad aparente de cuidados intermedios, nunca se debe atribuir sólo a la “vejez”. Debe realizarse siempre una búsqueda activa de causas reversibles;
- La responsabilidad clínica del proceso inicial de evaluación médica necesita ser definida mediante los criterios locales de atención primaria;
- Todas las personas mayores que reciben cuidados intermedios necesitan un examen por parte de un equipo interdisciplinario que incluya un doctor especializado en la asistencia de las personas mayores (un geriatra, un psiquiatra

geriátrico o un médico de familia especializado). Los hospitales de día pueden desempeñar un papel importante en la evaluación y rehabilitación de los pacientes ancianos en los planes de cuidados intermedios;

- Los cuidados intermedios en cualquier entorno deben adoptar una cultura de recapitación (nueva capacitación) y debe existir un proceso activo con respecto al examen de los pacientes y al alta del proceso de cuidados intermedios;
- Cualquier nuevo servicio de cuidados intermedios debe incluir, en su oferta de desarrollo, planes para evaluar la actividad y el resultado en relación con los criterios precedentes; y
- No todos los servicios de cuidados intermedios proporcionarán el mismo nivel o tipo de servicio (por ejemplo, un modelo podría consistir en incrementar la ayuda sanitaria y social a domicilio; otro, una unidad de recuperación en una residencia respaldada por el equipo de rehabilitación extrahospitalaria local o, alternativamente, la rehabilitación hospitalaria en un hospital comunitario). Se debe aspirar a que se trate a las personas mayores en el servicio que mejor se ajuste a sus necesidades y elección, pero también a que ellas puedan desplazarse entre los servicios a medida que necesiten menos o más asistencia.

El cuidado de los procesos crónicos, los cuidados intermedios y la asistencia permanente

Repercusiones en las unidades / los departamentos de cuidados especializados para las personas mayores:

- 1) Hace falta una asociación activa entre los servicios sanitarios (atención primaria y secundaria), los servicios sociales, el alojamiento y los sectores independientes. Es de esperar que los geriatras participen en tales debates y tengan responsabilidad en la determinación de las políticas y servicios locales que respalden los criterios precedentes;
- 2) Deben existir mecanismos integrados para evaluar a las personas mayores que corran el riesgo de trasladarse a la asistencia institucional desde la extrahospitalaria y para evaluar a las personas hospitalizadas bajo los cuidados de otros departamentos a las que se remite a residencias asistidas;
- 3) Los cuidados intermedios como alternativa a la admisión hospitalaria tienen desventajas inherentes, ya que se evita la evaluación de la gravedad en el hospital general de la zona. Se deben establecer localmente sistemas para garantizar que todas las personas mayores puedan tener acceso rápido a la asistencia especializada, en caso de que se requiera, y que estos sistemas estén incluidos dentro de un marco de gobernanza clínica; y
- 4) La formación del personal de las residencias de atención personal es importante y la educación se debe considerar especialmente oportuna —como una función esencial de una unidad de asistencia especializada de personas mayores— durante las visitas domiciliarias de los especialistas, las visitas de alta de la terapia profesional y las evaluaciones del equipo de rehabilitación extrahospitalaria. Este aspecto se desarrolla más en el documento sobre las residencias de atención personal⁽⁴⁾ elaborado conjuntamente por Real Colegio de Médicos, la Sociedad Británica de Geriatria y el Real Colegio de Enfermería.

Indicadores clínicos de calidad

- El número de pacientes dados de alta para un nuevo internamiento asistencial que no han sido evaluados por un geriatra o un psiquiatra geriátrico;
- El número de pacientes admitidos o transferidos a un servicio 'reforzado' de cuidados intermedios que no vuelven a su residencia anterior, o que han de ser admitidos en el hospital a causa de su gravedad;
- El número de contactos por profesiones vinculadas a la medicina con clientes en residencias de atención personal;
- La longitud de la estancia o duración del tratamiento en servicios de cuidados intermedios; y
- La disponibilidad de un solo punto de acceso a los cuidados de suplencia (en una residencia o en un centro de día) a pesar de la remisión desde los servicios sanitarios o sociales.

