

# Estándares de Calidad en Geriatría



Sociedad Española  
de Geriatría y Gerontología

# Estándares de Calidad en Geriátria



**Sociedad Española  
de Geriátria  
y Gerontología**

---

© **Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG)**

Príncipe de Vergara, 57-59, 1.ºB. 28006 Madrid

Teléf. 91 411 17 07

[www.segg.es](http://www.segg.es)

Coordinación científica: TAISS

c/ Cambrils, 41-2. 28034 Madrid

Tel.: 91 731 03 80

[www.taiss.com](http://www.taiss.com)

Coordinación editorial:  International Marketing & Communication, S.R.L.

Alberto Alcocer, 13, 1.º D. 28036 Madrid

Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73. e-mail: [imc@imc-sa.es](mailto:imc@imc-sa.es)

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ISBN: 978-84-690-5287-7

Depósito Legal: M-18163-2007

# ÍNDICE

<b>PRÓLOGO</b>	<b>5</b>
<b>COMITÉ DIRECTIVO</b>	<b>7</b>
<b>MIEMBROS DEL PANEL DE EXPERTOS</b>	<b>9</b>
<b>INVESTIGADORES DE TAISS</b>	<b>12</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>13</b>
<b>II. OBJETIVO</b>	<b>15</b>
<b>III. METODOLOGÍA</b>	<b>17</b>
III.1. Búsqueda bibliográfica, identificación y selección de indicadores	17
III.1.1. Búsqueda bibliográfica	17
III.1.2. Identificación de indicadores	24
III.1.3. Selección de indicadores	24
III.2. Puntuación de los indicadores: Estudio Delphi	25
III.2.1. Elección de los panelistas	25
III.2.2. Primera ronda del Estudio Delphi	25
III.2.3. Segunda ronda del Estudio Delphi	27
III.3. Documento final: tablas de Estándares de Calidad	29

<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>31</b>
IV.1. Resultados de la búsqueda, identificación y selección de indicadores	31
IV.1.1. Búsqueda	31
IV.1.2. Identificación de Indicadores o estándares	40
IV.1.3. Selección de indicadores	40
IV.2. Puntuación de los indicadores: Estudio Delphi	41
IV.2.1. Elección de los panelistas	41
IV.2.2. Primera ronda del Estudio Delphi	41
IV.2.3. Segunda ronda del Estudio Delphi	42
IV.3. Documento final: tablas de Estándares de Calidad	43
IV.3.1. Estándares sobre aspectos generales en Geriatría (Tabla I)	43
IV.3.2. Estándares sobre prevención y exámenes de salud en Geriatría (Tabla II)	73
IV.3.3. Estándares sobre unidades de agudos en Geriatría (Tabla III)	81
IV.3.4. Estándares sobre unidades de media estancia en Geriatría (Tabla IV)	92
IV.3.5. Estándares sobre consultas en Geriatría (Tabla V)	99
IV.3.6. Estándares sobre caídas en Geriatría (Tabla VI)	103
IV.3.7. Estándares sobre demencia en Geriatría (Tabla VII)	112
<b>V. DISCUSIÓN</b>	<b>117</b>
<b>VI. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO 1</b>	<b>125</b>
<b>ANEXO 2</b>	<b>127</b>

## PRÓLOGO

Los geriatras utilizamos mucho el término “calidad”. Calidad de vida, calidad asistencial, calidad de muerte... Es lógico. Conocemos, como pocos, lo que supone la presencia o ausencia de calidad en las etapas más avanzadas de la vida, cuando aparecen los problemas, cuando las cosas no marchan bien. Sabemos que si existe calidad en lo que perciben las personas mayores que la sociedad hace por ellos, les compensa seguir adelante; no así cuando sienten discriminación o negligencia. Además, la Geriátría nació porque era preciso mejorar la calidad asistencial de los más ancianos, y se ha desarrollado demostrando que aporta un “plus” cualitativo en esa asistencia. No necesitan de la Geriátría para tener una cobertura de atención sanitaria, pero con ella ésta es de más calidad.

Probablemente, por todo lo anterior, a los geriatras nos gusta que se mida la calidad de todo lo que hacemos. No sólo los rendimientos cuantitativos (número de pacientes vistos, días de estancia media, tiempo de espera...), que sin duda son importantes y solemos responder adecuadamente. También queremos que se midan otros muchos aspectos cualitativos y cuantitativos que son esenciales para esa calidad de vida que con frecuencia se desea más que su cantidad. Y queremos y demandamos siempre que los medios, recursos y tiempos necesarios para conseguir todo lo anterior, se ajusten a los Estándares de Calidad necesarios para conseguir los objetivos. Que la medición de los resultados, de todos los resultados, necesita de unos recursos de estructura y de proceso contrastados.

Desde la SEGG, cuyo objetivo fundamental es “influir desde la óptica científica en el bienestar de las personas mayores”, no se está ajeno al tema de la calidad, sino todo lo contrario. Desde hace tiempo son muchos los profesionales y grupos de trabajo que están trabajando en este sentido en el seno de la misma. En diferentes aspectos de la Geriátría y la Gerontología. Ahora, con este pequeño libro, que reproduce un amplio estudio, se pretende dar un paso más en la dirección de la calidad,

una nueva aportación para hacer las cosas mejor con los mayores, para disminuir en lo posible también la amplia variabilidad asistencial que con frecuencia se observa.

Como se puede comprobar, se trata de un Estudio Delphi a dos vueltas. Han participado prácticamente 100 geriatras españoles con experiencia contrastada en los apartados estudiados. Pero los resultados del estudio, los Estándares de Calidad sugeridos, van mucho más allá de la autorizada opinión de este centenar de miembros de la SEGG. La priorización de los estándares está basada en más de 1.000 indicadores encontrados en una muy exhaustiva búsqueda bibliográfica. Es un claro ejemplo de las muchas evidencias y referencias que tiene la Geriatría a nivel mundial. Los propios investigadores independientes de TAISS se han sorprendido gratamente con este hallazgo. El haber seleccionado finalmente 381 indicadores explica el amplio consenso que hay en la mayoría de ellos. Aún así los geriatras participantes han aportado 16 indicadores propios de nuestra realidad asistencial, y han estado muy lejos del consenso, con un coeficiente de variación en torno al 100%, cuando la evidencia científica de algún estándar era variable o ausente. Todos estos factores confieren mayor fiabilidad a los resultados.

La atención geriátrica también se lleva a cabo en los domicilios, residencias y otros centros “socio-sanitarios” y diurnos, niveles asistenciales excluidos de este estudio por motivos de operatividad. Nos consta que en un próximo futuro se podrá llevar a cabo dicho estudio, tan necesario como el actual, debido a la gran diversificación y variabilidad en ese tipo de asistencia.

La SEGG agradece muy sinceramente la colaboración desinteresada de los 98 geriatras participantes en el estudio y muy especialmente, por su mayor esfuerzo, a los miembros del Comité Directivo y a su coordinador, el Dr. Serra Rexach. Además, este trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración del grupo de investigación independiente TAISS, con amplia experiencia en metodología tanto cuantitativa como cualitativa. Por último, agradecer una vez más a Novartis su apoyo a la Geriatría española y a la SEGG financiando el proyecto.

**Isidoro Ruipérez Cantera**  
Presidente de la SEGG

## COMITÉ DIRECTIVO

Este estudio surge como una iniciativa de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). Ha sido realizado bajo la dirección y supervisión de un Comité Directivo formado por miembros de esta Sociedad y con la colaboración de un amplio grupo de geriatras como integrantes del panel de expertos. Ha contado en todas las fases de su desarrollo con el apoyo metodológico de investigadores de TAISS (Técnicas de Investigación en Servicios de Salud).

### Coordinadores

- **José Antonio Serra Rexach.**  
Jefe del Servicio de Geriátría.  
Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.
- **Isidoro Ruipérez Cantera.**  
Jefe del Servicio de Geriátría.  
Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.

### Miembros

- **Pedro Abizanda Soler.**  
Jefe de la Sección de Geriátría.  
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
- **Juan Antonio Avellana Zaragoza.**  
Jefe de Servicio. Hospital de la Ribera. Alcira. Valencia.



- **José Augusto García Navarro.**  
Director del Área Operativa.  
Grupo Sagessa. Reus. Tarragona.
- **José Luis González Guerrero.**  
Jefe de la Unidad de Geriatría.  
Complejo Hospitalario de Cáceres.
- **Juan Ignacio González Montalvo.**  
Jefe del Servicio de Geriatría.  
Hospital Universitario La Paz. Madrid.
- **Juan Antonio Herrera Tejedor.**  
Jefe de la Unidad de Geriatría.  
Hospital de Talavera de la Reina. Toledo.
- **Ana María Rodríguez Valcarce.**  
Directora Médico del Hospital Santa Clotilde. Santander.
- **Antoni Salvà Casanovas.**  
Director del Instituto Catalán del Envejecimiento.  
Barcelona.

## MIEMBROS DEL PANEL DE EXPERTOS

Panelista	CCAA
Abizanda Soler, Pedro	Castilla-La Mancha
Alarcón Alarcón, María Teresa	Madrid
Albaladejo Juárez, Ruth	Cataluña
Alcalde Tirado, Pablo	Cataluña
Alonso Álvarez, Marta	Asturias
Álvarez Álvarez, Francisco Manuel	Asturias
Álvarez Álvarez, Leopoldo	Asturias
Álvarez Fernández, Baldomero	Andalucía
Álvarez Nebreda, María Loreto	Madrid
Anía Lafuente, Basilio Javier	Canarias
Ariño Blasco, Sergio	Cataluña
Avellana Zaragoza, Juan Antonio	C. Valenciana
Ávila Tato, M <sup>ª</sup> . Reyes	Madrid
Baztan Cortés, Juan José	Madrid
Benavent Boladeras, Raquel	Cataluña
Botella Trelis, José J.	C. Valenciana
Boya Cristia, María Jesús	Madrid
Boyano Sánchez, Inmaculada	Castilla-La Mancha
Bravo Fernández de Araoz, Gonzalo	Madrid
Callen Roche, Carlos	Castilla-La Mancha
Carrillo Alcalá, María Elena	Madrid
Castro Cristóbal, Cristina	Madrid
Cerón Fernández, Ana Isabel	Castilla-León
Cervera Alemany, Antoni Maria	Cataluña
Cuesta Triana, Federico Miguel	Madrid
Domingo García, Verónica	Madrid

Panelista	CCAA
Domingo Sánchez, María Dolores	Aragón
Durán Alonso, Juan Carlos	Andalucía
Expósito Blanco, Ana Rosa	Cantabria
Farré Mercadé, María Victoria	Cataluña
Fernández Adarve, María del Mar	Cataluña
Fernández-Torija Oyón, Ana	La Rioja
Fontecha Gómez, Benito Jesús	Cataluña
Francés Román, Inés	Navarra
Galindo Ortiz de Landazuri, José	Aragón
García Arilla, Ernesto	Aragón
García Navarro, José Augusto	Cataluña
García Monlleo, Javier	Andalucía
Gil Broceño, Inés	Murcia
Gómez Pavón, Francisco Javier	Madrid
González Barboteo, Jesús	Castilla-La Mancha
González Becerra, Margarita	Madrid
González García, Paloma	Aragón
González Guerrero, José Luis	Extremadura
González Montalvo, Juan Ignacio	Madrid
Guerrero Díaz, María Teresa	Castilla-León
Guillén Llera, Francisco	Madrid
Herrera Tejedor, Juan Antonio	Castilla-La Mancha
Iraizoz Apezteguia, Itziar	Navarra
Isach Comallonga, Montserrat	Madrid
Izquierdo Zamarriego, Gloria	Madrid
Jiménez Díaz, Gregorio	Madrid
Jiménez Jiménez, M <sup>a</sup> . Paz	Castilla-La Mancha
Jiménez Muela, Francisco Luis	Asturias
Jiménez Páez, José María	Madrid
Jiménez Rojas, Concepción	Madrid
Lázaro del Nogal, Montserrat	Madrid
López Piñeiro, Casiano	Galicia
Macías Montero, M <sup>a</sup> . Cruz	Castilla-León
Manzarbeitia Arambarri, Jorge	Madrid
Martín Grazcyk, Ana Isabel	Galicia
Martín Pérez, Encarnación María	Alemania

Panelista	CCAA
Martínez Almazán, Esther	Cataluña
Martinón Torres, Georgina	Castilla-La Mancha
Melero Brezo, Manuel	Galicia
Mesa Lampre, María Pilar	Aragón
Mora Fernández, Jesús	Madrid
Morón Carande, Nicolás	Andalucía
Pérez Millán, María Isabel	Madrid
Perlado Ortiz de Pinedo, Fernando	Aragón
Petidier Torregrossa, Roberto	Madrid
Prado Villanueva, Begoña	Castilla-León
Regalado Doña, Pedro José	Cataluña
Rexach Cano, Lourdes	Madrid
Ribera Casado, José Manuel	Madrid
Rodríguez Pascual, Carlos	Galicia
Rodríguez Solís, Juan	Castilla-La Mancha
Rodríguez Valcarce, Ana María	Cantabria
Rosales Almazán, María Dolores	C. Valenciana
Ruipérez Cantera, Isidoro	Madrid
Salva Casanovas, Antoni	Cataluña
San Cristóbal Velasco, Esther	Asturias
Sánchez Jurado, Pedro Manuel	Castilla-La Mancha
Sanjoaquín Romero, Ana Cristina	Aragón
Santamaría Ortiz, Juan	Reino Unido
Sanz Segovia, Francisco José	Madrid
Sepúlveda Moya, Diego Luis	Madrid
Serra Moscoso, Joan	Cataluña
Serra Rexach, José Antonio	Madrid
Serrano Garijo, María Pilar	Madrid
Socorro García, Alberto	Madrid
Solano Jaurrieta, Juan José	Asturias
Vallés Noguero, Juan Antonio	Aragón
Vena Martínez, Ana Belén	Cataluña
Verdejo Bravo, Carlos	Madrid
Vidan Astiz, María Teresa	Madrid
Vilches Moraga, Arturo	Galicia
Vinuesa Acosta, Francisco José	Andalucía

## INVESTIGADORES DE TAISS

- **Pablo Lázaro y de Mercado**  
Médico especialista en Medicina Interna y Neumología.  
Doctor en Medicina (Universidad Autónoma de Madrid).  
Máster en Dirección de Empresas por el Instituto de Estudios Superiores de la Empresa (IESE).  
Estudios post-doctorales en el RAND/UCLA Center for Health policy Análisis de Santa Mónica (California).  
Director de TAISS.
- **Mercedes Cabañas Sáenz**  
Diplomada en Biblioteconomía y Documentación por la Universidad Carlos III de Madrid.  
Licenciada en Periodismo por la Universidad Carlos III de Madrid.  
Documentalista – Investigadora de TAISS.
- **M<sup>a</sup> Dolores Aguilar Conesa**  
Médico especialista en Medicina Interna.  
Máster en Salud Pública por el Centro Universitario de Salud Pública (CUSP) de Madrid.  
Dra. en Medicina Preventiva y Salud Pública (Universidad Autónoma de Madrid).  
Investigadora de TAISS.

### I. INTRODUCCIÓN

Según datos del padrón municipal a 1 de enero de 2006, un 16,8% de la población española es mayor de 65 años, siendo un 1,9% mayor de 85 años [1]. Estos datos, en términos relativos, son algo inferiores que las proyecciones de futuro realizadas por el profesor Fernández Cordon a partir de datos del Censo de 1996 [2] que preveía que un 17,5% de la población sería mayor de 65 años en el año 2006. Sin embargo, en términos absolutos, el incremento de personas mayores de 65 años en los últimos 10 años ha sido de 1.281.262 (unas 500.000 más que las que preveía Fernández Cordon). Esta discrepancia se debe al aumento creciente de la inmigración, que ha llevado a un rejuvenecimiento relativo de la población, a pesar de que el aumento de población mayor de 65 años ha sido muy superior al esperado.

Nos encontramos, por tanto, ante una situación de demanda creciente de servicios asistenciales y sociales para la población geriátrica. Por otra parte, el paciente geriátrico es un paciente complejo, con pluripatologías, la mayor parte crónicas, sobre las que pueden sobreañadirse eventos agudos que desestabilizan fácilmente su estado de salud.

El manejo clínico de los pacientes y la utilización de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos pueden variar de forma considerable entre países, entre distintas zonas de un mismo país, e incluso entre centros o médicos de la misma zona geográfica. Una forma de disminuir esta variabilidad, garantizando, a su vez, la calidad asistencial es la utilización de **estándares**. En los últimos años, en muchos países se han desarrollado iniciativas para la elaboración de Estándares de Calidad en Geriatria [3-11]. En España, algunas Sociedades Científicas han desarrollado Estándares de Calidad para la práctica de su especialidad. También el grupo de expertos del PAPPS ha concedido una importancia relevante a la realización de una serie de medidas preventivas en el anciano, elaborando recomendaciones al respecto [12]. En este

contexto surge esta iniciativa de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) cuyo propósito es desarrollar estándares que contribuyan a mejorar la calidad asistencial en Geriatría en España. Para el desarrollo de estos estándares se ha optado por combinar la revisión de la literatura, en búsqueda de estándares establecidos en otros estudios y selección de los que se consideren más relevantes, así como elaboración de estándares propios. Este último proceso se ha realizado mediante un Estudio Delphi en el que han participado más de 100 geriatras del territorio nacional.

La técnica Delphi fue desarrollada en los Estados Unidos por la RAND Corporation para realizar estudios de predicción. Posteriormente se ha utilizado en muy diversas aplicaciones en todos los campos de la ciencia, no sólo para la realización de predicciones, sino también para el establecimiento de prioridades, formulación de estrategias o elaboración de estándares. Dentro del campo de la Medicina se ha utilizado ampliamente con todas estas aplicaciones [13-18], y concretamente, dentro del ámbito de la Geriatría se ha utilizado frecuentemente en estudios semejantes de elaboración de estándares [3,4,19]. Esta técnica se basa en la idea de que un consenso obtenido entre un grupo de expertos que conozcan bien los problemas de estudio, da una idea muy aproximada de la dimensión real de un problema. Aunque no se comunican entre ellos, los expertos que componen el grupo Delphi influyen sobre la información emitida por los otros participantes, este proceso de retroalimentación manteniendo el anonimato de las respuestas es una de las fortalezas del método Delphi para establecer estándares [20-22].

En definitiva, el propósito de este estudio es elaborar Estándares de Calidad en Geriatría que ayuden a evitar discriminaciones en el acceso o en la calidad de los procedimientos clínicos que precisan estos pacientes y que contribuyan a mejorar la calidad asistencial geriátrica, mediante el establecimiento de los recursos humanos, tecnológicos y estructurales apropiados para el manejo de los pacientes ancianos.

## II. OBJETIVO

Elaborar Estándares de Calidad para Geriátría en sus dimensiones de estructura (e.g., equipamiento de una consulta, composición de un equipo de valoración geriátrica), proceso (e.g., tiempo de estancia, periodicidad de revisiones) y resultado (e.g., tasa de reingresos).

El ámbito de los estándares se ha centrado principalmente en:

- Aspectos generales del manejo del paciente anciano.
- Consultas de Geriátría.
- Unidades de agudos.
- Unidades de media estancia.





## III. METODOLOGÍA

El desarrollo de estos estándares se ha basado en una revisión de la bibliografía como base de partida para identificar y seleccionar los indicadores que posteriormente han sido puntuados por un panel de expertos mediante el método Delphi a 2 rondas. Tras el análisis de la segunda ronda se ha elaborado el documento final con los estándares.

### III.1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA, IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE INDICADORES

#### III.1.1. Búsqueda bibliográfica

Se han buscado documentos que contengan Estándares de Calidad en Geriátrica en bases de datos de publicaciones científicas, páginas web y documentos de instituciones nacionales e internacionales relevantes.

##### *III.1.1.1. Búsqueda en bases de datos de publicaciones científicas*

Las estrategias de búsquedas de indicadores de calidad se han diseñado tanto para las publicaciones en revistas científicas como para la literatura gris. A la hora de aplicarlas no se ha establecido ningún tipo de acotación, ni por año ni por idioma de publicación. Para las publicaciones en revistas científicas se buscó en MEDLINE (1950-2006), en Índice Médico Español (IME) (1970-2006) y en revistas consideradas clave. Para la literatura gris se rastrearon las

páginas web de diversas instituciones, tales como sociedades científicas o agencias de calidad asistencial.

### III.1.1.1.1. Revistas científicas en MEDLINE

En la búsqueda en MEDLINE se eligieron las palabras clave o encabezados de temas médicos (Medical Subject Headings: MeSH) que mejor representarían los conceptos a estudiar. Para los términos poco específicos que devolvieron un elevado número de resultados, "ruido informativo", se concretó aún más la estrategia. Para ello se han eliminado descriptores, se han efectuado más intersecciones y, en ocasiones, se ha limitado la búsqueda al campo de título.

Los descriptores que finalmente se han utilizado en la búsqueda han sido los términos del MeSH: "Quality indicators", "Geriatrics", "Geriatric assessment", "Geriatric nursing", "Aged", "Aging", "Frail elderly", "Ambulatory care", "Health services for the aged" y "Standards".

Para completar la búsqueda se han tenido en cuenta otros términos, aunque no formen parte del MeSH, en los campos de título y *abstract*. Estas palabras clave fueron: **Health care**, **Geriatric care**, **Quality**, **Quality standard** y **Standard of care**. Con todos los términos se ha interrogado a la base de datos sin limitación por año ni lengua de publicación.

### III.1.1.1.2. Revistas científicas en el Índice Médico Español (IME)

Para recuperar la literatura publicada en revistas científicas españolas, dada su escasa cobertura en MEDLINE, se utilizó la base de datos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC): **Índice Médico Español (IME)**.

Los términos que se han utilizado para definir las estrategias de búsqueda han sido los siguientes: **Calidad**, **Cali-**

dad asistencial, Indicadores de calidad de cuidados de salud, Estándar de calidad, Asistencia geriátrica, Manejo, Geriátrica, Paciente geriátrico y Anciano. Para combinarlos se han usado los operadores booleanos. Para acotar las búsquedas, los truncamientos y la búsqueda limitada por campos.

#### III.1.1.1.3. Búsqueda de artículos en revistas de Geriátrica y Gerontología

##### *Revistas extranjeras*

Se han considerado aquellas revistas extranjeras de referencia en aspectos generales en Geriátrica y Gerontología. Para la elección de alguna de las más relevantes se utilizó el Factor de Impacto (FI), indicador indirecto de calidad. Consultando el *Journal Citation Reports 2004*, tanto la *Science Edition* como la *Social Sciences Edition*, se han encontrado, entre las diez con mayor FI, varias generales: *Ageing Research Reviews* (FI = 4,953); *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* (FI = 4,122), *Journal of the American Geriatrics Society* (FI = 3,361) y *The Gerontologist* (FI = 2,094).

La búsqueda se ha efectuado utilizando, en el campo de título, los siguientes términos básicos: 1) "Quality AND indicator\*"; 2) "Quality AND standard\*"; 3) "Quality AND care", y 4) "Standard\* AND care".

Los periodos buscados según las revistas fueron: *Ageing Research Reviews* (2002-2006); *Journals of Gerontology. Series A* (1995-2005); *Journal of the American Geriatrics Society* (1990-2006) y *The Gerontologist* (1965-2005).

##### *Revistas españolas*

Las revistas españolas recogidas en el *Journal Citation Reports* son escasas. Por ello, para seleccionar alguna

en la que realizar la búsqueda se ha tenido en cuenta su presencia en el Index Medicus. Su inclusión en este repertorio significa un reconocimiento a la calidad científica de la revista. Es el caso de la *Revista Española de Geriatría y Gerontología* (1998-2005).

Para la búsqueda se han utilizado, en el campo de título y *abstract*, los siguientes términos básicos: 1) "Indicador\* Y calidad"; 2) "Calidad asistencial"; 3) "Estándar\* Y calidad"; 4) "Estándar Y cuidado\*" y 5) "Asistencia sanitaria Y anciano\* OR persona\* mayor\*.

### III.1.1.2. Estrategia de búsqueda de literatura gris

#### III.1.1.2.1. Búsqueda en organizaciones de Geriatría o equivalentes

De **108** organizaciones nacionales, internacionales y europeas localizadas a través de Google, se han seleccionado **26 nacionales, 4 internacionales y 3 europeas**, por ser de países cuya aportación puede resultar de utilidad para el contexto español. Se han visitado, en busca de literatura gris, las páginas web de las siguientes:

#### *Organizaciones nacionales:*

1. American Aging Association  
[[www.americanaging.org](http://www.americanaging.org)].
2. American Geriatrics Society  
[[www.americangeriatrics.org](http://www.americangeriatrics.org)].
3. American Society on Aging [ [www.asaging.org](http://www.asaging.org)].
4. Australian Association of Gerontology  
[[www.aag.asn.au](http://www.aag.asn.au)].
5. Australian Society for Geriatric Medicine  
[[www.asgm.org.au](http://www.asgm.org.au)].

6. British Geriatrics Society [[www.bgs.org.uk](http://www.bgs.org.uk)].
7. British Society of Gerontology [[www.britishgerontology.org](http://www.britishgerontology.org)].
8. Canadian Association on Gerontology [[www.cagacg.ca](http://www.cagacg.ca)].
9. Canadian Geriatrics Society [[www.canadiangeriatrics.com](http://www.canadiangeriatrics.com)].
10. Centre for Policy on Ageing [[www.cpa.org.uk](http://www.cpa.org.uk)].
11. Danish Gerontological Society [[www.gerodan.dk](http://www.gerodan.dk)].
12. Dutch Geriatrics Society [[www.nvkg.nl](http://www.nvkg.nl)].
13. German Society for Geriatrics [[www.dggeriatrie.de](http://www.dggeriatrie.de)].
14. German Society of Gerontology and Geriatrics [[www.dggg-online.de](http://www.dggg-online.de)].
15. Gerontological Society of America [[www.geron.org](http://www.geron.org)].
16. Japan Geriatrics Society [[www.jpn-geriat-soc.or.jp](http://www.jpn-geriat-soc.or.jp)].
17. La Gérontologie Francaise [[www.geronto.com](http://www.geronto.com)].
18. La Société Québécoise de Gériatrie [[www.sqgeriatrie.org](http://www.sqgeriatrie.org)].
19. New Zealand Geriatrics Society [[www.nzgs.org.nz](http://www.nzgs.org.nz)].
20. Norwegian Gerontological Society [[www.geronord.no/nsa](http://www.geronord.no/nsa)].
21. Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile [[www.socgeriatria.cl](http://www.socgeriatria.cl)].
22. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica [[www.arrakis.es/~seegg](http://www.arrakis.es/~seegg)].

23. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología [www.segg.es].
24. Societas Gerontologica Fennica (Finnish Gerontological Society) [www.gernet.fi].
25. Swedish Gerontological Society [www.dfr.se/sgs].
26. Swiss Society of Gerontology [www.sgg-ssg.ch].

### *Organizaciones internacionales:*

1. International Association of Gerontology and Geriatrics [www.iagg.com.br].
2. International Federation on Ageing [www.ifa-fiv.org].
3. International Institute on Ageing [www.inia.org.mt].
4. International Network for Research on Elder Care [www-cpr.maxwell.syr.edu/inrec].

### *Organizaciones europeas:*

1. ESA Research Network on Ageing in Europe [www.ageing-in-europe.de].
2. European Union Geriatric Medicine Society [www.eugms.org].
3. Geriatric Medicine Section of the European Union of Medical Specialists [www.uems.net].

### **III.1.1.2.2. Búsqueda en otras instituciones**

Se ha realizado una búsqueda en instituciones cuya actividad consiste en elaborar Estándares de Calidad o indicado-

res de proceso, para comprobar si han desarrollado algún indicador en Geriátría. Se han visitado las páginas web de las siguientes:

- **National Committee for Quality Assurance (NCQA)** [[www.ncqa.org](http://www.ncqa.org)].
- **National Quality Measures Clearinghouse (NQMC)** [[www.qualitymeasures.ahrq.gov](http://www.qualitymeasures.ahrq.gov)].
- **National Guidelines Clearinghouse (NGC)** [[www.guidelines.gov](http://www.guidelines.gov)].
- **Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)** [[www.jcaho.org](http://www.jcaho.org)].
- **RAND Corporation** [[www.rand.org](http://www.rand.org)].
- **National Quality Forum** [[www.qualityforum.org](http://www.qualityforum.org)].
- **Organisation for Economic Co-operation and Development** [[www.oecd.org](http://www.oecd.org)].
- **National Board of Health and Welfare Proposals de Suecia** [[www.sos.se/sosmenye.htm](http://www.sos.se/sosmenye.htm)].
- **Otras instituciones:** Se buscó en otras agencias nacionales de calidad asistencial de diversos países (e.g., NICE en el Reino Unido), en agencias de evaluación de tecnología médica (e.g., SBU de Suecia), y en instituciones internacionales (e.g., OMS, INHATA).

#### III.1.1.2.3. Búsqueda genérica

Finalmente, se utilizó el buscador de Internet Google con la combinación "Quality indicators" y "Geriatrics", obteniéndose 20.000 resultados. Con la estrategia "Standards of care" y "Geriatrics" se encontraron 30.900 resultados.



### III.1.1.3. Criterios de inclusión

Se han incluido en la síntesis de la evidencia los documentos que pueden ser útiles para el desarrollo de Estándares de Calidad en Geriatría y que contengan literatura relativa a:

- Atención geriátrica en general.
- Consultas externas.
- Interconsultas.
- Unidades geriátricas de agudos.
- Unidades geriátricas de media estancia.

### III.1.2. Identificación de indicadores

*Identificación de posibles indicadores en los documentos encontrados, mediante una inspección de los documentos realizada por los investigadores de TAISS.*

Se han leído los documentos encontrados y se han extraído de su contenido los indicadores o Estándares de Calidad que incluían, elaborando con ellos una lista. De esta lista se han eliminado los estándares que se han considerado redundantes, salvo en los casos en los que 2 ó más estándares pudieran parecer redundantes, pero el investigador de TAISS ha apreciado diferencias de matiz entre ellos.

En ocasiones se han incluido estándares desarrollados para ámbitos no incluidos en el estudio (atención domiciliaria, crónicos...) porque se ha considerado que pueden servir de inspiración a los miembros del Comité Directivo para elaborar estándares semejantes para los ámbitos que sí están incluidos en el estudio.

En esta fase del estudio, los miembros del Comité Directivo también han tenido la oportunidad de aportar indicadores a la lista.

### III.1.3. Selección de indicadores

*La selección de los indicadores a incluir ha sido realizada*

*por el Comité Directivo, mediante la priorización y adaptación de los indicadores hallados en los pasos anteriores.*

La lista de indicadores identificados fue enviada a cada uno de los miembros del Comité Directivo junto con las instrucciones precisas para el proceso de selección (**anexo 1**).

Posteriormente un grupo de trabajo formado por 2 miembros del Comité Directivo y 3 investigadores de TAISS, integró en un único documento los resultados de la selección realizados por los diferentes miembros del Comité Directivo.

## **III.2. PUNTUACIÓN DE LOS INDICADORES: ESTUDIO DELPHI**

*Los indicadores han sido puntuados mediante un Estudio Delphi a dos rondas. Las etapas seguidas en el Estudio Delphi han sido:*

### **III.2.1. Elección de los panelistas**

Cada miembro del Comité Directivo propuso una serie de geriatras como candidatos a formar parte del panel de expertos. Desde la SEGG se contactó con cada uno de los candidatos mediante una carta invitándole a participar en el Estudio Delphi. La SEGG facilitó a TAISS la lista de los panelistas que accedieron a participar, así como su dirección de correo electrónico o su dirección postal (según las preferencias manifestadas por el panelista para la recepción y envío de la documentación del Estudio Delphi).

### **III.2.2. Primera ronda del Estudio Delphi**

#### ***III.2.2.1. Elaboración del cuestionario de la primera ronda***

A partir del documento con la selección de indicadores (ver punto III.1.3), los investigadores de TAISS editaron un cues-

cionario con dos formatos: un formato para ser enviado y cumplimentado en papel, y otro formato para ser enviado y cumplimentado en formato electrónico. A su vez, el cuestionario contenía varias modalidades de respuesta. La mayor parte de los indicadores (indicadores **cuantitativos**) estaban formulados para ser respondidos mediante una escala de importancia del 1 al 9 (1 = nada importante y 9 = muy importante). El panelista debía marcar la puntuación elegida, tanto para los ítems individuales como para aquellos ítems de elección múltiple, que ofrecían varias opciones agrupadas bajo un mismo epígrafe. En otros indicadores (indicadores **cuantitativos de respuesta numérica**), el panelista debía anotar, en un espacio reservado para ello, el número que considerara adecuado o incluso, en algunos casos, la unidad de medida (días, semanas, meses...) a la que hacía referencia dicho número.

### ***III.2.2.2. Envío y cumplimentación de la primera ronda***

A cada uno de los miembros del panel se le envió (por correo postal o electrónico según su preferencia) un cuestionario con la lista de indicadores y las instrucciones para puntuar los ítems. Se les concedió un plazo de 10-15 días para su devolución.

### ***III.2.2.3. Análisis de la primera ronda***

Se calcularon los estadísticos de centralización (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar) de cada indicador. Se estudiaron las sugerencias que los panelistas hicieron al cuestionario de forma global y a los diferentes indicadores en particular. A la vista de estos resultados, en una reunión del Comité Directivo y TAISS se acordaron los cambios a realizar en la estructura del cuestionario de cara a la segunda ronda del Delphi (eliminación de algunos indicadores, desdoblamiento o modificación de otros, reagrupación de un grupo de ítems bajo un mismo epígrafe).

En algunos indicadores se cerró la respuesta en una única unidad de medida (e.g., meses) que había permanecido abierta en la primera ronda (e.g., días, semanas, meses).

#### III.2.3. Segunda ronda del Estudio Delphi

##### *III.2.3.1. Elaboración del cuestionario de la segunda ronda*

A partir de la reestructuración del cuestionario de la primera ronda se elaboró el cuestionario de la segunda ronda. Se editó un cuestionario específico para cada uno de los panelistas en el que se incluyó para cada indicador un estimador de centralización (media), un estimador de dispersión (desviación estándar) y la respuesta dada por ese panelista concreto. También se le pedía que, a la vista de los resultados de la primera ronda, volviese a puntuar los diferentes indicadores.

Dependiendo de las preferencias del panelista su cuestionario se editó en formato para ser enviado y cumplimentado en papel, o en formato para ser enviado y cumplimentado por correo electrónico.

##### *III.2.3.2. Envío y cumplimentación de la segunda ronda*

Se procedió de forma semejante a la primera ronda, si bien esta vez, debido a la coincidencia con el periodo estival, se concedió un plazo de tiempo más amplio para su devolución una vez cumplimentado.

##### *III.2.2.3. Análisis de la segunda ronda*

En los indicadores cualitativos de **escala** (tanto en los individuales como en los de respuesta múltiple) se calculó el número de respondedores, la mediana y el porcentaje de panelistas que puntuó (9), (> 7), (> 5), y (< 5). En los indi-

Indicadores cuantitativos de **respuesta numérica** se calculó el número de panelistas que lo habían respondido, a los estadísticos de centralización (media, mediana) y de dispersión (percentil 25, percentil 75, desviación estándar y coeficiente de variación<sup>1</sup>) de cada indicador. Previo al análisis se había procedido a eliminar los valores extremos (*outlayers*) que, a juicio de los miembros del Comité Directivo, debían corresponder a un error de interpretación del ítem.

En los indicadores de **respuesta numérica** las respuestas pueden estar condicionadas por factores como el medio en donde desarrolla su actividad profesional, el geriatra, sus conocimientos, la infraestructura sanitaria actual o sus previsiones futuras, y la existencia o ausencia de evidencia disponible. Por tanto no es extraño encontrar una amplia variabilidad en los resultados de algunos indicadores. Como medida de esta variabilidad se ha utilizado el coeficiente de variación (CV) categorizado para este estudio de la siguiente manera:

Valor CV	Grado de variabilidad
$\leq 25\%$	Muy bajo
26% - $\leq 50\%$	Bajo
51% - $\leq 75\%$	Medio
76% - $< 100\%$	Alto
$> 100\%$	Muy alto

Esta categorización no está normalizada, pero establecer estos rangos ayudará a visualizar, con mayor claridad, el grado de acuerdo o desacuerdo de los panelistas.

---

<sup>1</sup> Coeficiente de variación (desviación estándar/media)\*100. Se expresa en %.