6. La evaluación de los procesos agudos y la asistencia hospitalaria general

La asistencia de las personas mayores en el hospital deben prestarla equipos especializados apropiados. Las personas mayores deben tener pronto acceso a un equipo interdisciplinario que incluya un geriatra para evaluar sus necesidades en el hospital.

Los tres modelos principales de medicina geriátrica —a saber: servicio relacionado con la edad, modelo de asistencia integrada y servicio basado en las necesidades— siguen siendo métodos válidos para proporcionar servicios a las personas mayores.

Los principios básicos del cuidado de los procesos agudos son:

- Cualquier enfermedad o cambio en la salud, es decir, nuevos síntomas o un cambio en el nivel funcional de una persona mayor, debe provocar la evaluación y las investigaciones para garantizar un diagnóstico exacto que tenga como objetivo una vuelta rápida al nivel funcional previo; y
- Si el médico de familia de los pacientes considera que requieren el tratamiento especializado de un doctor o de otra persona con conocimiento especializado de los problemas de la vejez, entonces deben poder solicitar tal asesoramiento fácilmente y de forma bien documentada. El asesoramiento se podría dar como paciente no hospitalizado, a través de la admisión en el hospital, a través del hospital de día o del equipo de rehabilitación extrahospitalaria o, en el caso de que no fuera práctico ir a un hospital, el paciente puede esperar ser visitado en su domicilio (visita a domicilio), idealmente dentro de una semana de la remisión.

Si la afección de los pacientes requiere asistencia ambulatoria o una evaluación extrahospitalaria, pueden esperar:

- Ser vistos en el plazo de una semana si su médico de familia cree que el problema requiere atención urgente. Si el problema no requiere atención urgente, pueden esperar ser vistos en el plazo de ocho semanas;
- Ser vistos con puntualidad o recibir una explicación por cualquier retraso que se produzca; y
- Que su médico de familia recibirá información en el plazo de una semana desde la asistencia extrahospitalaria.

Si la afección de los pacientes hace necesaria la asistencia hospitalaria, pueden esperar:

- Ser atendidos por equipos interdisciplinarios que incluyan geriatras, personal de enfermería apropiadamente formado, enfermeras de gerontología o especializadas, fisioterapeutas, ergoterapeutas, logopedas, expertos en dietética, asistentes sociales, farmacéuticos y podólogos;
- Cuando existan problemas funcionales, ser evaluados por un equipo interdisciplinario especializado en el plazo de 72 horas a partir de la admisión en el hospital para garantizar que la planificación de la rehabilitación y el alta comienzan tan pronto sean admitidos;
- Que los tiempos de espera en caso de accidente y urgencia de sean menores de 4

- horas antes del traslado o el alta;
- Ser vistos por un especialista en geriatría en el plazo de 24 horas a partir de la admisión en la unidad geriátrica de procesos agudos de un hospital;
 - Alojamiento en habitación del mismo sexo⁵ con dormitorio y vestidor para proporcionar intimidad y dignidad con acceso adecuado al espacio de rehabilitación;
 - Recibir asistencia y prestaciones hospitalarias siempre y cuando lo requiera su afección; y
 - Protocolos concertados localmente para optimizar el tratamiento del control del dolor, la nutrición, el riesgo de escaras de decúbito, el equilibrio hidroelectrolítico⁶, el delirio, las caídas, la continencia, la depresión, el control de infecciones y los cuidados paliativos.

⁵ No queda claro si la habitación es compartida con otra(s) persona(s), aunque por el contexto puede deducirse que es así, ya que *single sex* es un término que suele usarse en oposición a *mixed* (sobre todo en educación: *single sex school* vs. *mixed school*); *bay* indica la existencia de una alcoba o dormitorio (*sick bay* = enfermería) y el término *cubicle* designa, en ambientes médicos, el espacio reservado para cambiarse de ropa (sinónimo de *dressing room*) [N. del T.]