### III.3. DOCUMENTO FINAL: TABLAS DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

El documento final con las tablas de los Estándares de Calidad se ha elaborado a partir del análisis de la segunda ronda. El documento, además de incluir los estadísticos calculados en este análisis, agrupa los indicadores en función de:

1. Área de interés (estándares sobre aspectos generales en Geriatria, prevención y exámenes de salud, unidades geriátricas de agudos, unidades geriátricas de media estancia, consultas, caídas y demencia).
2. Tipo de estándar (estructura, proceso o resultado).
3. Tipo de respuesta (escala o numérica).



## IV. RESULTADOS

### IV.1. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA, IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE INDICADORES

#### IV.1.1. Búsqueda

Como resultado global de la búsqueda realizada se incluyeron 72 documentos como fuente para la obtención de indicadores. En el **anexo 2** se presenta una relación completa de los documentos incluidos. Los resultados parciales de la búsqueda según la fuente consultada fueron:

##### *IV.1.1.1. Búsqueda en revistas científicas*

###### IV.1.1.1.1. MEDLINE

Con las estrategias de búsqueda utilizadas para PubMed los resultados obtenidos al ejecutarlas han sido:

1. "Quality indicators" AND ("Geriatrics" OR "Geriatric assessment" OR "Geriatric nursing") (todos como términos MeSH) = 64 referencias.
2. "Quality indicators" AND ("Aged" OR "Aging" OR "Frail elderly") (todos como términos MeSH) AND "Health care" (en el título) = 46 referencias.
3. "Quality indicators" AND ("Ambulatory care" OR "Health services for the aged") AND "Aged" (todos como términos MeSH) = 77 referencias.



4. "Quality" AND "Geriatric care" (ambos en el título) = 36 referencias.
5. "Quality standard\*" AND "Geriatric\*" (ambos en el título y *abstract*) (truncando los términos con el asterisco para recuperar las variantes de ambos: *Standard, Standards, Standardized, Geriatric* y *Geriatrics*) = 11 referencias.
6. "Standards" AND ("Geriatrics" OR "Geriatric assessment" OR "Geriatric nursing") (todos como términos MeSH) = 17 referencias.
7. "Standards" AND ("Aged" OR "Aging" OR "Frail elderly") (todos como términos MeSH) AND "Health care" (en el título) = 7 referencias.
8. "Standard\* of care" AND "Geriatric\*" (ambos en el título) (truncando los términos para recuperar las variantes de ambos: *Standard, Standards, Standardized, Geriatric* y *Geriatrics*) = 7 referencias.

En total se han recuperado 265 títulos. Eliminando los duplicados, 60 títulos redundantes, el total desciende a **205** títulos.

Tras una primera lectura rápida de los 205 títulos obtenidos en la búsqueda, se han descartado, teniendo en cuenta los criterios de inclusión, 149 referencias. Quedando, por tanto, 56 referencias. Para seleccionar la literatura cercana a la mejor evidencia científica existente se han leído los *abstracts* de los 56 trabajos. Tras la lectura se han eliminado 34 referencias y se han considerado **22 artículos (ver referencias 1-22 en anexo 2)** para su lectura completa. Todos resultaron válidos y de interés para la revisión.

#### IV.1.1.1.2. Índice Médico Español

Los resultados obtenidos en la búsqueda en IME fueron los siguientes:

1. "Calidad asistencial" Y ("Geriatría" O "Anciano" O "Paciente geriátrico") (todos como descriptores) = 18 referencias.
2. "Indicadores de calidad de cuidados de salud" Y ("Geriatría" O "Anciano" O "Paciente geriátrico") (todos como descriptores) = 0 referencias.
3. "Estándar\* de calidad" Y "Anciano\*" (ambos en el título) (truncando los términos para recuperar las variantes de ambos: *Estándar, Estándares, Anciano y Ancianos*) = 1 referencia.
4. "Calidad" Y "Geriatría" (ambos en el título) = 3 referencias.
5. "Calidad" (en los campos básicos: título, *abstract*, descriptores, identificadores y topónimos) Y "Asistencia geriátrica" (como descriptor) = 9 referencias.
6. "Manejo" (en el título) Y "Anciano" (como descriptor) = 17 referencias.
7. "Manejo" Y "Paciente\* geriátrico\*" (ambos en el título) (truncando los términos para recuperar las variantes de ambos: *Paciente, Pacientes, Geriátrico y Geriátricos*) = 8 referencias.

En total se han recuperado 56 títulos. Eliminando los duplicados, 10 títulos redundantes, el total desciende a **46 títulos**.

Tras una primera lectura rápida de los 46 títulos obtenidos en la búsqueda, se han descartado 10 referencias. Para

seleccionar la literatura cercana a la mejor evidencia científica existente se han leído los *abstracts* de los 36 trabajos. Tras la lectura se han eliminado 20 referencias y se han seleccionado, por tanto, 16 artículos para su lectura completa. Finalmente, se han considerado como válidos para la revisión **3 artículos (ver referencias 23-25 en anexo 2)**.

### **IV.1.1.2. Búsqueda en revistas de Geriatría y Gerontología**

#### **IV.1.1.2.1. Revistas extranjeras**

*Ageing Research Reviews, Journals of Gerontology. Series A, Journal of the American Geriatrics Society y The Gerontologist:*

- *Ageing Research Reviews (2002-2006)*: 1) "Quality AND indicator\*" = 0 referencias; 2) "Quality AND standard\*" = 1 referencia; 3) "Quality AND care" = 1 referencia, y 4) "Standard\* AND care" = 1 referencia.
- *Journals of Gerontology. Series A (1995-2005)*: 1) "Quality AND indicator\*" = 4 referencias; 2) "Quality AND standard\*" = 0 referencias; 3) "Quality AND care" = 5 referencias, y 4) "Standard\* AND care" = 2 referencias.
- *Journal of the American Geriatrics Society (1990-2006)*: 1) "Quality AND indicator\*" = 4 referencias; 2) "Quality AND standard\*" = 2 referencias; 3) "Quality AND care" = 27 referencias, y 4) "Standard\* AND care" = 2 referencias.
- *The Gerontologist (1965-2005)*: 1) "Quality AND indicator\*" = 6 referencias; 2) "Quality AND standard\*" = 0 referencias; 3) "Quality AND care" = 43 referencias, y 4) "Standard\* AND care" = 3 referencias.

En total se han recuperado 101 títulos. Eliminando las referencias duplicadas, 13 títulos, el total desciende a **88 títulos**.

Tras una primera lectura rápida de los 88 títulos obtenidos en la búsqueda, se han eliminado, en primer lugar, las referencias que ya habían sido recuperadas a través de MEDLINE: 50 títulos. De los 38 títulos restantes, y tras aplicar los criterios de exclusión, se han descartado 28 títulos. Una segunda lectura, a texto completo, ha dado como resultado la selección de **5 artículos (ver referencias 26-30 en anexo 2)** relevantes.

### IV.1.1.2.2. Revistas españolas

- *Revista Española de Geriatría y Gerontología*: 1) "Indicador\* Y calidad" = 1 referencia; 2) "Calidad asistencial" = 3 referencias; 3) "Estándar\* Y calidad" = 1 referencia; 4) "Estándar\* Y cuidado\*" = 0 referencias, y 5) "(Asistencia sanitaria Y anciano\*) OR persona\* mayor\*" = 3 referencias.

En total se han recuperado **8 títulos**, entre los que no se ha encontrado ninguna referencia duplicada.

Tras una primera lectura rápida de los 8 títulos obtenidos en la búsqueda, se han eliminado, en primer lugar, las referencias que ya habían sido recuperadas a través de IME: 4 títulos. De los 4 títulos restantes, y tras aplicar los criterios de inclusión, se han descartado 2 títulos. Una segunda lectura, a texto completo, ha permitido seleccionar **1 artículo (ver referencia 31 en anexo 2)** relevante.

### IV.1.1.3. Búsqueda de literatura gris

#### IV.1.1.3.1. Hallazgos en la búsqueda en organizaciones de Geriatría o equivalentes

Dentro de las páginas web de las organizaciones elegidas se han consultado las secciones de: *publications*, *recommendations*, *clinical guidelines*, *position papers*, *position statements* o *policy statements*, y se ha utilizado también el buscador interno. Sólo se ha encontrado información útil o indicadores de calidad en las páginas web de:

- **American Geriatrics Society (AGS).**  
Referencias 32-34 en anexo 2.
- **Australian Society for Geriatric Medicine (ASGM).**  
Referencias 35-37 en anexo 2.
- **British Geriatrics Society (BGS).**  
Referencias 38-40 en anexo 2.
- **Centre for Policy on Ageing (CPA).**  
Referencia 41 en anexo 2.
- **New Zealand Geriatrics Society.**  
Referencia 42 en anexo 2.
- **Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG).**  
Referencia 43 en anexo 2.
- **European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS).** Se ha encontrado un documento que ofrece cuatro recomendaciones que no aportan nada nuevo a la lista de indicadores.

#### IV.1.1.3.2. Búsqueda en otras instituciones

Las instituciones en las que se encontraron documentos válidos para el proyecto fueron:

- **RAND Corporation.**  
Referencias **44-56** en anexo 2.
- **National Quality Forum (NQF).**  
Referencia **57** en anexo 2.
- **Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).**  
Referencia **58** en anexo 2.
- **UK Department of Health (DH)**  
[[www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk)]. Referencias **59-63** en anexo 2.
- **National Institute for Clinical Excellence (NICE)**  
[[www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)]. Referencia **64** en anexo 2.
- **NHS Quality Improvement Scotland (NHS QIS)**  
[[www.nhshealthquality.org](http://www.nhshealthquality.org)]. Referencias **65-68** en anexo 2.
- **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)**  
[[www.semfyc.es](http://www.semfyc.es)]. Referencia **69** en anexo 2.

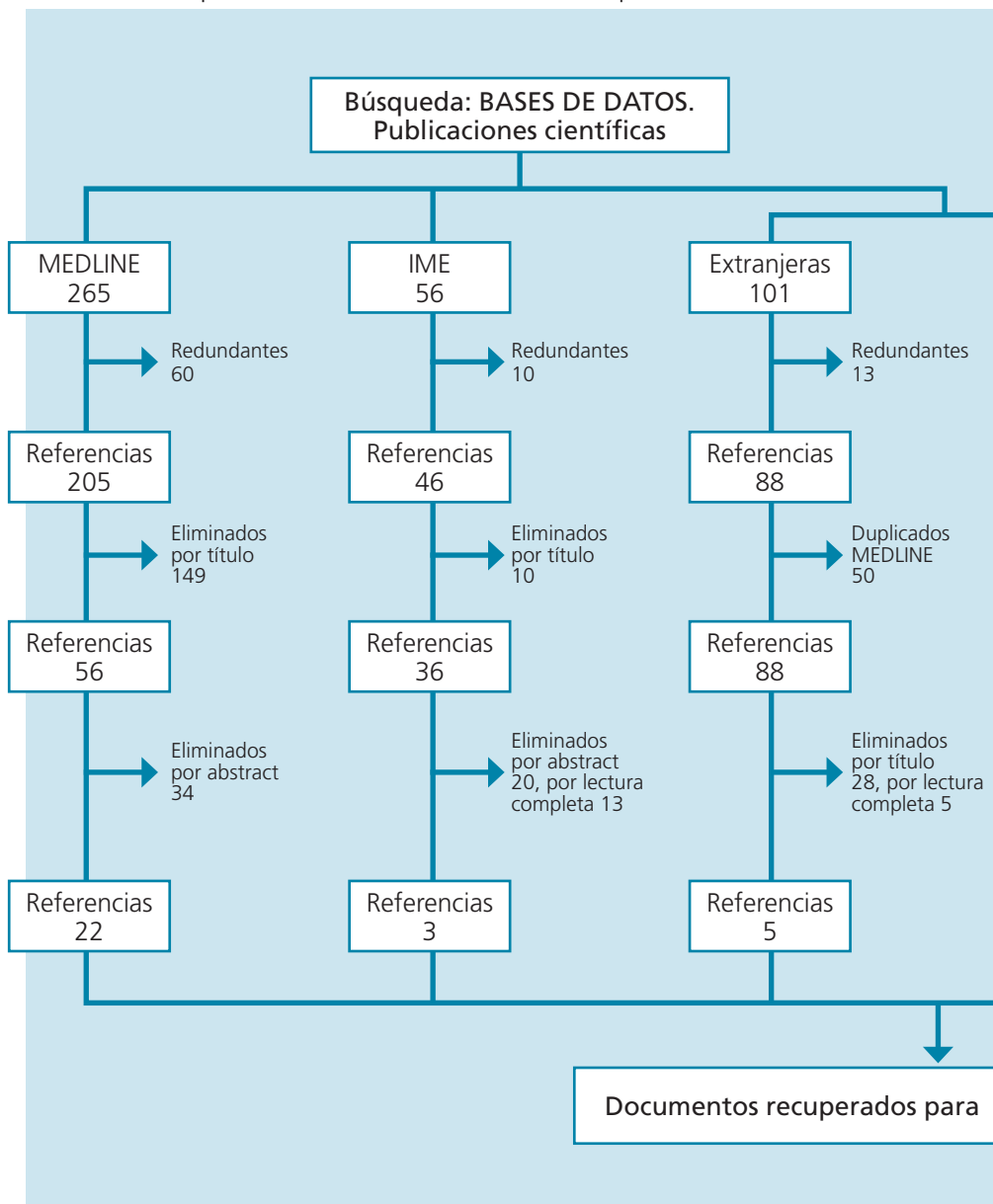
### IV.1.1.3.3. Hallazgos en la búsqueda genérica

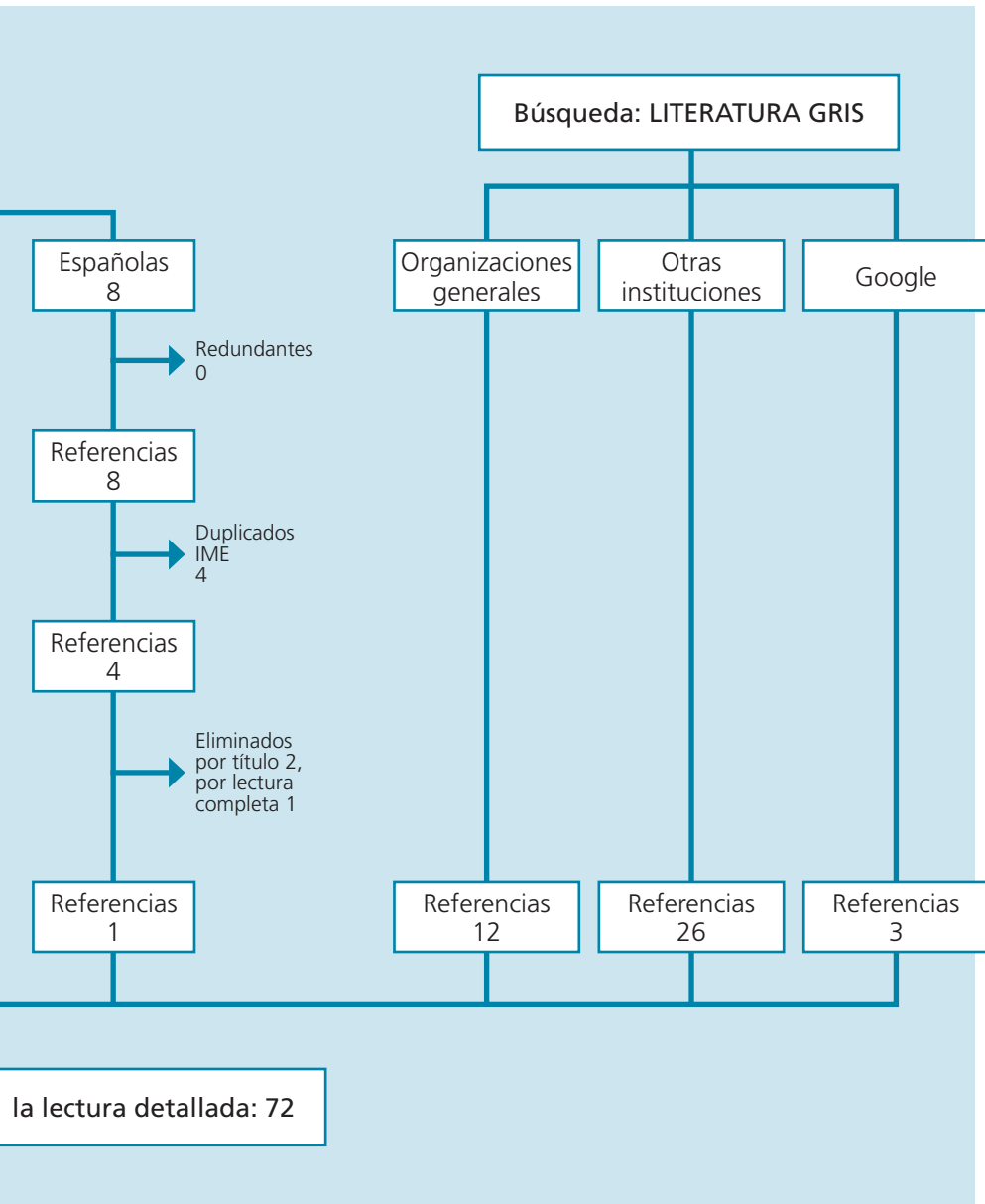
De los resultados obtenidos tras haber utilizado el buscador de Internet **Google**, y tras revisar los 100 primeros resultados, **3 documentos (ver referencias 70-72 en anexo 2)** aportaron estándares nuevos al estudio.

Se revisaron los 100 primeros resultados de la búsqueda.

En el gráfico nº 1 se puede ver esquemáticamente los resultados de la búsqueda de la literatura.

Gráfico 1. Esquema de los resultados de la búsqueda de la literatura.







### IV.1.2. Identificación de Indicadores o estándares

En las **72 publicaciones seleccionadas** se han identificado un total de 990 estándares. Previamente se eliminaron los estándares considerados redundantes. A los 990 indicadores identificados se le han añadido 16 indicadores más aportados por miembros del Comité Directivo, por lo que en total se obtuvieron 1.006 indicadores.

Se elaboró una lista con los 1.006 indicadores y para facilitar la tarea de selección a los miembros del Comité Directivo, cada indicador de la lista se acompañó de la siguiente información:

- **Nº Orden:** Número de orden que permita una rápida identificación.
- **Indicador.** Texto del estándar o recomendación.
- **Tipo.** Según se trate de un estándar de estructura, proceso o resultado.
- **Área.** Clasificación general de los estándares en función de su principal área de interés.
- **Institución** Responsable de la elaboración de ese estándar.
- **País** de la institución.
- **Publicación.** Número de la publicación o publicaciones en las que aparece.
- **Año** de publicación del indicador.

### IV.1.3. Selección de indicadores

Siguiendo las indicaciones del anexo 1, cada miembro del Comité Directivo seleccionó alrededor de 250 indicadores. Al integrar en un único documento los resultados de las diferentes selecciones, una vez eliminadas las redundancias, se obtuvo un total de 375 indicadores, con los que se elaboró el cuestionario de la primera ronda.

## IV.2. PUNTUACIÓN DE LOS INDICADORES: ESTUDIO DELPHI

### IV.2.1. Elección de los panelistas

Finalmente 111 geriatras, con representación de prácticamente todas las Comunidades Autónomas, aceptaron participar como panelistas en el Estudio Delphi. De ellos, 13 prefirieron recibir y enviar el cuestionario mediante correo postal, y el resto (98), mediante correo electrónico.

### IV.2.2. Primera ronda del Estudio Delphi

De los 111 panelistas, 94 (el 85%) cumplieron el cuestionario. Algunos de los que no lo cumplieron, excusaron su no participación por imposibilidad temporal, pero mostraron su interés por participar en la segunda ronda. El cuestionario constaba de 375 indicadores para responder por el panelista, estructurados en 10 grandes apartados o áreas: I) Aspectos generales; II) Recomendaciones a otras especialidades; III) Unidades de Agudos; IV) Unidades de Media Estancia; V) Consultas; VI) Interconsultas; VII) Problemas más prevalentes: caídas; VIII) Problemas más prevalentes: demencia; IX) Problemas más prevalentes: dolor; y X) Sugerencias. Como se describe en el apartado de metodología (ver III.2.2.1), el cuestionario consta de dos modalidades de respuesta, la mayor parte son cualitativos de **escala** (1 al 9) y en menor medida cuantitativos numéricos.

Todos los cuestionarios fueron enviados entre los días 23 de mayo de 2006 y 1 de junio de 2006. El primer cuestionario cumplimentado se recibió por correo electrónico en TAISS el día 24 de mayo de 2006, y el último (por correo postal), el día 27 de junio de 2006. En general, la calidad de la cumplimentación de los datos fue muy buena, salvo en un par de ocasiones en las que hubo que reclamar datos incompletos al panelista, y que se debió a una mala interpretación de las instrucciones que acompañaban al cuestionario.

### IV.2.3. Segunda ronda del Estudio Delphi

Sobre el cuestionario de la primera ronda se realizaron modificaciones para incluir sugerencias de los panelistas; el cuestionario así resultante constaba de 381 indicadores, agrupados de la misma forma que en la primera ronda. Todos los cuestionarios fueron enviados entre los días 6 de julio de 2006 y 11 de julio de 2006. El periodo de recepción se amplió hasta el 15 de septiembre de 2006.

Respondieron 98 panelistas (el 89% de los enviados). Todos los cuestionarios fueron considerados válidos.

### IV.3. DOCUMENTO FINAL: TABLAS DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

Las tablas con los Estándares de Calidad se presentan estructuradas de la siguiente forma:

Tabla I: Aspectos generales en Geriatría.

Tabla II: Prevención y exámenes de salud.

Tabla III: Unidades de Agudos.

Tabla IV: Unidades de Media Estancia.

Tabla V: Consultas.

Tabla VI: Caídas.

Tabla VII: Demencia.

A su vez, dentro de cada tabla, los estándares se han clasificado según se trate de estándares de estructura, proceso o resultado.

#### IV.3.1. Estándares sobre aspectos generales en Geriatría (Tabla I)

##### *IV.3.1.1. Estándares de estructura*

##### *IV.3.1.1.1. Estructura: Instalaciones/Materiales/Equipamientos*

##### *Puntuación de estándares cualitativos de estructura (escala de 1 a 9)*

Dentro de los que hemos llamado ítems individuales, referidos a la estructura de los centros sanitarios, el más valorado, con una media de puntuación de 8,9 y un grado de acuerdo muy alto (casi el 90% de los panelistas puntuaron con 9), ha sido el estándar "Todo hospital y toda Área de Salud deberán tener unos recursos geriátricos especializados suficientes para sus necesidades

y demandas". Le sigue un ítem a una décima de diferencia (8,8): "Todos los centros sanitarios deben estar adaptados a las personas con discapacidad". La prioridad más baja de este apartado la obtienen tres ítems con una puntuación de 8,2: "Las habitaciones hospitalarias deben tener sistemas de oxígeno y vacío incorporados", "En la planta del hospital debe haber una sala para poderse entrevistar privadamente con el médico" y "El mobiliario de las habitaciones debe ser adecuado a las limitaciones de los ancianos".

En el único ítem de elección múltiple, referido a la estructura de cada Área Sanitaria, casi la totalidad de los panelistas otorgan la máxima importancia (9) a que exista una Unidad de Media Estancia (8,9), una Consulta externa de Geriatría (8,9) y una Unidad de Agudos (8,9). Algo más del 60% de los panelistas dan la máxima puntuación al Hospital de Día (8,4).

### IV.3.1.1.2. Estructura: Personal/Formación/ Competencia

#### *Puntuación de estándares cualitativos de estructura (escala de 1 a 9)*

Todos los ítems individuales de este apartado han obtenido una puntuación superior a 8. El mayor grado de acuerdo (el 94% de los panelistas otorgan la máxima puntuación) se da para el ítem "Debería existir por lo menos un Servicio de Geriatría con capacidad docente en cada Comunidad Autónoma" (8,9). Con la misma puntuación dos ítems más: "En toda Área Sanitaria debe existir un programa de atención al anciano" y "El geriatra debe tener experiencia y formación en el manejo del dolor en ancianos". Le sigue el ítem "Los equipos multidisciplinares de Atención Primaria y los trabajadores sociales deben estar disponibles para apoyar a los ancianos en su regreso a casa desde el hospital" (8,8). El estándar menos puntuado: "La valoración

geriátrica integral debe encontrarse en los programas de formación de los profesionales de la salud y ser parte integrante del currículum de todos los médicos”, ha obtenido 8,4 puntos.

En los ítems de elección múltiple a juicio de los miembros del panel, dentro de los **Equipos de Valoración Geriátrica** es imprescindible la figura de los médicos geriatras (9,0), tanto como la de las enfermeras (8,9) y los trabajadores sociales (8,7). Es recomendable la presencia de terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas (7,0). Sin embargo, rehabilitadores, dietistas y psicólogos se han puntuado con una media de 5,7, por lo que se consideran menos imprescindibles. Igualmente ocurre con el **personal mínimo del Hospital de Día** para ancianos. La mayoría de los panelistas dan la máxima prioridad a enfermera (9,0) y geriatra (8,9). Por encima de 8 se puntúa la presencia de terapeuta ocupacional (8,6), auxiliar de enfermería (8,5), fisioterapeuta (8,4) y trabajador social (8,3). El personal menos puntuado lo constituyen: celador (7,3), auxiliar de terapia (7,1), auxiliar administrativo (7,1), y el menos puntuado: logopeda (6,9). A todos estos profesionales se les pide que para el **desempeño de sus funciones** tengan, principalmente, conocimientos demostrados (8,8), sensibilidad con las opiniones y actitudes del anciano (8,8) y capacidad de coordinación entre el anciano y otros profesionales o niveles asistenciales (8,8). Con menor puntuación se les piden: habilidades técnicas (8,5), capacidad de comunicación (8,4), respeto hacia las creencias religiosas del paciente (8,4) y buenas aptitudes para las relaciones interpersonales (8,2). Para mejorar aún más la atención a los ancianos, los miembros del panel consideran que **en cada Área Sanitaria deben existir**, en primer lugar, programas de atención geriátrica domiciliaria (8,5), en segundo lugar, un equipo interconsultor geriátrico (8,3) y, finalmente, equipos de apoyo post-alta hospitalaria (8,0).

### *Puntuación de estándares cuantitativos de estructura*

Los miembros del panel han considerado que en un Hospital de Día cada enfermera debería atender un máximo de 15 plazas. También, han estimado que en el Área Sanitaria debería haber un mínimo de 4 geriatras por cada 10.000 habitantes  $\geq$  de 65 años y de 5 geriatras por cada 10.000 habitantes  $\geq$  de 75 años.

La variabilidad en la opinión de los panelistas al puntuar estos ítems es alta, en todos ellos el coeficiente de variación supera el 76%. Por lo tanto, el grado de acuerdo a la hora de decidir los valores mínimos para estos estándares es bajo.

### **IV.3.1.2. Estándares de proceso**

#### **IV.3.1.2.1. Proceso: estándares de organización**

##### *Puntuación de estándares cualitativos de organización (escala de 1 a 9)*

Los diez ítems individuales planteados en este apartado han recibido una puntuación mayor o igual a 8. El estándar que se ha considerado más importante (8,9) ha sido: "El informe de valoración geriátrica integral debe pasar al médico de cabecera y ser incluido en su historia clínica". Le sigue muy de cerca (8,8): "El médico de cabecera debe poder solicitar la valoración del anciano por un geriatra, igual que cualquier otro especialista que considere necesario". Con una media de 8,4 los miembros del panel sitúan los siguientes ítems en el tercer puesto de importancia: "El Servicio de Geriatría debe trabajar coordinadamente con el Servicio de Rehabilitación", "Deben establecerse protocolos de comunicación entre niveles asistenciales que faciliten el intercambio de información de cada paciente" y "El organismo responsable de la atención sanitaria debe tener un plan de evaluación de los servicios que atienden a

pacientes ancianos”. Los menos valorados de este apartado son cuatro estándares con 8,3: “En aquellos hospitales en que no se hayan desarrollado aún Servicios de Geriátría existirá mientras tanto un Equipo Interconsultor Geriátrico para atención a personas mayores ingresadas a cargo de otras especialidades (1 Equipo de Valoración Geriátrica en cada hospital general) y para coordinación con Atención Primaria (Unidad de Coordinación Comunitaria)”, “Se debe incentivar la creación de sistemas de comunicación electrónica que faciliten la transferencia apropiada de datos clínicos esenciales entre niveles asistenciales”, “El Servicio de Geriátría deberá disponer de un geriatra consultor para desempeñar tareas de coordinación con Atención Primaria”, “El médico que atiende al anciano debe estar informado de los recursos locales y de las instituciones que proporcionan servicios de salud a los ancianos”, y un estándar con 8,0: “Los Servicios de Geriátría y/o Equipos de Valoración Geriátrica deben ser la base de los hospitales de agudos para detectar si el anciano necesita atención en Unidades de Media Estancia, y en tal caso ser trasladados rápidamente”.

### IV.3.1.2.2. Proceso: estándares de calidad

#### *Puntuación de estándares cualitativos de calidad (escala de 1 a 9)*

Todos los ítems individuales planteados en este apartado han recibido puntuaciones altas, superiores a 7,0. Los más importantes, a juicio de los panelistas, han sido estos once estándares que encabezan la prioridad con un 8,9 de media: “Se deben revisar de forma periódica y regular los fármacos (prescritos o no) y los regímenes terapéuticos en los ancianos, especialmente en los mayores de 75 años”, “Si un anciano presenta delirium se debe realizar una evaluación para identificar los factores relacionados y tratar las causas”, “El anciano tiene derecho a que se le trate con cortesía y respeto”, “La evaluación del dolor



persistente que repercute en la función física, psicológica o en otros aspectos de la calidad de vida del anciano debe ir dirigida a establecer un diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico”, “En cualquier anciano ingresado con riesgo de presentar úlcera de decúbito se deben establecer las medidas necesarias para reducir el riesgo de inmediato”, “El médico debe dar la consideración de problema de salud importante a un dolor persistente que repercute en la función física, psicológica o en otros aspectos de la calidad de vida del anciano”, “No debe existir discriminación por tener incapacidad auditiva, visual, dificultad de comunicación, incontinencia...”, “La planificación del alta debe comenzar desde el momento del ingreso y es un proceso continuo”, “Dentro de la valoración geriátrica integral se debe explorar la función cognitiva y la capacidad funcional con instrumentos validados”, “Debe realizarse valoración geriátrica a todos los ancianos frágiles” y “En todos los pacientes se debe comenzar la implantación del plan de atención tan pronto como sea posible según su situación clínica”. No menos importantes parecen ser los seis ítems siguientes, puntuados con 8,8, y que realzan los derechos más básicos de los ancianos: “El anciano tiene derecho a elegir si quiere compartir la información con su familia, amigos y cuidadores”, “El anciano tiene derecho a recibir explicaciones claras sobre su enfermedad y opciones de tratamiento”, “En los traslados entre distintas secciones del hospital, la historia clínica debe incluir todos los informes médicos de los lugares por los que ha pasado el anciano”, “Los ancianos deben poder participar en la toma de decisiones de los planes terapéuticos a los que pueden ser sometidos”, “El anciano tiene derecho a recibir ayuda para conseguir un nivel de autonomía y autodeterminación compatible con sus deseos y capacidades” y “El anciano tiene derecho a que se le informe sobre los servicios sociales y de apoyo que le pueden ayudar a adaptarse a su enfermedad o discapacidad”. A tan sólo una décima (8,7), el estándar “Una pérdida de peso involuntaria en un año del 10% o más debe constar en

la historia y el paciente ser evaluado para diagnosticarle la causa". Finalmente, tres ítems puntuados con 8,5: "El anciano tiene derecho a que se respeten sus creencias culturales y espirituales", "Si a un anciano se le prescribe un nuevo medicamento debe constar claramente en la historia clínica el diagnóstico que justifica la indicación" y "Los ancianos, cuando sea necesario, deben tener un control domiciliario tras el alta por personal de Atención Primaria". El resto de los estándares de este bloque han sido valorados con puntuaciones medias que van de 8,4 a 7,3.

En los ítems de elección múltiple, y en relación a las principales funciones del hospital de día para ancianos, la práctica totalidad de los miembros del panel otorga una puntuación de 9 a la valoración médica y multidisciplinaria (8,8) y a la mejoría de la capacidad funcional (8,6). En menor medida a la provisión de cuidados médicos y de enfermería (8,4); a la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos médicos invasivos que no precisan hospitalización (trasfusiones, tratamientos intravenosos, punciones, estabilizaciones clínicas, aerosolterapia, cistometrías simples,...) (8,3); al manejo de altas precoces o ingresos evitados (8,2) y al ajuste del tratamiento (8,0). Menos prioritario sería el seguimiento de la evolución de los problemas médicos (7,9); la docencia e investigación y la educación sanitaria (7,7) y la coordinación asistencial (7,5). La promoción de la higiene personal es, con un 6,7 de media, la función con puntuación más baja. El aspecto más importante que se debe recoger en el **informe de alta** del anciano es la identificación del paciente (9,0). Seguimiento de los medicamentos prescritos al alta y duración del tratamiento (8,9); el nombre y firma del médico que da el alta (8,9); la fecha de ingreso, alta, finalización del informe de alta (8,9); la indicación del nivel de dependencia del paciente y capacidad funcional (8,9); las investigaciones médicas relevantes llevadas a cabo (8,9) y el manejo clínico futuro, incluyendo seguimiento (8,7).

El panel también recomienda añadir el Servicio de ingreso (y Servicio de alta si es diferente), nombre del especialista, detalles hospitalarios (8,5); el o los tratamiento/s dado/s (8,4); a dónde se envía al paciente al alta (8,4); los cuidados comunitarios precisos (8,2); los detalles de la cita en consulta externa (8,1) e indicar si queda pendiente alguna información adicional (8,0). Con menos puntuación se recomienda hacer constar en el informe de alta: los aspectos sin resolver (7,8); los documentos anexos sobre cuidados de problemas geriátricos (disfagia, estreñimiento, inmovilidad...) (7,6); la información dada al paciente y a su cuidador (7,5); el diagnóstico provisional tras los primeros síntomas (7,2) y, por último, la identificación del médico de cabecera (7,0). En el momento de **citar al anciano** debe hacerse por escrito y lo primero a incluir en la cita debe ser la fecha, lugar y hora (8,8), seguida del número de teléfono de contacto con el centro (8,4). Para aquellos con problemas de visión sería recomendable tener formatos especiales con letras grandes (8,1) e incluir en todas las citas recomendaciones de anulación de cita si no va a acudir (8,0). Dar información sobre el transporte (7,3) es lo menos importante para los panelistas. Si es necesario hacer un **volante de derivación**, la información mínima que debe contener, según los panelistas, es el nombre del paciente (8,9); el tratamiento iniciado, cualquier medicación dada o investigaciones realizadas por el médico que emite el volante y copias de los resultados de las investigaciones (8,8); el informe del médico de cabecera que contenga los resultados del examen clínico (8,7) y otras medicaciones que toma (prescrita y automedicación) (8,6). También se recomienda añadir el año de nacimiento del paciente (8,4); la dirección (con código postal) y número de teléfono y el diagnóstico sugerido (8,3); el número de historia (si el paciente ha sido visto antes en el hospital) (8,1) y todos los antecedentes personales y factores sociales, incluyendo el papel del cuidador, que pueden influir en la gestión y los planes de cuidados (8,0). Como información complementaria, el número de la Seguridad Social (7,7);

otras necesidades, incluyendo circunstancias domésticas u otros factores que pueden influir en la gestión y los planes de cuidados (7,4); indicar qué respuesta espera el médico que emite el volante del médico al que se deriva el paciente (7,3) y la valoración geriátrica (7,1). Lo menos importante, a juicio de los panelistas, es hacer constar el estado civil del paciente (5,6). En el momento de establecer un **plan de atención** del anciano, éste debe incluir, principalmente, la valoración clínica: historia, diagnóstico, programa de tratamiento actual (farmacológico y no farmacológico), pronóstico; el estado cognitivo y sensorial y la valoración funcional y necesidades de rehabilitación o fisioterapia (8,9). Se recomienda también indicar las necesidades de medicación y la necesidad asistencial (nivel más adecuado de derivación) (8,8). Con menos puntuación se recomienda detallar la información sobre la comunicación del paciente, incluyendo visión y audición (8,4); el estado psicológico del paciente, e.g. miedo a caerse, miedo a volverse olvidadizo /despistado, depresión, las redes de apoyo social y las necesidades de los cuidadores (8,3); el asesoramiento sobre posibles beneficios sociales y el entorno de vivienda (8,0) y equipamiento, incluyendo adaptaciones en la casa y equipo personal (7,9). Aportar información sobre las necesidades religiosas y culturales es lo menos prioritario (6,8). Este **plan de atención debe** revisarse periódicamente (8,5) y quedar registrado por escrito, firmado y fechado (8,4). Según los expertos, debiera estar aprobado por el paciente y/o su cuidador en relación a los objetivos a corto y largo plazo (7,9) y que proporcionara un plazo de tiempo para la consecución de los objetivos (7,8). Un menor porcentaje de panelistas puntúan con la máxima importancia que el **plan de atención** del anciano proporcione nombres y números de contacto (7,4) y que se envíe a todos los afectados, incluyendo el paciente y/o su cuidador, a menos que el paciente no lo solicite, o en casos de sospechas de maltrato (7,3). El menos puntuado es la inclusión del detalle de las responsabilidades de los individuos y organismos (6,8).