⁶ *Fluid balance* también puede significar *balance hídrico*: consumo de líquidos, aporte de disoluciones intravenosas, diuresis, sudación y número de heces del paciente, que se anotan en la *hoja de balance hídrico* (*fluid balance chart*) [N. del T.]

El cuidado de los procesos agudos en el hospital

Repercusiones en los servicios especializados para las personas mayores:

Los servicios para las personas mayores deben establecer:

- 1) Una política clara para la admisión de todos los pacientes al cuidado de los procesos agudos en su departamento y donde se interrelacionen con la medicina general de procesos agudos y las instalaciones de médicos de familia (cuidados intermedios reforzados);
- 2) Unas políticas y directrices claras, que sean bien entendidas por las secretarías de departamento y los telefonistas, para gestionar las remisiones telefónicas y por escrito de los médicos de familia y para que los especialistas asesoren telefónicamente a los médicos de familia; y
- 3) Unas políticas claras con respecto a los siguientes procesos asistenciales:
 - El trabajo manual;
 - La evaluación de la nutrición;
 - El tratamiento del dolor;
 - La reclusión;
 - La evaluación del riesgo de escaras de decúbito;
 - El cuidado de las heridas;
 - El control de las infecciones; y
 - Las decisiones sobre las instrucciones de 'No Reanimar'.
- 4) Unos protocolos localmente concertados para el tratamiento de los complejos de los síntomas comunes de las personas mayores (que deben distribuirse ampliamente por todos los servicios y departamentos):
 - 'Me fallan las piernas' (deterioro de los cuidados personales);
 - El síncope carente de explicación;
 - Los mareos;
 - Las caídas;
 - La incontinencia;
 - La confusión aguda (delirio); y
 - La enfermedad febril por causa desconocida.
- 5) Unos planes para el desarrollo de equipos interdisciplinarios que examinen a las personas mayores que no han recibido atención en los servicios especializados. Es probable que implique el desarrollo del papel de la enfermera especializada en gerontología y de las jefas clínicas (matronas modernas).
- 6) La consideración de planes para la introducción de iniciativas que ayuden a los departamentos de accidentes y urgencias a ocuparse de las remisiones de personas mayores para su admisión en el hospital.
- 7) La participación activa, que se reconoce formalmente como parte de la carga laboral del departamento, en la educación y formación tanto de los licenciados (incluidos los médicos residentes) como de los estudiantes (todas las disciplinas).

Indicadores clínicos de calidad

Información regular sobre:

- El tiempo de espera de los pacientes ambulatorios;
- El tiempo para el primer puesto urgente y no urgente;
- El tiempo entre la remisión y la primera visita al equipo de rehabilitación extrahospitalaria / al hospital de día;

- El retraso en los informes médicos;
- El tiempo para la investigación;
- Las tasas de mortalidad en los entornos intermedios y quirúrgicos; y
- Los retrasos (espera de las camillas) en accidentes y urgencias para las personas mayores.

Auditorías regulares de:

- El número de pacientes admitidos que han sido vistos por un especialista en el plazo de 24 horas;
- Los pacientes con síndromes médicos agudos (por ejemplo, infarto de miocardio / hemorragia digestiva) que no fueron tratados por especialistas en órganos;
- El funcionamiento del equipo interdisciplinario (por ejemplo, al usar una puntuación cuando se consiguen los objetivos); y
- Los retrasos en dar el alta.

7. Los servicios especializados: el accidente cerebro vascular (o ictus) y las caídas

7.1 El accidente cerebro vascular (o ictus)

Toda fundación sanitaria necesita establecer un servicio especializado en accidentes cerebro vasculares que incluya los elementos siguientes:

- Especialistas en accidentes cerebro vasculares (que pueden tener antecedentes variados, como medicina geriátrica y neurología). Las personas mayores con accidentes cerebro vasculares deben ser tratadas por especialistas en ictus con antecedentes de medicina geriátrica; y
- Un coordinador de cuidados de los pacientes con ictus, que puede pertenecer al personal de enfermería especializado.