### IV.3.1.2.3. Proceso: estándares de tiempos

#### *Puntuación de estándares cuantitativos de tiempos*

Los miembros del panel consideran que en un plazo máximo de 6 días el médico de cabecera debe recibir el informe del geriatra (CV = 50,2).

## TABLA I. ASPECTOS GENERALES EN GERIATRÍA

### I.1. ESTÁNDARES DE ESTRUCTURA

#### I.1.1. Estructura: Instalaciones/Materiales/Equipamientos

Estándares de estructura (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
Todos los centros sanitarios deben estar adaptados a las personas con discapacidad.	98	8,8	9	88	99	100	0
Todo hospital y toda Área de Salud deberán tener unos recursos geriátricos especializados suficientes para sus necesidades y demandas.	98	8,9	9	89	100	100	0
<i>En cada Área sanitaria debe existir, para la correcta atención de los ancianos:</i>							
Unidad de Media Estancia	98	8,9	9	93	100	100	0
Consulta externa de Geriatría	98	8,9	9	93	100	100	0
Unidad de Agudos	98	8,9	9	93	98	100	0
Hospital de Día	98	8,4	9	62	98	99	1
En la planta del hospital debe haber una sala para poderse entrevistar privadamente con el médico.	98	8,2	8	42	97	100	0
El mobiliario de las habitaciones debe ser adecuado a las limitaciones de los ancianos.	98	8,2	8	36	98	100	0
Las habitaciones hospitalarias deben tener sistemas de oxígeno y vacío incorporados.	98	8,2	8	48	94	100	0

**TABLA I. ASPECTOS GENERALES EN GERIATRÍA (continuación)****I.1.2. Estructura: Personal/Formación/Competencia**

<b>Estándares de estructura (escala de 1 a 9)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>% 9</b>	<b>% ≥ 7</b>	<b>% ≥ 5</b>	<b>% &lt; 5</b>
Debería existir por lo menos un Servicio de Geriatría con capacidad docente en cada Comunidad Autónoma.	98	8,9	9	94	99	99	1
La valoración geriátrica integral debe encontrarse en los programas de formación de los profesionales de la salud y ser parte integrante del currículum de todos los médicos.	98	8,4	9	60	97	99	1
<i>Los Equipos de Valoración Geriátrica deben estar formados por:</i>							
Médicos geriatras	98	9,0	9	98	100	100	0
Enfermería	98	8,9	9	93	100	100	0
Trabajadores sociales	98	8,7	9	81	99	100	0
Terapeutas ocupacionales	98	7,0	7	14	73	94	6
Fisioterapeutas	97	7,0	7	12	75	94	6
Rehabilitadores	98	5,7	6	3	30	83	17
Dietistas	98	5,7	6	3	19	87	13
Psicólogos	97	5,7	6	2	32	84	16
<i>Los profesionales de los Servicios/ Unidades de Geriatría deben reunir las siguientes cualidades:</i>							
Conocimientos demostrados	98	8,8	9	88	99	100	0
Sensibilidad con las opiniones y actitudes del anciano	98	8,8	9	81	99	100	0
Capacidad de coordinación entre el anciano y otros profesionales o niveles asistenciales	98	8,8	9	79	99	100	0

TABLA I. ASPECTOS GENERALES EN GERIATRÍA (continuación)

## I.1.2. Estructura: Personal/Formación/Competencia

<b>Estándares de estructura (escala de 1 a 9)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>% 9</b>	<b>% ≥ 7</b>	<b>% ≥ 5</b>	<b>% &lt; 5</b>
Habilidades técnicas	97	8,5	9	58	98	100	0
Capacidad de comunicación	98	8,4	9	53	98	100	0
Respeto hacia las creencias religiosas del paciente	98	8,4	9	51	96	100	0
Buenas aptitudes para las relaciones interpersonales	98	8,2	8	43	96	100	0
El geriatra debe tener experiencia y formación en el manejo del dolor en ancianos.	97	8,9	9	89	100	100	0
<i>El personal mínimo del Hospital de Día para ancianos debe ser:</i>							
Enfermería	98	9,0	9	98	100	100	0
Geriatra	98	8,9	9	96	100	100	0
Terapeuta ocupacional	98	8,6	9	66	98	100	0
Auxiliares de enfermería	98	8,5	9	64	98	100	0
Fisioterapeuta	98	8,4	9	59	97	99	1
Trabajador social	98	8,3	8	48	96	100	0
Celador	98	7,3	8	23	77	95	5
Auxiliares de terapia	98	7,1	7	18	74	96	4
Auxiliar administrativo	98	7,1	7	15	73	98	2
Logopeda	98	6,9	7	14	68	94	6
Los equipos multidisciplinares de Atención Primaria y los trabajadores sociales deben estar disponibles para apoyar a los ancianos en su regreso a casa desde el hospital.	98	8,8	9	78	100	100	0
<i>En cada Área Sanitaria debe existir, para la correcta atención de los ancianos:</i>							
Programas de atención geriátrica domiciliaria	98	8,5	9	62	98	100	0



**TABLA I. ASPECTOS GENERALES EN GERIATRÍA (continuación)****I.1.2. Estructura: Personal/Formación/Competencia**

Estándares de estructura (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
Equipo interconsultor geriátrico	98	8,3	9	56	96	99	1
Equipos de apoyo post-alta hospitalaria	97	8,0	8	35	92	99	1
En toda Área Sanitaria debe existir un programa de atención al anciano.	97	8,9	9	89	100	100	0

**I.1.2. Estructura: Personal/Formación/Competencia**

Estándares de estructura (cuantificados)	N	Media	Mediana	P25	P75	DE	CV
El número de plazas para atender por cada enfermera en un Hospital de Día debería ser de:	93	14,7	15	12	15	3,6	81,6
<i>Número de geriatras en el Área Sanitaria por cada:</i>							
10.000 habitantes de ≥ 65 años	92	3,9	4	3	5	1,8	76,8
10.000 habitantes de ≥ 75 años	92	5,2	5	4	6	2,2	76,3

P25 = percentil 25; P75 = percentil 75; DE = desviación estándar; CV = coeficiente de variación.

TABLA I. ASPECTOS GENERALES EN GERIATRÍA (continuación)

## I.2. ESTÁNDARES DE PROCESO

## I.2.1. Proceso: Estándares de organización

Estándares de organización (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
Los Servicios de Geriatria y/o Equipos de Valoración Geriátrica deben ser la base de los hospitales de agudos para detectar si el anciano necesita atención en Unidades de Media Estancia, y en tal caso ser trasladados rápidamente.	97	8,0	8	38	92	98	2
En aquellos hospitales en que no se hayan desarrollado aún Servicios de Geriatria existirá mientras tanto un Equipo Interconsultor Geriátrico para atención a personas mayores ingresadas a cargo de otras especialidades (1 Equipo de Valoración Geriátrica en cada hospital general) y para coordinación con Atención Primaria (Unidad de Coordinación Comunitaria).	95	8,3	9	72	92	98	2
El Servicio de Geriatria deberá disponer de un geriatra consultor para desempeñar tareas de coordinación con Atención Primaria.	98	8,3	8	43	99	100	0
El Servicio de Geriatria debe trabajar coordinadamente con el Servicio de Rehabilitación.	97	8,4	9	57	96	100	0

**TABLA I. ASPECTOS GENERALES EN GERIATRÍA (continuación)****I.2.1. Proceso: Estándares de organización**

<b>Estándares de organización (escala de 1 a 9)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>% 9</b>	<b>% ≥ 7</b>	<b>% ≥ 5</b>	<b>% &lt; 5</b>
El organismo responsable de la atención sanitaria debe tener un plan de evaluación de los servicios que atienden a pacientes ancianos.	98	8,4	8	47	100	100	0
El médico que atiende al anciano debe estar informado de los recursos locales y de las instituciones que proporcionan servicios de salud a los ancianos.	97	8,3	8	39	98	100	0
El médico de cabecera debe poder solicitar la valoración del anciano por un geriatra, igual que cualquier otro especialista que considere necesario.	98	8,8	9	86	100	100	0
El informe de valoración geriátrica integral debe pasar al médico de cabecera y ser incluido en su historia clínica.	98	8,9	9	88	100	100	0
Deben establecerse protocolos de comunicación entre niveles asistenciales que faciliten el intercambio de información de cada paciente.	98	8,4	9	51	99	100	0
Se debe incentivar la creación de sistemas de comunicación electrónica que faciliten la transferencia apropiada de datos clínicos esenciales entre niveles asistenciales.	97	8,3	8	46	97	100	0

TABLA I. ASPECTOS GENERALES EN GERIATRÍA (continuación)

## I.2.2. Proceso: Estándares de calidad

Estándares de calidad (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
La planificación del alta debe comenzar desde el momento del ingreso y es un proceso continuo.	98	8,9	9	86	100	100	0
Los ancianos no deben ser dados de alta sin que se haya comprobado que su hogar está preparado y el anciano y su cuidador de acuerdo.	98	7,5	7	16	88	100	0
<i>En el informe de alta de un anciano se deben incluir los siguientes aspectos:</i>							
Identificación del paciente	98	9,0	9	98	100	100	0
Medicamentos prescritos al alta y duración	98	8,9	9	94	100	100	0
Nombre y firma del médico que da el alta	98	8,9	9	91	99	100	0
Fecha de ingreso, alta, finalización del informe de alta	98	8,9	9	89	99	100	0
Indicación del nivel de dependencia del paciente y capacidad funcional	97	8,9	9	88	100	100	0
Investigaciones médicas relevantes llevadas a cabo	98	8,9	9	87	100	100	0
Manejo clínico futuro, incluyendo seguimiento	98	8,7	9	80	99	100	0
Servicio de ingreso (y servicio de alta si es diferente), nombre del especialista, detalles hospitalarios	98	8,5	9	63	98	100	0
Tratamiento/s dado/s	98	8,4	9	54	98	100	0
A dónde se envía al paciente al alta	98	8,4	9	52	98	100	0
Cuidados comunitarios precisos	97	8,2	8	40	98	100	0

**TABLA I. ASPECTOS GENERALES EN GERIATRÍA (continuación)****I.2.2. Proceso: Estándares de calidad**

<b>Estándares de calidad (escala de 1 a 9)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>% 9</b>	<b>% ≥ 7</b>	<b>% ≥ 5</b>	<b>% &lt; 5</b>
Detalles de la cita en consulta externa	98	8,1	8	42	94	100	0
Indicar si queda pendiente alguna información adicional	96	8,0	8	32	97	100	0
Aspectos sin resolver	98	7,8	8	19	94	99	1
Documentos anexos sobre cuidados de problemas geriátricos (disfagia, estreñimiento, inmovilidad...)	96	7,6	8	19	81	99	1
Información dada al paciente y a su cuidador	98	7,5	7	19	85	100	0
Diagnóstico provisional tras los primeros síntomas	98	7,2	7	18	73	98	2
Identificación del médico de cabecera	98	7,0	7	19	66	97	3
Antes de una semana tras el alta los ancianos deben poder disponer del equipo necesario para su recuperación funcional en el hogar.	98	7,3	7	16	83	97	3
Los ancianos, cuando sea necesario, deben tener un control domiciliario tras el alta por personal de Atención Primaria.	97	8,5	9	57	100	100	0
El paciente mayor de 80 años, cuando ingrese en un hospital, tiene derecho a solicitar una evaluación por un médico especialista en Geriátría.	98	8,1	8	46	93	99	1
En todo anciano hospitalizado se debe valorar su estado nutricional.	98	8,3	8	45	99	100	0

TABLA I. ASPECTOS GENERALES EN GERIATRÍA (continuación)

## I.2.2. Proceso: Estándares de calidad

Estándares de calidad (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
En cualquier anciano ingresado con riesgo de presentar úlcera de decúbito se deben establecer las medidas necesarias para reducir el riesgo de inmediato.	98	8,9	9	92	100	100	0
En los ancianos ingresados se deben evitar los traslados innecesarios de una planta a otra ya que producen desorientación del paciente, ansiedad familiar, discontinuidad en los cuidados y retraso del plan de alta. Todos los traslados que se realicen deben ser supervisados.	98	8,0	8	30	96	100	0
Los traslados de los ancianos de una planta a otra del hospital se deben hacer según las necesidades del anciano y no las del hospital.	98	7,8	8	20	95	100	0
Si un anciano hospitalizado es incapaz de comer durante más de 72 horas, se le debe ofrecer una alimentación alternativa (por ejemplo, enteral o parenteral).	98	8,0	8	31	94	100	0
En los ancianos ingresados, el tiempo máximo que debe transcurrir desde la última toma de alimento de la noche y el desayuno no debe exceder de 14 horas.	97	8,2	8	32	98	99	1
Se debe respetar el sueño durante los ingresos hospitalarios con el menor número de interrupciones posibles en el tratamiento, utilizando luces tenues y hablando en voz baja.	97	8,2	8	39	98	99	1

**TABLA I. ASPECTOS GENERALES EN GERIATRÍA (continuación)****I.2.2. Proceso: Estándares de calidad**

<b>Estándares de calidad (escala de 1 a 9)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>% 9</b>	<b>% ≥ 7</b>	<b>% ≥ 5</b>	<b>% &lt; 5</b>
Los ancianos deben realizar sesiones de entrenamiento de la fuerza muscular y del equilibrio. El ejercicio debe ser adecuado a las condiciones físicas y de salud de los individuos.	96	7,5	8	17	85	100	0
Todo anciano con incontinencia urinaria tiene que tener una valoración de su situación y un plan de intervención según el tipo de incontinencia que presente.	97	8,2	8	40	98	100	0
Un anciano con artrosis sintomática se debe evaluar con la periodicidad necesaria para controlar el dolor.	98	8,3	8	47	97	100	0
En ancianos con delirium se debe prestar especial atención a la alimentación insistiéndoles para que coman y beban adecuadamente. Si es necesario se les dará suplementos nutricionales y/o asistencia a la hora de la comida.	97	7,6	8	20	89	100	0
Si un anciano presenta delirium se debe realizar una evaluación para identificar los factores relacionados y tratar las causas.	98	8,9	9	94	99	100	0
Los ancianos deben poder participar en la toma de decisiones de los planes terapéuticos a los que pueden ser sometidos.	98	8,8	9	84	100	100	0
En todos los pacientes se debe comenzar la implantación del plan de atención tan pronto como sea posible según su situación clínica.	97	8,9	9	89	100	100	0

TABLA I. ASPECTOS GENERALES EN GERIATRÍA (continuación)

## I.2.2. Proceso: Estándares de calidad

Estándares de calidad (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
<i>El plan de atención del anciano debe incluir:</i>							
Valoración clínica: historia, diagnóstico, programa de tratamiento actual (farmacológico y no farmacológico), pronóstico	97	8,9	9	95	100	100	0
Estado cognitivo y sensorial	97	8,9	9	93	100	100	0
Valoración funcional y necesidades de rehabilitación o fisioterapia	97	8,9	9	93	100	100	0
Necesidades de medicación	96	8,8	9	84	100	100	0
Necesidad asistencial (nivel más adecuado de derivación)	97	8,8	9	81	100	100	0
Comunicación, incluyendo visión y audición	96	8,4	8	48	99	100	0
Estado psicológico del paciente, e.g. miedo a caerse, miedo a volverse olvidadizo / despistado, depresión	96	8,3	8	48	97	100	0
Redes de apoyo social	97	8,3	8	43	99	100	0
Necesidades de los cuidadores	96	8,3	8	35	100	100	0
Asesoramiento sobre posibles beneficios sociales	97	8,0	8	32	95	99	1
Entorno de vivienda	97	8,0	8	32	94	100	0
Equipamiento, incluyendo adaptaciones en la casa y equipo personal	97	7,9	8	25	95	99	1
Necesidades religiosas y culturales	97	6,8	7	9	67	96	4



**TABLA I. ASPECTOS GENERALES EN GERIATRÍA (continuación)****I.2.2. Proceso: Estándares de calidad**

<b>Estándares de calidad (escala de 1 a 9)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>% 9</b>	<b>% ≥ 7</b>	<b>% ≥ 5</b>	<b>% &lt; 5</b>
<i>El plan de atención del anciano debe:</i>							
Revisarse periódicamente	98	8,5	9	57	97	100	0
Quedar registrado por escrito, firmado y fechado	98	8,4	9	56	96	100	0
Ser aprobado por el paciente y/o su cuidador en relación a los objetivos a corto y largo plazo	96	7,9	8	26	95	99	1
Proporcionar un plazo de tiempo para la consecución de los objetivos	98	7,8	8	18	92	99	1
Proporcionar nombres y números de los contactos	98	7,4	7	15	84	100	0
Enviarse a todos los afectados, incluyendo el paciente y/o su cuidador, a menos que el paciente no lo solicite, o en casos de sospechas de maltrato	97	7,3	7	12	86	97	3
Detallar las responsabilidades de los individuos y organismos	97	6,8	7	4	71	97	3
Las decisiones tomadas en la planificación de la atención al anciano deben estar actualizadas y basadas en la evidencia.	96	8,3	8	41	97	100	0
El anciano tiene derecho a que se respeten sus creencias culturales y espirituales.	98	8,5	9	61	99	100	0
El anciano tiene derecho a recibir ayuda para conseguir un nivel de autonomía y auto-determinación compatible con sus deseos y capacidades.	98	8,8	9	82	99	100	0

TABLA I. ASPECTOS GENERALES EN GERIATRÍA (continuación)