Debe establecerse una vía de cuidados localmente concertada para los pacientes con ictus que incluya los siguientes ámbitos:

- **La prevención (primaria o secundaria)**

Incluidas la identificación y la modificación de los factores de riesgo; y

Los consultorios de ictus de acceso rápido para la investigación y el tratamiento de los ataques isquémicos transitorios.

- **El cuidado de los procesos agudos, que incluye el acceso a:**

Los protocolos de tratamiento para el cuidado de procesos agudos con la admisión en una unidad de ictus cuando sea apropiado; y

La tomografía axial computerizada (TAC) en el plazo de 48 horas.

- **La rehabilitación, que incluye el acceso a:**

La evaluación realizada por logopedas;

La evaluación de la disfagia por personal de enfermería formado;

La ayuda alimenticia; y

La rehabilitación interdisciplinaria especializada.

- **La ayuda de larga duración, que incluye el acceso a:**

Los equipos de rehabilitación extrahospitalaria y/o la rehabilitación en un hospital de día;

Los servicios de ayuda a las familias de pacientes con ictus;

Las agencias de voluntariado; y

Los servicios diseñados específicamente para mejorar la función social.

7.2 Las caídas y la inmovilidad

El envejecimiento aumenta el riesgo de sufrir caídas y se asocia a dificultades del movimiento. Estos problemas pueden estar causados por condiciones médicas tratables.

La colaboración con los ayuntamientos locales para mantener los pavimentos y hacer más seguros los inmuebles es una parte importante de la prevención de las caídas.

Además, las fundaciones sanitarias del Servicio Nacional de Salud deben establecer

servicios especializados en caídas para abordar:

- La evaluación de las personas mayores que se presentan en los departamentos de accidentes y urgencias por haber tenido caídas que les han producido fracturas, porque tienen caídas frecuentes, y porque sufren caídas frecuentes en las residencias en las que son atendidas;
- La evaluación de los factores de riesgo, de las estrategias para afrontarlos y de las consecuencias psicológicas;
- El diagnóstico de los problemas médicos, entre los que se incluyen: el síncope, la hipotensión ortostática, los problemas de la vista, los problemas de medicación y el síndrome del seno carotídeo;
- Los programas de rehabilitación y de ejercicios;
- La evaluación del riesgo de osteoporosis, emprender una densitometría mineral ósea y ofrecer un tratamiento de conformidad con las directrices del Real Colegio de Médicos⁽⁶⁾;
- El ofrecimiento de evaluaciones, en el departamento de accidentes y urgencias, de las personas mayores que sufren caídas para garantizar un tratamiento seguro;
- El ofrecimiento de evaluaciones especializadas en consultorios especializados en caídas y en centros para pacientes ambulatorios u hospitales de día; y
- El establecimiento de un sistema para la coordinación y colaboración ortogerátricas con un ámbito de rehabilitación denominado.

Los servicios relacionados con los accidentes cerebro vasculares

Repercusiones en las unidades / los departamentos de cuidados especializados para las personas mayores

Los departamentos necesitarán desarrollar:

- 1) Políticas para la admisión de pacientes en las unidades de ictus (tanto si dicha unidad es parte de la unidad de asistencia a las personas mayores, como si no lo es); y
- 2) Programas de formación y de educación, tanto en los hospitales como en el entorno extrahospitalario, para el personal especializado en accidentes cerebrovasculares y en rehabilitación y para el personal no especializado.

Indicadores clínicos de calidad

- La participación regular en la Auditoria de Vigilancia Nacional del Ictus.