## I.2.2. Proceso: Estándares de calidad

Estándares de calidad (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
El anciano tiene derecho a recibir explicaciones claras sobre su enfermedad y opciones de tratamiento.	98	8,8	9	87	98	100	0
El anciano tiene derecho a elegir si quiere compartir la información con su familia, amigos y cuidadores.	97	8,8	9	88	99	100	0
El anciano tiene derecho a ser tratado con cortesía y respeto.	97	8,9	9	94	99	100	0
El anciano tiene derecho a que se le informe sobre los servicios sociales y de apoyo que le pueden ayudar a adaptarse a su enfermedad o discapacidad.	98	8,8	9	81	99	100	0
El anciano tiene derecho a acceder a su historia médica.	98	8,3	9	61	94	97	3
Todo anciano inmovilizado tiene derecho a ser valorado en su domicilio por un médico especialista en Geriatría.	97	7,5	8	32	82	95	5
Todo anciano etiquetado de enfermo terminal debe tener derecho a una valoración geriátrica integral con el fin de confirmar su situación y establecer un plan de atención.	97	8,1	9	53	90	97	3
No debe existir discriminación por tener incapacidad auditiva, visual, dificultad de comunicación, incontinencia...	97	8,9	9	91	99	100	0
Ante cualquier diagnóstico deben explicarse adecuadamente las medidas no farmacológicas y ponerlas en práctica.	96	8,3	8	47	97	100	0

**TABLA I. ASPECTOS GENERALES EN GERIATRÍA (continuación)****I.2.2. Proceso: Estándares de calidad**

<b>Estándares de calidad (escala de 1 a 9)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>% 9</b>	<b>% ≥ 7</b>	<b>% ≥ 5</b>	<b>% &lt; 5</b>
Si a un anciano se le prescribe un nuevo medicamento debe constar claramente en la historia clínica el diagnóstico que justifica la indicación.	98	8,5	9	61	98	99	1
Se deben revisar de forma periódica y regular los fármacos (prescritos o no) y regímenes terapéuticos en los ancianos, especialmente en los mayores de 75 años.	98	8,9	9	94	100	100	0
La información sobre el manejo del anciano se debe dar al paciente y a su cuidador principal.	96	8,4	9	58	98	99	1
Se debe valorar la salud, capacitación y necesidades de ayuda de los cuidadores de personas ancianas.	97	8,2	8	34	98	100	0
Deben valorarse las necesidades de los cuidadores utilizando herramientas validadas y estandarizadas.	98	7,4	8	14	86	99	1
Los médicos deben conocer los conceptos básicos de la capacidad de autonomía y decisión de los pacientes y estar familiarizados con los documentos que se deben utilizar para proteger su autonomía cuando su capacidad de decisión se ha perdido.	98	8,3	8	45	98	100	0
Todos los ancianos deberían ser capaces de identificar un médico o ambulatorio al que llamar cuando necesiten atención médica o deberían conocer el teléfono u otro mecanismo por el que puedan ponerse en contacto con el servicio de salud.	98	8,4	9	54	99	100	0

TABLA I. ASPECTOS GENERALES EN GERIATRÍA (continuación)

## I.2.2. Proceso: Estándares de calidad

Estándares de calidad (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
<i>Las funciones principales del hospital de día para ancianos deben ser:</i>							
Valoración médica y multidisciplinaria	98	8,8	9	88	98	100	0
Mejoría de la capacidad funcional	97	8,6	9	70	100	100	0
Provisión de cuidados médicos y de enfermería	98	8,4	9	54	98	100	0
Realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos médicos invasivos que no precisan hospitalización (trasfusiones, tratamientos intravenosos, punciones, estabilizaciones clínicas, aerosolterapia, cistometrías simples...)	98	8,3	8	41	97	100	0
Manejo de altas precoces o ingresos evitados	98	8,2	8	46	94	99	1
Ajuste del tratamiento	98	8,0	8	35	93	99	1
Seguimiento de la evolución de los problemas médicos	98	7,9	8	35	90	99	1
Docencia e investigación	98	7,7	8	24	88	97	3
Educación sanitaria	98	7,7	8	23	91	97	3
Coordinación asistencial	98	7,5	8	20	89	99	1
Promoción de la higiene personal	98	6,7	7	10	64	92	8

**TABLA I. ASPECTOS GENERALES EN GERIATRÍA (continuación)****I.2.2. Proceso: Estándares de calidad**

<b>Estándares de calidad (escala de 1 a 9)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>% 9</b>	<b>% ≥ 7</b>	<b>% ≥ 5</b>	<b>% &lt; 5</b>
<i>Los requisitos mínimos para un volante de derivación deben ser:</i>							
Nombre del paciente	97	8,9	9	94	98	100	0
Tratamiento iniciado, cualquier medicación dada o investigaciones realizadas por el médico que emite el volante y copias de los resultados de las investigaciones	98	8,8	9	86	98	100	0
Informe del médico de cabecera que contenga los resultados del examen clínico	98	8,7	9	84	97	100	0
Otras medicaciones que toma (prescritas y automedicación)	97	8,6	9	68	99	100	0
Año de nacimiento	98	8,4	9	58	96	100	0
Dirección (con código postal) y número de teléfono	98	8,3	9	53	95	100	0
Diagnóstico sugerido	98	8,3	8	41	97	100	0
Número de historia (si el paciente ha sido visto antes en el hospital)	98	8,1	8	49	89	98	2
Todos los antecedentes personales	98	8,0	8	39	89	98	2
Factores sociales, incluyendo el papel del cuidador, que pueden influir en la gestión y los planes de cuidados	97	8,0	8	27	96	99	1
Número de la Seguridad Social	98	7,7	8	37	84	98	2
Otras necesidades, incluyendo circunstancias domésticas, u otros factores que pueden influir en la gestión y los planes de cuidados	98	7,4	7	12	85	100	0

TABLA I. ASPECTOS GENERALES EN GERIATRÍA (continuación)

## I.2.2. Proceso: Estándares de calidad

Estándares de calidad (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
Indicar qué respuesta espera el médico que emite el volante del médico al que se deriva el paciente	98	7,3	7	15	76	99	1
Valoración geriátrica	98	7,1	7	17	74	96	4
Estado civil	97	5,6	6	9	43	76	24
<i>Las citas médicas de los ancianos deben realizarse por escrito e incluir:</i>							
Fecha, lugar y hora	98	8,8	9	93	98	100	0
Número de teléfono de contacto con el centro	98	8,4	9	57	97	100	0
Para aquellos con problemas de visión tener formatos especiales con letras grandes	98	8,1	8	32	94	100	0
Recomendación de anulación de cita si no va a acudir	98	8,0	8	30	94	100	0
Transporte	98	7,3	7	18	81	99	1
La valoración geriátrica integral y sus revisiones deben incluir valoraciones de maltrato al anciano y/o a su cuidador.	96	7,9	8	26	92	99	1
Dentro de la valoración geriátrica integral se debe explorar la función cognitiva y la capacidad funcional con instrumentos validados.	97	8,9	9	92	100	100	0
Debe realizarse valoración geriátrica a todos los ancianos frágiles.	98	8,9	9	89	100	100	0

**TABLA I. ASPECTOS GENERALES EN GERIATRÍA (continuación)****I.2.2. Proceso: Estándares de calidad**

<b>Estándares de calidad (escala de 1 a 9)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>% 9</b>	<b>% ≥ 7</b>	<b>% ≥ 5</b>	<b>% &lt; 5</b>
Una pérdida de peso involuntaria en un año del 10% o más debe constar en la historia y el paciente ser evaluado para diagnosticarle la causa.	98	8,7	9	83	99	99	1
Si un anciano con ictus tiene disfagia persistente de más de 7 días se debe considerar la nutrición enteral.	97	8,1	8	46	95	98	2
Si un anciano con ictus tiene una alimentación por sonda que se prolonga más de 14 días se debe considerar la realización de gastrostomía o yeyunostomía.	97	7,5	8	29	81	95	5
Las políticas de reanimación de los pacientes ancianos se deben revisar periódicamente para asegurar su concordancia con las recomendaciones establecidas.	98	8,2	8	44	94	100	0
Los ancianos encamados habitualmente, cuando acuden al servicio de urgencias deben ser instalados en camas con colchones adecuados y no en camillas o sillas.	97	8,3	8	42	98	100	0
Los ancianos deben tener la posibilidad de ser tratados en el domicilio en vez de en el hospital cuando sea clínicamente apropiado.	98	8,4	8	47	100	100	0
Antes de ingresar a un anciano en una residencia asistida se debe realizar previamente una valoración geriátrica.	96	8,4	9	63	95	100	0

TABLA I. ASPECTOS GENERALES EN GERIATRÍA (continuación)

## I.2.2. Proceso: Estándares de calidad

Estándares de calidad (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥7	% ≥5	% < 5
Cuando a un anciano se le remite de una consulta a otra, el médico debe cerciorarse de que el paciente o su familiar han comprendido la razón de la remisión.	98	8,3	8	39	99	100	0
En los traslados entre distintas secciones del hospital, la historia clínica debe incluir todos los informes médicos de los lugares por los que ha pasado el anciano.	96	8,8	9	85	100	100	0
La evaluación del dolor persistente que repercute en la función física, psicológica o en otros aspectos de la calidad de vida del anciano debe ir dirigida a establecer un diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico.	97	8,9	9	93	100	100	0
El médico debe dar la consideración de problema de salud importante a un dolor persistente que repercute en la función física, psicológica o en otros aspectos de la calidad de vida del anciano.	97	8,9	9	91	100	100	0



**TABLA I. ASPECTOS GENERALES EN GERIATRÍA (continuación)****I.2.3. Proceso: Estándares de tiempo**

<b>Estándares de tiempo (cuantificados)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>P25</b>	<b>P75</b>	<b>DE</b>	<b>CV</b>
El tiempo (expresado en <b>días</b> ) para que el médico de cabecera reciba el informe del geriatra no debe sobrepasar:	87	6,0	7	3	7	2,8	50,2

P25 = percentil 25; P75 = percentil 75; DE = desviación estándar; CV = coeficiente de variación.

### IV.3.2. Estándares sobre prevención y exámenes de salud en Geriatría (Tabla II)

#### IV.3.2.1. Estándares de proceso

##### IV.3.2.1.1. Proceso: estándares de calidad/ prevención

##### *Puntuación de estándares cualitativos de calidad/ prevención (escala de 1 a 9)*

De los nueve **ítems individuales** recogidos en este apartado, seis reciben puntuaciones de 8 ó superiores. Para los panelistas el más importante, con un 8,3 de media, establece que “Para la prevención de la osteoporosis y de las fracturas, en mujeres mayores de 65 años, se debe realizar promoción de estilos de vida saludables (ejercicio y dieta)”. Fomentar el ejercicio y las revisiones oftalmológicas son otros aspectos preventivos con alta puntuación: “A todos los ancianos se les debe aconsejar, al menos una vez, para fomentar una actividad física regular” (8,2) y “Todo anciano con déficit visual progresivo debe ser revisado por un oftalmólogo en un plazo inferior a 2 meses” (8,2). Las siguientes recomendaciones con puntuación media de 8,0 fueron puntuadas con la máxima importancia por un tercio de los panelistas: “A todos los mayores de 75 años se les debe realizar un examen de salud una vez al año”, “Si un anciano presenta una enfermedad en la que el tabaco es un factor de riesgo y fuma, se le debe ofrecer asesoramiento para dejar de fumar, como mínimo anualmente, y se debe hacer constar en la historia médica” y “Los ancianos deben recibir información sobre los beneficios de las vacunas”. Estándares con puntuación algo más baja han sido las recomendaciones relativas al abandono del tabaquismo (7,9), la realización de determinaciones de colesterol total sérico cada 5 años (7,3) y la indagación anual de alcoholismo en el anciano (6,1).

De los dos **estándares de elección múltiple** sobre prevención, el primero de ellos establece que los aspectos fundamentales que deben ser valorados en el examen de salud del anciano son la valoración funcional, la medicación previa y la salud mental o capacidad cognitiva (8,9), la movilidad y el equilibrio (8,8) y la presión sanguínea y el pulso (8,7). También obtienen puntuación elevada la valoración del dolor, la visión, el riesgo de caídas, el entorno familiar y el soporte social, el oído, el estado nutricional, el índice de masa corporal y la incontinencia urinaria (8,5). El segundo ítem pone de relieve que todos los ancianos deben recibir vacuna contra la gripe (8,8), obteniendo la del tétanos (7,9) y el neumococo (7,5) puntuación algo menor.

### IV.3.2.1.2. Proceso: estándares de tiempos

#### *Puntuación de estándares cuantitativos de tiempos*

Debería tomarse la tensión arterial a los ancianos no hipertensos 2 veces al año, periodicidad que se establece con un CV = 42,9. En el caso de la periodicidad de los exámenes de salud "Todos los ancianos deben tener un examen de, aproximadamente, cada año". En este caso existe bastante desacuerdo entre los miembros del panel ya que la variabilidad en las respuestas es alta (CV = 76,2).

En opinión de los panelistas, a los pacientes de 65 a 74 años se les debe hacer una revisión de la audición y de la visión, aproximadamente, cada año y medio (media audición = 17 meses, media visión = 16 meses); se deben recoger sus datos de alimentación (número de comidas al día, lugar, apetito, problemas con la masticación...) cada año y medio (media = 17 meses); se les debe hacer una valoración del deterioro cognitivo, de la depresión, de la incontinencia y del riesgo de caídas alrededor de cada año y medio (media deterioro cognitivo, depresión e incontinencia = 17 meses, media caídas = 16 meses) y de la presencia de dolor crónico anualmente (media = 13 meses). A los

pacientes de edad mayor o igual a 75 años, la revisión de la audición y de la vista se les debe realizar cada año (media = 12 meses); se deben recoger sus datos de alimentación anualmente (media = 11 meses); la valoración del deterioro cognitivo alrededor del año (media = 11 meses), de la depresión y de la incontinencia anualmente (media = 12 meses), del riesgo de caídas y de la presencia de dolor crónico con frecuencia algo mayor a la anual (media caídas = 10 meses, media dolor = 9 meses). Ante cambios psicosociales (pérdida de funciones físicas, duelo, enfermedad en la familia...), la valoración de la depresión debe realizarse en un plazo más corto, con una periodicidad cuatrimestral (media = 4 meses).

En estos estándares de tiempos, relativos a pacientes de 65 a 74 años, la variabilidad en la opinión de los panelistas se ha movido entre un grado medio y alto. El coeficiente de variación va del 69,4% al 93,0%, situándose en más del 70% para casi la totalidad de los ítems. El grado de consenso es menor cuando se trata de pacientes de edad mayor o igual a 75 años. Para cuatro de los estándares el CV supera el 100% y el resto se mueven entre un grado medio y alto (del 69,3% al 99,0%).

## TABLA II. PREVENCIÓN Y EXÁMENES DE SALUD

### II.1. ESTÁNDARES DE PROCESO

#### II.1.1. Proceso: Estándares de calidad/prevenición

Aspectos preventivos (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
A todos los mayores de 75 años se les debe realizar un examen de salud una vez al año.	97	8,0	8	37	95	97	3
<i>Aspectos que deben ser valorados en el examen de salud del anciano:</i>							
Valoración funcional	97	8,9	9	93	100	100	0
Medicación previa	97	8,9	9	93	100	100	0
Salud mental, capacidad cognitiva	98	8,9	9	88	100	100	0
Movilidad y equilibrio	98	8,8	9	84	100	100	0
Presión sanguínea y pulso	98	8,7	9	79	99	100	0
Dolor	98	8,5	9	61	97	100	0
Visión	98	8,5	9	60	99	100	0
Riesgo de caídas	98	8,5	9	57	100	100	0
Entorno familiar y soporte social	98	8,5	9	57	100	100	0
Oído	98	8,5	9	57	98	100	0
Estado nutricional, índice de masa corporal	98	8,5	9	56	100	100	0
Incontinencia urinaria	98	8,5	9	54	100	100	0
Capacidad para comer o tragar	98	8,4	9	53	99	100	0
Riesgo de úlceras de decúbito	98	8,3	9	52	94	100	0
Nivel de actividad física	98	8,3	8	47	99	100	0

TABLA II. PREVENCIÓN Y EXÁMENES DE SALUD (continuación)

## II.1.1. Proceso: Estándares de calidad/prevención

Aspectos preventivos (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
Función intestinal	97	8,3	8	45	98	100	0
Hábitos de riesgo	98	8,2	8	46	93	100	0
Estado de la dentadura	98	8,2	8	36	100	100	0
Apetito	97	8,1	8	30	99	100	0
Riesgo de delirium	97	8,0	8	36	93	99	1
Temperatura	97	7,3	8	28	77	96	4
Saturación de oxígeno	96	6,6	7	11	65	93	7
Creencias	97	6,1	6	9	41	89	11
A todos los ancianos se les debe aconsejar, al menos una vez, para fomentar una actividad física regular.	98	8,2	8	48	95	99	1
Para la prevención de la osteoporosis y de las fracturas, en mujeres mayores de 65 años, se debe realizar promoción de estilos de vida saludables (ejercicio y dieta).	97	8,3	8	41	99	100	0
Si un anciano fuma regularmente se le debe ofrecer consejo o tratamiento farmacológico, al menos una vez, para dejar de fumar.	98	7,9	8	34	92	99	1
Si un anciano presenta una enfermedad en la que el tabaco es un factor de riesgo y fuma, se le debe ofrecer asesoramiento para dejar de fumar, como mínimo anualmente, y se debe hacer constar en la historia médica.	98	8,0	8	37	94	98	2

**TABLA II. PREVENCIÓN Y EXÁMENES DE SALUD (continuación)****II.1.1. Proceso: Estándares de calidad/prevenición**

<b>Aspectos preventivos (escala de 1 a 9)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>% 9</b>	<b>% ≥ 7</b>	<b>% ≥ 5</b>	<b>% &lt; 5</b>
Todo anciano con déficit visual progresivo debe ser revisado por un oftalmólogo en un plazo inferior a 2 meses.	97	8,2	8	39	96	100	0
Todos los ancianos deben ser sometidos a una revisión al menos una vez para detectar alcoholismo, utilizando cuestionarios de evaluación estandarizados (por ejemplo, CAGE, AUDIT).	97	6,1	6	6	35	90	10
Se recomienda practicar una determinación de colesterol total sérico cada 5 años hasta los 75 años. En los mayores de 75 años, una determinación si no se había realizado anteriormente ninguna.	98	7,3	7	16	84	97	3
Los ancianos deben recibir información sobre los beneficios de las vacunas.	96	8,0	8	34	97	99	1
<i>Todos los ancianos deben recibir vacuna contra:</i>							
Gripe	98	8,8	9	83	100	100	0
Tétanos	98	7,9	8	42	90	96	4
Neumococo	98	7,5	8	28	83	96	4

**II.1.2. Proceso: Estándares de tiempos**

<b>Estándares de tiempos (cuantificados)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>P25</b>	<b>P75</b>	<b>DE</b>	<b>CV</b>
El número de veces al año que se debe tomar la TA a los ancianos no hipertensos debe ser:	93	2,3	2	1	3	1,2	42,9
Todos los ancianos deben tener un examen de salud cada __ meses:	95	9,8	12	8	12	2,6	76,2

P25 = percentil 25; P75 = percentil 75; DE = desviación estándar; CV = coeficiente de variación.