Los servicios relacionados con las caídas

Repercusiones en las unidades / los departamentos de cuidados especializados para las personas mayores

Es necesario establecer políticas para:

- 1) Garantizar la apropiada remisión de todas las personas que sufren caídas, incluidas las que proceden de los servicios de accidentes y urgencias y de ortopedia; y
- 2) La prevención de las caídas
- 3) Garantizar la observación de las directrices de la Sociedad Americana de Geriátrica / Sociedad Británica de Geriátrica sobre el tratamiento de las caídas⁽⁵⁾.

Indicadores clínicos de calidad

- La incidencia de las fracturas de la cabeza del fémur durante la hospitalización.
- Los pacientes con caídas vistos en entornos ambulatorios y no examinados en un entorno interdisciplinario; y
- Las personas que sufren caídas vistas en el departamento de accidentes y urgencias y no remitidas a un entorno especializado; y
- El porcentaje de pacientes admitidos tras una fractura que son evaluados en cuanto a la osteoporosis⁽⁶⁾ y a los que se da de alta con un tratamiento para la osteoporosis; y
- El porcentaje de pacientes con caídas carentes de explicación o con síncope que tienen investigaciones cardíacas específicas, incluida la prueba de la mesa basculante.

8. Los servicios de salud mental

Los servicios especializados en salud mental para las personas mayores serán prestados, por regla general, por equipos de especialistas en psiquiatría geriátrica, geriatras interesados en los problemas de demencia, personal de enfermería de salud mental extrahospitalaria, psicólogos clínicos, ergoterapeutas y asistentes sociales.

Los servicios de atención secundaria incluirán:

- Camas para la evaluación y rehabilitación de procesos agudos;
- La evaluación y el tratamiento basados en el hospital de día;
- La evaluación extrahospitalaria;
- Centros de diagnóstico de desórdenes de la memoria y consultas externas;
- Servicios de ayuda, incluyendo los cuidados de suplencia y breves descansos;
- Instalaciones para el diagnóstico precoz de la depresión y la demencia con protocolos de tratamiento concertados localmente;
- Procedimientos para la coordinación y colaboración con la medicina geriátrica y especializada en procesos agudos; y
- Procedimientos para la prescripción y supervisión de los inhibidores de la colinesterasa para la demencia.

Sin embargo, los pacientes con problemas de salud mental se presentan con frecuencia en el hospital general y en los servicios especializados en la atención de las personas mayores, y una buena coordinación con los psiquiatras locales de ancianos es importante.

Los problemas relacionados con la memoria

Los problemas relacionados con la memoria suelen ser consecuencia de una enfermedad específica. El envejecimiento por sí solo no da lugar a fallos importantes de la memoria.

Si los pacientes ancianos tienen problemas con la memoria y sus médicos de familia y geriatras no pueden identificar las causas, aquellos pueden esperar que se les remita a un psiquiatra con conocimientos especializados de los problemas de salud mental de las personas mayores, o a un médico con conocimientos especializados de los problemas de la memoria, para su evaluación y posible tratamiento.

Si el problema de la memoria no tiene cura, los pacientes y sus cuidadores pueden esperar recibir asesoramiento sobre el tratamiento e información con respecto a los servicios sanitarios, sociales y de voluntariado apropiados, y que se les dé ayuda permanente.

Los protocolos de la salud mental

Repercusiones en las unidades de cuidados especializados para las personas mayores (es decir, no las unidades especializadas en psiquiatría geriátrica)

Será necesario que se disponga de políticas y directrices para:

- 1) El diagnóstico y el tratamiento del delirio y la demencia;
- 2) Las pruebas rutinarias de la función mental y cognitiva;
- 3) La reclusión, ya sea a causa de las drogas, ya sea por medios físicos;
- 4) El uso de anticolinesterasa (desarrollado generalmente de acuerdo con los departamentos locales de psiquiatría geriátrica);
- 5) El uso de los servicios de sensibilización; y
- 6) Evaluar las necesidades y acceder a la ayuda para los cuidadores.

Indicadores clínicos de calidad

- El uso de antipsicóticos en todos los tipos de servicios; y
- La observación de las normativas locales para el uso de antidepresivos.