TABLA II. PREVENCIÓN Y EXÁMENES DE SALUD (continuación)

## II.1.2. Proceso: Estándares de tiempos

Estándares de tiempos (cuantificados)	N	Media	Mediana	P25	P75	DE	CV
<i>Cada cuántos meses se debe hacer una revisión de la audición:</i>							
Pacientes de 65 a 74 años	93	17,3	18	12	24	4,7	69,4
Mayor o igual a 75 años	93	11,9	12	12	12	2,2	100,8
<i>Cada cuántos meses se deben recoger datos de la alimentación (número de comidas al día, lugar, apetito, problemas en la masticación...):</i>							
Pacientes de 65 a 74 años	94	17,0	18	12	18	5,1	70,5
Mayor o igual a 75 años	95	11,1	12	12	12	3,0	107,6
<i>Cada cuántos meses se debe hacer una valoración del deterioro cognitivo:</i>							
Pacientes de 65 a 74 años	94	17,0	16	12	24	5,4	70,4
Mayor o igual a 75 años	95	10,8	12	10	12	2,9	92,6
<i>Cada cuántos meses se debe hacer una valoración de la depresión:</i>							
Pacientes de 65 a 74 años	94	17,0	18	12	18	4,8	70,7
Mayor o igual a 75 años	95	11,9	12	12	12	2,3	101,1
Ante cambios psicosociales (pérdida de funciones físicas, duelo, enfermedad en la familia...)	90	4,5	4	3	6	2,1	66,8
<i>Cada cuántos meses se debe hacer una valoración de la incontinencia:</i>							
Pacientes de 65 a 74 años	95	16,9	18	12	19	5,2	71,1
Mayor o igual a 75 años	95	11,7	12	12	12	2,5	103,0
<i>Cada cuántos meses se debe hacer una valoración del riesgo de caídas:</i>							
Pacientes de 65 a 74 años	94	16,5	18	12	18	4,8	72,8
Mayor o igual a 75 años	95	10,4	12	9	12	2,7	86,3

P25 = percentil 25; P75 = percentil 75; DE = desviación estándar; CV = coeficiente de variación.



## TABLA II. PREVENCIÓN Y EXÁMENES DE SALUD (continuación)

### II.1.2. Proceso: Estándares de tiempos

Estándares de tiempos (cuantificados)	N	Media	Mediana	P25	P75	DE	CV
<i>Cada cuántos meses se debe hacer una revisión de la visión:</i>							
Pacientes de 65 a 74 años	94	15,7	12	12	18	4,6	76,3
Mayor o igual a 75 años	95	12,1	12	12	12	2,1	99,0
<i>Cada cuántos meses se debe hacer una valoración de la presencia de dolor crónico:</i>							
Pacientes de 65 a 74 años	94	12,9	12	12	12	5,1	93,0
Mayor o igual a 75 años	95	8,7	6	6	12	3,8	69,3

P25 = percentil 25; P75 = percentil 75; DE = desviación estándar; CV = coeficiente de variación.

### IV.3.3. Estándares sobre Unidades de Agudos en Geriatría (Tabla III)

#### IV.3.3.1. Estándares de estructura

##### IV.3.3.1.1. Estructura: Instalaciones/Materiales/Equipamientos

###### *Puntuación de estándares cuantitativos de estructura*

Un geriatra, en opinión de los expertos, debe tener asignadas en las Unidades de Agudos alrededor de 10 camas. En estas unidades, cada enfermera debería atender un máximo de 9 camas hospitalarias, estando alrededor de 5 el número de camas hospitalarias de Agudos por cada 1.000 habitantes  $\geq 65$  años.

La variabilidad entre los panelistas a la hora de cuantificar estos ítems ha sido media o alta. El menor grado de acuerdo se produce para decidir el número de camas que debe tener asignadas un geriatra (CV = 96,9).

#### IV.3.3.2. Estándares de proceso

##### IV.3.3.2.1. Proceso: estándares de organización

###### *Puntuación de estándares cualitativos de organización (escala de 1 a 9)*

Los dos únicos ítems individuales de este apartado han sido valorados con la máxima puntuación por la mayoría de los panelistas (más del 80%). Encabeza la prioridad, con una media de 8,9, el estándar "Las Unidades de Agudos de Geriatría deben estar coordinadas e interactuar con Atención Primaria y con las Unidades de Media Estancia". Con tan sólo una décima de diferencia (media = 8,8), el segundo ítem "Debe existir coordinación entre la Unidad de Agudos de Geriatría y Urgencias".

### IV.3.3.2.2. Proceso: estándares de calidad

#### *Puntuación de estándares cualitativos de calidad (escala de 1 a 9)*

El 100% de los panelistas puntúa, con una prioridad  $\geq 7$ , como más relevantes los 4 estándares siguientes “Los ancianos que se encuentran en Unidades de Agudos y necesitan recuperación funcional, deben tenerla tan pronto como su condición clínica lo permita” (media = 8,9), “Los ancianos tratados o ingresados en Unidades de Agudos deben ser valorados, breve o extensamente según precisen, en sus áreas funcional, mental, social y sensorial” (media = 8,9), “Un anciano con ictus no debe ser discriminado en sus posibilidades de tratamiento en función de su edad” (media = 8,9) y “El departamento de urgencias debe tener criterios claros para el ingreso de los ancianos” (media = 8,8). Ingresar inmediatamente a los ancianos con patología aguda independientemente de su edad, reevaluar diariamente la necesidad de la sonda urinaria en los ancianos que la llevan y proporcionar al anciano ingresado información escrita sobre el tipo de vida que puede realizar dentro del hospital, son las cuestiones con puntuaciones más bajas dentro de los **ítems individuales** de este grupo.

En los **estándares de elección múltiple**, el panel de expertos ha valorado con una media  $\geq 8$  todos los criterios necesarios para **ingresar** a un paciente  $\geq 75$  años con patología aguda en el Servicio de Geriatría de una Unidad de Agudos. Principalmente, que el paciente tenga problemas físicos (deterioro funcional o riesgo del mismo) (media = 8,9), pluripatología (media = 8,8) y problemas mentales (media = 8,5). La puntuación baja mínimamente para los dos últimos criterios: polifarmacia (media = 8,3) y problemas sociales en relación a su estado de salud (media = 8,0). Dado el caso, a juicio de los panelistas, la información fundamental que debe recibir el anciano sobre la planta en la que se encuentra ingresado es: el nombre del médico que le atiende (media = 8,9), el diagnóstico y plan terapéutico (media = 8,8) y los objetivos de su ingreso (media=8,4).

Más del 94% de los expertos consideran de máximo interés que, además, se les dé el nombre de la planta, de las enfermeras que lo atienden, e información sobre el funcionamiento del servicio (media = 8,2). Hablarles de sus derechos y obligaciones (media = 7,9), darles el nombre del responsable del servicio y de la enfermera supervisora (media = 7,8), informarles del tiempo previsible de su estancia (media=7,7), de los menús (media=7,4), de las formas de reclamar (media = 7,3), y proporcionarles otra información relevante del hospital (media = 7,1) así como el nombre del resto del personal de la planta (media = 6,2), fue menos prioritario. Los protocolos dirigidos a ancianos, más necesarios, y que deben encontrarse en los hospitales y/o Servicios de Geriátría, son los de delirium, demencia y cuidados de la piel (úlceras por presión) (media = 8,8). No menos importantes son los de prevención de caídas (media = 8,7), deterioro funcional (media = 8,6), incontinencia y fractura de cadera (media = 8,5). Aproximadamente el 50% de los panelistas puntúa con un 9 los protocolos sobre el manejo del dolor (media = 8,4), el accidente cerebrovascular (media = 8,4), los cuidados paliativos (media = 8,4), las restricciones físicas (media = 8,3), la nutrición (media = 8,3) y las órdenes de no reanimación cardio-pulmonar (media = 8,3). Otros protocolos que han obtenido más de un 8 de media han sido: neumonía (media = 8,3); insuficiencia cardiaca, reacciones adversas a medicamentos, control de infecciones, EPOC reagudizado, depresión, acogida y valoración social (media = 8,2) y control de constantes (media = 8,1). Los menos priorizados, los protocolos sobre cardiopatía isquémica (media = 8,0), malos tratos (media = 7,8), hemorragia digestiva (media = 7,6), presión arterial y trastornos del equilibrio hidro-electrolítico (media = 7,5) y, por último, el protocolo sobre el cáncer (media = 7,4).

### IV.3.3.2.3. Proceso: estándares de tiempos

#### *Puntuación de estándares cuantitativos de tiempos*

La estancia media en una Unidad de Agudos debería osci-

lar entre un mínimo de 8 y un máximo de 13 días. La variabilidad al responder este ítem ha sido alta, siendo el CV de 88,9 para el mínimo de días y de 92,7 para el máximo. Sin embargo, se produce mayor acuerdo (CV = 62,7) al decidir la frecuencia semanal deseable de las reuniones formales del equipo interdisciplinar en una Unidad de Agudos: 2 a la semana.

### ***IV.3.3.3. Estándares de resultado***

#### ***Puntuación de estándares cualitativos de resultado (escala de 1 a 9)***

Los dos únicos ítems de este apartado, **de categoría individual**, reciben una puntuación > 8. El 85% de los panelistas ha puntuado con 9 el estándar “La ganancia/pérdida de capacidad funcional durante la permanencia de un anciano frágil en una Unidad de Agudos, medida mediante escalas validadas, debe ser comparada al ingreso y al alta hospitalaria y monitorizada como criterio fundamental de calidad asistencial”, que obtiene una media de 8,8. El segundo ha sido valorado por el 100% de los miembros del panel con más de 7 puntos: “En los pacientes ancianos frágiles ingresados en las camas de una Unidad de Agudos, se deberá medir la incidencia de: úlceras por presión, caídas, infecciones hospitalarias, delirium, incontinencia urinaria y fecal y reacciones adversas a los medicamentos. Los resultados serán evaluados periódicamente” (media = 8,5).

#### ***Puntuación de estándares cuantitativos de resultado***

La tasa aproximada de mortalidad en Unidades de Agudos no debe sobrepasar el 13% y la tasa aproximada de institucionalización al alta en estas unidades no debe superar el 12%. Estos porcentajes presentan una variabilidad en la opinión de los panelistas alta. En ambos casos el CV es superior al 83%.

## TABLA III. UNIDADES DE AGUDOS

### III.1. ESTÁNDARES DE ESTRUCTURA

#### III.1.1. Estructura: Instalaciones/Materiales/Equipamientos

Estándares de estructura (cuantificados)	N	Media	Mediana	P25	P75	DE	CV
Como norma general, en las Unidades de Agudos el número de camas que debe tener asignadas un geriatra deben estar alrededor de:	94	10,3	10	10	11	1,5	96,9
El número de camas hospitalarias de Agudos por cada 1.000 habitantes $\geq$ 65 años debe estar alrededor de:	89	5,2	5	3	6	3,0	57,3
El número máximo de camas hospitalarias que cada enfermera debería atender en una Unidad de Agudos debe ser:	94	9,0	9	8	10	1,7	88,6

P25 = percentil 25; P75 = percentil 75; DE = desviación estándar; CV = coeficiente de variación.

TABLA III. UNIDADES DE AGUDOS (continuación)

## III.2. ESTÁNDARES DE PROCESO

## III.2.1. Proceso: Estándares de organización

Estándares de organización (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
Las Unidades de Agudos de Geriatría deben estar coordinadas e interactuar con Atención Primaria y con las Unidades de Media Estancia.	97	8,9	9	89	100	100	0
Debe existir coordinación entre la Unidad de Agudos de Geriatría y Urgencias.	98	8,8	9	82	100	100	0

## III.2.2. Proceso: Estándares de calidad

Estándares de calidad (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
Los ancianos con patología aguda deben ser ingresados inmediatamente, independientemente de su edad.	97	8,1	8	43	95	99	1
El Departamento de Urgencias debe tener criterios claros para el ingreso de los ancianos.	98	8,8	9	86	100	100	0
<i>Es criterio de ingreso en Unidad de Agudos en Servicio de Geriatría ser un paciente ≥ 75 años, con patología aguda que cumpla alguno(s) de los siguientes:</i>							
Problemas físicos (deterioro funcional o riesgo del mismo)	98	8,9	9	92	100	100	0
Pluripatología	98	8,8	9	86	100	100	0
Problemas mentales	98	8,5	9	55	99	100	0
Polifarmacia	98	8,3	9	57	94	100	0

TABLA III. UNIDADES DE AGUDOS (continuación)

## III.2.2. Proceso: Estándares de calidad

Estándares de calidad (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
Problemas sociales en relación a su estado de salud	97	8,0	8	38	91	99	1
Los ancianos que se encuentran en Unidades de Agudos y necesitan recuperación funcional, deben tenerla tan pronto como su condición clínica lo permita.	97	8,9	9	92	100	100	0
Los ancianos tratados o ingresados en Unidades de Agudos deben ser valorados, breve o extensamente según precisen, en sus áreas funcional, mental, social y sensorial.	98	8,9	9	91	100	100	0
Al anciano ingresado se le debe proporcionar información escrita del tipo de vida que puede realizar dentro del hospital (biblioteca, capilla, sala de televisión...) y de las alternativas que puede elegir.	98	7,2	7	9	80	100	0
<i>La información que debe recibir el anciano sobre la planta en la que se encuentra ingresado:</i>							
Nombre del médico que atiende al anciano	97	8,9	9	90	98	100	0
Diagnóstico y plan terapéutico	97	8,8	9	80	100	100	0
Objetivos de su ingreso	97	8,4	9	53	98	100	0
Nombre de la planta	96	8,2	8	44	96	100	0
Nombre de las enfermeras que atienden al anciano	97	8,2	8	41	97	100	0
Funcionamiento del servicio, estructura, visitas...	97	8,2	8	40	95	100	0
Derechos y obligaciones	96	7,9	8	29	91	100	0



TABLA III. UNIDADES DE AGUDOS (continuación)

## III.2.2. Proceso: Estándares de calidad

Estándares de calidad (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
Nombre del responsable del servicio y de la enfermera supervisora	97	7,8	8	37	88	99	1
Tiempo previsible de su estancia	97	7,7	8	20	88	100	0
Información sobre los menús	97	7,4	7	12	85	99	1
Formas de reclamar	97	7,3	7	16	77	99	1
Otra información relevante del hospital	97	7,1	7	11	74	99	1
Nombre del resto del personal de la planta	97	6,2	6	9	45	88	12
Un anciano con ictus no debe ser discriminado en sus posibilidades de tratamiento en función de su edad.	98	8,9	9	89	100	100	0
En un anciano con sonda urinaria se debe reevaluar diariamente su necesidad.	96	8,1	8	39	93	100	0
<i>Los hospitales y/o Servicios de Geriatría deben disponer de los siguientes protocolos dirigidos a ancianos:</i>							
Delirium	98	8,8	9	81	99	100	0
Demencia	97	8,8	9	80	100	100	0
Cuidados de la piel (úlceras por presión)	97	8,8	9	80	99	100	0
Prevención de caídas	98	8,7	9	74	100	100	0
Deterioro funcional	96	8,6	9	67	100	100	0
Incontinencia	97	8,5	9	59	100	100	0
Fractura de cadera	97	8,5	9	55	98	100	0
Manejo del dolor	98	8,4	9	56	96	99	1

TABLA III. UNIDADES DE AGUDOS (continuación)

## III.2.2. Proceso: Estándares de calidad

Estándares de calidad (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
Accidente cerebrovascular	97	8,4	8	49	98	100	0
Cuidados paliativos	96	8,4	8	49	98	100	0
Restricciones físicas	97	8,3	9	52	95	100	0
Nutrición	98	8,3	8	49	98	100	0
Órdenes de no reanimación cardio-pulmonar	97	8,3	8	47	98	100	0
Neumonía	97	8,3	8	40	97	99	1
Insuficiencia cardiaca	97	8,2	8	41	95	100	0
Reacciones adversas a medicamentos	97	8,2	8	38	97	100	0
Control de infecciones	97	8,2	8	37	99	100	0
EPOC reagudizado	97	8,2	8	37	96	99	1
Depresión	97	8,2	8	36	98	100	0
Acogida y valoración social	96	8,2	8	35	98	100	0
Control de constantes	97	8,1	8	38	95	99	1
Cardiopatía isquémica	97	8,0	8	30	93	98	2
Malos tratos	97	7,8	8	26	90	99	1
Hemorragia digestiva	96	7,6	8	21	91	99	1
Presión arterial	98	7,5	8	20	89	98	2
Trastornos del equilibrio hidro- electrolítico	98	7,5	7	20	85	99	1
Cáncer	96	7,4	8	16	82	97	3

**TABLA III. UNIDADES DE AGUDOS (continuación)****III.2.3. Proceso: Estándares de tiempos**

Estándares de tiempos	N	Media	Mediana	P25	P75	DE	CV
La estancia media <b>en días</b> en una Unidad de Agudos debería oscilar entre un mínimo de:	95	7,9	8	7	8	1,3	88,9
y un máximo de:	95	12,9	13	12	14	2,0	92,7
La frecuencia <b>semanal</b> deseable de las reuniones formales del equipo interdisciplinar en una Unidad de Agudos es de:	94	1,6	1	1	2	0,9	62,7

P25 = percentil 25; P75 = percentil 75; DE = desviación estándar; CV = coeficiente de variación.

TABLA III. UNIDADES DE AGUDOS (continuación)

## III.3. ESTÁNDARES DE RESULTADO

## III.3.1. Resultado

Estándares de resultado (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥7	% ≥5	% <5
En los pacientes ancianos frágiles ingresados en las camas de una Unidad de Agudos se deberá medir la incidencia de: úlceras por presión, caídas, infecciones hospitalarias, delirium, incontinencia urinaria y fecal y reacciones adversas a los medicamentos. Los resultados serán evaluados periódicamente.	98	8,5	9	54	100	100	0
La ganancia/pérdida de capacidad funcional durante la permanencia de un anciano frágil en una Unidad de Agudos, medida mediante escalas validadas, debe ser comparada al ingreso y al alta hospitalaria y monitorizada como criterio fundamental de calidad asistencial.	98	8,8	9	85	99	99	1

## III.3.1. Resultado

Estándares de resultado (cuantificados)	N	Media	Mediana	P25	P75	DE	CV
La tasa aproximada (expresada en %) de nueva institucionalización al alta en una Unidad de Agudos no debe sobrepasar:	89	12,0	12	10	15	3,6	83,3
La tasa aproximada (expresada en %) de mortalidad en Unidades de Agudos no debe sobrepasar:	92	13,5	13	12	15	2,9	89,2

P25 = percentil 25; P75 = percentil 75; DE = desviación estándar; CV = coeficiente de variación.