9. La promoción de la salud y la asistencia sanitaria preventiva

9.1 El mantenimiento de la salud

Siempre que tengan contacto con el Servicio de Salud, las personas mayores pueden esperar la posibilidad de recibir información sobre:

- Un estilo de vida saludable;
- Los peligros del hábito de fumar y del consumo excesivo de alcohol;
- La comida sana y los problemas de la obesidad;
- Los beneficios y la importancia de hacer ejercicio de manera apropiada y con regularidad;
- La seguridad en el domicilio y asesoramiento sobre cómo evitar los accidentes personales;
- La asistencia social y el derecho a recibir prestaciones de la seguridad social;
- La asistencia psicológica ante la pérdida de un ser querido;
- Las ventajas de vacunarse;
- Las causas de una tensión arterial alta y cómo corregirla; y
- Las personas mayores de 75 años deben esperar que se les ofrezca un examen médico una vez al año en el consultorio de su médico de familia, o en su domicilio si lo prefieren. Esto incluye, en teoría, a las personas que residen en residencias asistidas. La Sociedad Británica de Geriátrica considera que el examen médico a los 75 años (que podría producirse, de manera ocasional, en el momento de vacunarse contra la gripe) es una oportunidad para observar causas evitables del deterioro de las personas alojadas en las residencias asistidas y para reducir así, potencialmente, las admisiones en el hospital de este muy vulnerable grupo de pacientes.

La prevención de la discapacidad

Existe un importante debate sobre la posibilidad de reducir la discapacidad de las personas mayores mediante la detección sistemática y la evaluación pluridimensional. Aunque determinadas intervenciones se encuentran todavía en curso de investigación, hay algunas que tienen un valor comprobado, como hacer ejercicio para prevenir las caídas. La Sociedad Británica de Geriátrica considera que las economías locales de la salud deben desarrollar activamente programas para promover la prevención de la discapacidad y que los departamentos de cuidados especializados para las personas mayores deben estar implicados.

10. Los medicamentos y las personas mayores

Las personas mayores deben obtener los máximos beneficios de la medicación y no padecer afecciones innecesarias causadas por el consumo excesivo, inapropiado o inadecuado de los medicamentos.

Esto se debe conseguir mediante:

- La revisión regular de la medicación en los pases de visita al servicio o en el consultorio y por un médico de familia (6 mensuales);
- Los planes relacionados con la administración hospitalaria de los medicamentos, integrada en un solo punto;
- Los planes de autoadministración de los medicamentos;
- El asesoramiento especializado por parte de farmacéuticos; y
- El etiquetado claro de los envases de los medicamentos, que pueda leerse sin dificultad, y el almacenamiento de los medicamentos en envases que puedan abrirse fácilmente.

La medicación y las personas mayores

Indicadores clínicos de calidad

- El número de pacientes dados de alta con más de 4 fármacos;
- El número de disparidades entre la prescripción en el momento del alta y lo que el paciente está tomando realmente a los 2 meses;
- Una lista de medicamentos locales que tenga en cuenta las necesidades de las personas mayores;
- La observación de las directrices de la lista de medicamentos locales para el uso de laxantes, antibióticos, antidepresivos y antiagregantes plaquetarios; e
- La incidencia del *clostridium difficile* en los servicios de procesos agudos (que pueden reflejar el uso indiscriminado y posiblemente inadecuado de los antibióticos de amplio espectro).

11. Los cuidados paliativos

Las personas mayores con una enfermedad terminal deben esperar recibir medicación apropiada, cuidados de enfermería y ayuda emocional para controlar los síntomas de sufrimiento. Todo ello puede ser proporcionado por los equipos, incluyendo un servicio de enfermería especializada, enfermeras de Macmillan⁷, médicos de cuidados paliativos y asesores a domicilio, en un centro de cuidados paliativos o en un hospital, en instalaciones de día o en residencias asistidas, según las necesidades y las preferencias de las personas mayores.

Una parte no insignificante de la labor hospitalaria de un departamento especializado será la prestación de cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos

Repercusiones en las unidades de cuidados especializados para las personas mayores

- 1) El personal de enfermería debe recibir formación específica con respecto a los cuidados paliativos y al control de los síntomas;
- 2) Los aspectos de los cuidados paliativos deben formar parte del programa de educación para todo el personal de los departamentos;
- 3) Se deben establecer vínculos formales con los centros de cuidados paliativos locales y los servicios de cuidados paliativos para garantizar que existe un entendimiento común en cuanto a que la remisión sea apropiada; y
- 4) Deben establecerse y usarse directrices locales con respecto al alivio de síntomas específicos, tales como la disnea, los vómitos y los ataques de hipo.

Indicadores clínicos de calidad

- El número de pacientes que reciben información específica procedente de los equipos de cuidados paliativos;
- El uso de los medicamentos necesarios para el control de los síntomas (por ejemplo, glicopirronio, infusión de ciclicina); y
- La satisfacción de los cuidadores con el proceso de la muerte.

⁷ Las enfermeras de Macmillan deben su nombre a Douglas Macmillan que, en 1911, tras la muerte de su padre a causa de un cáncer, creó la Sociedad para la Prevención y el Alivio del Cáncer (en la actualidad, una de las mayores instituciones benéficas del Reino Unido) con la finalidad de proporcionar ayuda e información gratuitas a los enfermos de cáncer y a sus familias, amigos y cuidadores, durante todo el proceso de la enfermedad. Se trata de enfermeras voluntarias integradas en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido y especializadas en cáncer y cuidados paliativos que, con un mínimo de cinco años de experiencia clínica, desempeñan su labor en el domicilio de los enfermos o en los hospitales [N. del T.]

12. Referencias

- (1) Sociedad Británica de Geriátría. *Cuidados intermedios: orientación para los mediadores y dispensadores de asistencia sanitaria y social*, 2001. www.bgs.org.uk;
- (2) Real Colegio de Médicos de Londres y Sociedad Británica de Geriátría. *Los cuidados intermedios de las personas mayores: el papel del especialista*, 2001. www.bgs.org.uk;
- (3) Departamento de Sanidad. *Normativas Nacionales de Servicios para las personas mayores*. Londres. DOH 2001;
- (4) Real Colegio de Médicos, Real Colegio de Enfermería y Sociedad Británica de Geriátría. *Informe del grupo de trabajo conjunto: la salud y la asistencia de las personas mayores en las residencias de atención personal*, julio 2000. www.rcplondon.ac.uk;
- (5) Sociedad Americana de Geriátría, Sociedad Británica de Geriátría y Academia Americana del Grupo de Cirujanos Ortopédicos sobre la prevención de las caídas. *Directrices para prevenir las caídas de las personas mayores*, 2001. www.bgs.org.uk; y
- (6) Real Colegio de Médicos. *Directrices clínicas para la prevención y el tratamiento de la osteoporosis*. 1999. www.rcplondon.ac.uk.

13. Bibliografía

Servicio Nacional de la Salud de Escocia. *Agregar vida a los años. Informe del grupo de expertos sobre la asistencia sanitaria de las personas mayores*. 2002;

Servicio Nacional de la Salud del País de Gales. *Cuando tenga más de sesenta cuatro años. Informe del grupo consultivo sobre la estrategia para las personas mayores del País de Gales*. 2002.

PUBLICADO POR

Sociedad Británica de Geriátría

Marjory Warren House
21 St John's Square
Londres EC1M 4DN

Teléfono: 020 7608 1369

Fax: 020 7608 1041

Correo electrónico: info@bgs.org.uk

Sitio web: www.bgs.org.uk

Patrocinador: S.A.R. el Príncipe de Gales

Institución benéfica registrada con el número: 268762

Sociedad limitada registrada en Inglaterra: 1189776

© Sociedad Británica de Geriátría 2002