#### **IV.3.4. Estándares sobre Unidades de Media Estancia en Geriatría (Tabla IV)**

##### ***IV.3.4.1. Estándares de estructura***

###### **IV.3.4.1.1. Estructura: Instalaciones/Materiales/Equipamientos**

###### ***Puntuación de estándares cuantitativos de estructura***

Debería haber alrededor de 5 camas hospitalarias de Media Estancia por cada 1.000 habitantes  $\geq$  65 años. En esta estimación la variabilidad ha sido media (CV = 64,9).

###### **IV.3.4.1.2. Estructura: Personal/Formación/Competencia**

###### ***Puntuación de estándares cuantitativos de estructura***

En una Unidad de Media Estancia, un geriatra debería tener asignadas alrededor de 19 camas y cada enfermera atender un máximo de 13. Nuevamente encontramos que al cuantificar estos ítems la variabilidad es alta (CV > 89%).

##### ***IV.3.4.2. Estándares de proceso***

###### **IV.3.4.2.1. Proceso: estándares de calidad**

###### ***Puntuación de estándares cualitativos de calidad (escala de 1 a 9)***

Los dos estándares individuales más importantes para los panelistas, y que comparten puntuación (media = 8,8), han sido: “El principal objetivo de las Unidades de Media Estancia debe ser la pronta recuperación funcional de los ancianos” y “Las Unidades de Media Estancia deben tener mecanismos que permitan un acceso rápido de los ancianos a cuidados especializados si los necesitan”. La

idea de potenciar la investigación con objeto de mejorar estas unidades recibe un 8,3 de media.

### IV.3.4.2.2. Proceso: estándares de tiempos

#### *Puntuación de estándares cuantitativos de tiempos*

La estancia media en una Unidad de Media Estancia debería oscilar entre un mínimo de 19 días y un máximo de algo más de 1 mes. La variabilidad al responder este ítem ha sido alta, siendo el CV de 80,8 para el mínimo de días y de 86,1 para el máximo. Menos acuerdo (CV = 92,2) se produce al decidir la frecuencia semanal deseable de las reuniones formales del equipo interdisciplinar en una Unidad de Media Estancia: 1 a la semana.

### IV.3.4.3. Estándares de resultado

#### *Puntuación de estándares cualitativos de resultado (escala de 1 a 9)*

Los dos únicos ítems de este apartado son **individuales** y reciben una puntuación > 8. Al igual que ocurría para las Unidades de Agudos, el 85% de los panelistas ha puntuado con 9 el estándar: “La ganancia/pérdida de capacidad funcional durante la permanencia de un anciano frágil en una Unidad de Media Estancia, medida mediante escalas validadas, debe ser comparada al ingreso y al alta hospitalaria y monitorizada como criterio fundamental de calidad asistencial”, que obtiene una media de 8,8. El segundo ha sido valorado, también en estas unidades, por el 100% de los miembros del panel con más de 7 puntos: “En los pacientes ancianos frágiles ingresados en las camas de una Unidad de Media Estancia se deberá medir la incidencia de: úlceras por presión, caídas, infecciones hospitalarias, delirium, incontinencia urinaria y fecal y reacciones adversas a los medicamentos. Los resultados serán evaluados periódicamente” (media = 8,5).

### *Puntuación de estándares cuantitativos de resultado*

La tasa aproximada de mortalidad en Unidades de Media Estancia no debe sobrepasar el 7%, la tasa máxima de nueva institucionalización al alta en estas unidades no debe superar el 17% y la tasa máxima de derivación a Agudos no ser mayor del 10%. Los porcentajes de institucionalización al alta y derivación a Agudos presentan una variabilidad alta en las respuestas. En ambos casos el CV es superior al 82%. Sin embargo, a la hora de establecer la tasa aproximada de mortalidad la variabilidad desciende a un grado medio (CV = 74,0).

## TABLA IV. UNIDADES DE MEDIA DISTANCIA

### IV.1 ESTÁNDARES DE ESTRUCTURA

#### IV.1.1. Estructura: Instalaciones/Materiales/Equipamientos

Estándares de estructura (cuantificados)	N	Media	Mediana	P25	P75	DE	CV
El número de camas hospitalarias de Media Estancia por cada 1.000 habitantes $\geq$ de 65 años debe estar alrededor de:	91	4,6	4	3	5	2,7	64,9

P25 = percentil 25; P75 = percentil 75; DE = desviación estándar; CV = coeficiente de variación.

#### IV.1.2. Estructura: Personal/Formación/Competencia

Estándares de estructura (cuantificados)	N	Media	Mediana	P25	P75	DE	CV
Como norma general, en las Unidades de Media Estancia el número de camas que debe tener asignadas un geriatra es de:	94	19,3	20	18	20	3,3	93,2
El número máximo de camas que cada enfermera debería atender en una Unidad de Media Estancia es de:	93	13,5	14	12	15	2,7	89,1

P25 = percentil 25; P75 = percentil 75; DE = desviación estándar; CV = coeficiente de variación.



TABLA IV. UNIDADES DE MEDIA DISTANCIA (continuación)

## IV.2. ESTÁNDARES DE PROCESO

## IV.2.1. Proceso: Estándares de calidad

Estándares de calidad (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
El principal objetivo de las Unidades de Media Estancia debe ser la pronta recuperación funcional de los ancianos.	98	8,8	9	86	100	100	0
Las Unidades de Media Estancia deben tener mecanismos que permitan un acceso rápido de los ancianos a cuidados especializados si los necesitan.	98	8,8	9	84	100	100	0
Se debe potenciar la investigación que ayude a mejorar las Unidades de Media Estancia.	98	8,3	8	43	98	100	0

## IV.2.2. Proceso: Estándares de tiempos

Estándares de tiempos (cuantificados)	N	Media	Mediana	P25	P75	DE	CV
La estancia media <b>en días</b> en una Unidad de Media Estancia debería oscilar entre un mínimo de:	95	18,6	20	15	20	3,5	80,8
y un máximo de:	92	34,8	35	30	40	7,8	86,1
La frecuencia <b>semanal</b> deseable de las reuniones formales del equipo interdisciplinar en una Unidad de Media Estancia es de:	95	1,1	1	1	1	0,5	92,2

P25 = percentil 25; P75 = percentil 75; DE = desviación estándar; CV = coeficiente de variación.

TABLA IV. UNIDADES DE MEDIA DISTANCIA (continuación)

## IV.3. ESTÁNDARES DE PROCESO

## IV.3.1. Resultado

Estándares de resultado (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
La ganancia/pérdida de capacidad funcional durante la permanencia de un anciano frágil en una Unidad de Media Estancia, medida mediante escalas validadas, debe ser comparada al ingreso y al alta hospitalaria y monitorizada como criterio fundamental de calidad asistencial.	98	8,8	9	85	99	99	1
En los pacientes ancianos frágiles ingresados en las camas de una Unidad de Media Estancia, se deberá medir la incidencia de: úlceras por presión, caídas, infecciones hospitalarias, delirium, incontinencia urinaria y fecal y reacciones adversas a los medicamentos. Los resultados serán evaluados periódicamente.	98	8,5	9	54	100	100	0

Estándares de resultado (cuantificados)	N	Media	Mediana	P25	P75	DE	CV
La tasa máxima de nueva institucionalización al alta (expresada en %) en una Unidad de Media Estancia no debe sobrepasar:	88	17,4	17	15	20	4,3	86,2

P25 = percentil 25; P75 = percentil 75; DE = desviación estándar; CV = coeficiente de variación.

**TABLA IV. UNIDADES DE MEDIA DISTANCIA (continuación)****IV.3.1. Resultado**

<b>Estándares de resultado (cuantificados)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>P25</b>	<b>P75</b>	<b>DE</b>	<b>CV</b>
La tasa máxima de derivación a Agudos (expresada en %) en una Unidad de Media Estancia no debe sobrepasar:	89	9,7	10	8	10	3,3	82,1
La tasa aproximada de mortalidad (expresada en %) en Unidades de Media Estancia no debe sobrepasar:	91	6,8	6	5	8	2,8	74,0

**P25 = percentil 25; P75 = percentil 75; DE = desviación estándar; CV = coeficiente de variación.**

### IV.3.5. Estándares sobre Consultas en Geriatría (Tabla V)

#### IV.3.5.1. Estándares de estructura

##### IV.3.5.1.1. Estructura: Instalaciones/Materiales/ Equipamientos

###### *Puntuación de estándares cualitativos de estructura (escala de 1 a 9)*

El único **estándar** de este bloque, **de respuesta múltiple**, deja de manifiesto que el material mínimo que debe encontrarse en cada despacho de consulta del geriatra debe ser un fonendoscopio y esfigmomanómetro (media = 8,9), un negatoscopio y una báscula o tallímetro (media = 8,5) y un oftalmoscopio u otoscopio (media = 8,1). Algo menos de un cuarto de los panelistas puntúan con la máxima importancia la existencia de pulsioxímetro (media = 7,4). Han sido pocos los que consideran de máxima importancia el cronómetro (media = 6,2) y el dinamómetro de fuerza prensora de mano (media = 6,1).

#### IV.3.5.2. Estándares de proceso

##### IV.3.5.2.1. Proceso: estándares de tiempo

###### *Puntuación de estándares cuantitativos de tiempo*

Cuando un paciente anciano acude por primera vez a la consulta del geriatra, los panelistas recomiendan que se le dedique, aproximadamente, 1 hora. En cambio, si se trata de una consulta sucesiva, cerca de media hora. Para esa primera consulta ordinaria al geriatra el anciano no debería esperar más de 3 semanas, y si se trata de una consulta preferente más de 1. Si se produce un cambio importante en el estado de salud del anciano, el geriatra debe revisar el plan de atención como máximo en 1 semana. Además, los geriatras no deberían tener más de 5 horas de consulta al

día y la relación promedio deseable de consultas sucesivas por cada visita nueva (en un periodo de un año) debe ser de 3.

Para la mayor parte de los estándares la variabilidad es alta, más del 82%. Tan sólo dos de ellos, el relativo al tiempo máximo de espera para la primera consulta ordinaria y el que hace referencia al tiempo máximo para revisar el plan de atención tras un cambio importante en el estado de salud del anciano, tienen una variabilidad media.

## TABLA V. CONSULTAS

### V.1. ESTÁNDARES DE ESTRUCTURA

#### V.1.1. Estructura: Instalaciones/Materiales/Equipamientos

<b>Estándares de estructura (escala de 1 a 9)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>% 9</b>	<b>% ≥ 7</b>	<b>% ≥ 5</b>	<b>% &lt; 5</b>
<i>El material mínimo en cada despacho de consulta del geriatra debe ser:</i>							
Fonendoscopio	98	8,9	9	96	98	100	0
Esfigmomanómetro	98	8,9	9	93	98	100	0
Negatoscopio	96	8,5	9	61	96	100	0
Báscula/Talímetro	98	8,5	9	57	99	100	0
Oftalmoscopio/Otoscopio	97	8,1	8	34	96	100	0
Pulsioxímetro	97	7,4	8	19	88	97	3
Cronómetro	98	6,2	6	8	36	92	8
Dinamómetro de fuerza prensora de mano	98	6,1	6	7	42	89	11

TABLA V. CONSULTAS (continuación)

## IV.2 ESTÁNDARES DE PROCESO

## V.2.1. Proceso: Estándares de tiempos

Estándares de tiempos (cuantificados)	N	Media	Mediana	P25	P75	DE	CV
El tiempo medio de duración (expresado en <b>minutos</b> ) de la primera consulta al geriatra de un paciente anciano debe ser:	95	54,3	60	45	60	9,9	82,9
El tiempo medio de duración (expresado en <b>minutos</b> ) de la consulta sucesiva al geriatra de un paciente anciano debe ser:	95	23,5	20	20	30	5,4	85,2
El tiempo máximo de espera (expresado en <b>días</b> ) para la primera consulta ordinaria al geriatra debe ser:	94	23,2	21	15	30	9,9	64,7
El tiempo máximo de espera (expresado en <b>días</b> ) para la primera consulta preferente al geriatra debe ser:	94	8,1	7	7	10	3,1	86,1
El número máximo de <b>horas</b> de consulta de un geriatra al día no debe sobrepasar:	95	4,7	5	4	5	1,0	84,3
La relación promedio deseable de consultas sucesivas por cada visita nueva (en un periodo de un año) debe ser:	91	3,0	3	3	3	0,7	99,8
El tiempo máximo (expresado en <b>días</b> ) para revisar el plan de atención tras un cambio importante en el estado de salud del anciano debe ser:	92	7,8	7	5	10	3,8	64,5

P25 = percentil 25; P75 = percentil 75; DE = desviación estándar; CV = coeficiente de variación.

### IV.3.6. Estándares sobre caídas en Geriatría (Tabla VI)

#### IV.3.6.1. Estándares de estructura

##### IV.3.6.1.1. Estructura: Instalaciones/Materiales/Equipamientos

##### *Puntuación de estándares cualitativos de estructura (escala de 1 a 9)*

Para la prevención de las caídas, los miembros del panel dan máxima importancia a que la utilización de inmovilizadores y sujeciones de seguridad en ancianos (cinturón abdominal, chaleco de sujeción y sábanas de fijación) únicamente sea en situaciones muy concretas y con el consenso de todo el equipo, para evitar así su mal uso y/o abuso; y que, además, en los lugares de uso habitual por los ancianos el suelo debe ser de materiales no deslizantes, se debe utilizar cera antideslizante, evitar las alfombras y, si las hubiera, con los bordes y esquinas adheridos al suelo y poco gruesas, y se deben eliminar los objetos del suelo y los cables (media = 8,4). Más de un tercio de los panelistas valoran, con el máximo grado de importancia, que los baños de uso habitual de los ancianos dispongan de asideros de sujeción en baño, ducha e inodoro, que la alfombrilla o el suelo sea antideslizante en baño y ducha, la ducha de teléfono con silla, que el WC sea alto y que la puerta se abra hacia el exterior y sin cerraduras; que las escaleras de uso habitual de los ancianos estén siempre iluminadas al principio y al final con interruptores de luz, los peldaños de altura máxima de 15 cm, con fondo y borde resaltado y en buen estado y los pasamanos bilaterales que se extiendan más allá del principio y fin de la escalera; que en los lugares de uso habitual por los ancianos se eviten deslumbramientos y sombras, que los interruptores de la luz estén accesibles a la entrada de las habitaciones, el baño, pasillo de residencia y dormitorio con luz nocturna y, por último, que se deje al alcance de la mano todo lo que el anciano, espe-



cialmente el encamado, pueda necesitar: pañuelos, agua, timbre... (media = 8,3). El **estándar individual** menos priorizado recibe un 8,2 de puntuación media y establece que, en pacientes de riesgo, se deben utilizar barandillas laterales en la cama o se debe bajar la cama el máximo posible para prevenir las caídas.

### **IV.3.6.2. Estándares de proceso**

#### **IV.3.6.2.1. Proceso: estándares de calidad**

##### ***Puntuación de estándares cualitativos de calidad (escala de 1 a 9)***

De los once **ítems individuales** de proceso, cuatro han obtenido una puntuación superior a 8,5. Encabezan el orden de prioridad tres estándares con 8,8 de media: “En los ancianos polimedcados su médico debe ajustar el tratamiento y revisarlo periódicamente para prevenir futuras caídas”, “Todos los ancianos que en el periodo de un año han sufrido dos o más caídas o una sola caída pero que ha requerido tratamiento, deben ser evaluados y tener un diagnóstico específico y unas recomendaciones terapéuticas para prevenir futuras caídas” y “Todos los hospitales que atiendan fracturas de cadera en ancianos deben tener un programa que incluya la evaluación del anciano con fractura por un equipo geriátrico multidisciplinar”. Muy cercano a éstos, un estándar con 8,7: “A los ancianos que utilizan hipnóticos y/o sedantes se les debe educar en su utilización para prevenir futuras caídas”. El resto, con una media entre 8,0 y 8,4, ocupan las posiciones más bajas de la priorización.

En el único **estándar de elección múltiple**, los panelistas destacan que, dentro del protocolo a seguir para la evaluación de las caídas, se debe incluir la revisión de la medicación y su adherencia una vez en el hogar, incluyendo los consejos del farmacéutico sobre los efectos de la

medicación, y se debe evaluar la movilidad, el equilibrio y la marcha (media = 8,7). Más de la mitad de los expertos recomiendan con la máxima puntuación evaluar también la agudeza visual y el oído (media = 8,4), y más de un tercio evaluar la seguridad en los desplazamientos al baño y los riesgos del entorno (idoneidad del mobiliario...) (media = 8,3); el calzado y los problemas podológicos (media = 8,2) y valorar si necesitan algún tipo de ayuda comunitaria (teleasistencia, asistencia domiciliaria...) así como las circunstancias sociales, familiares y necesidades de asistencia social (media = 8,1). Instalar asideros y pasamanos (media = 8,0), la rehabilitación muscular y del equilibrio mediante ejercicios (media = 7,9) y la revisión de la dieta y de la necesidad de suplementos vitamínicos que reduzcan el riesgo de caídas (media = 7,1) son los aspectos menos valorados en la evaluación de las caídas.

### IV.3.6.2.2. Proceso: estándares de tiempos

#### *Puntuación de estándares cuantitativos de tiempos*

Se ha estimado en 2 días, aproximadamente, el tiempo máximo que puede esperar un anciano con fractura de cadera y sin contraindicaciones para la cirugía, desde el ingreso hasta la intervención. Si el anciano ha tenido un empeoramiento brusco de la marcha, del equilibrio o de la movilidad, se le debe realizar una evaluación específica antes de 3 días. En cambio, si el empeoramiento ha sido progresivo, antes de 2 semanas. En cualquier caso, se debe preguntar a los ancianos sobre la ocurrencia de caídas semestralmente.

En las estimaciones de estos tiempos la variabilidad ha sido media (CV > 56%).

## TABLA VI. CAÍDAS

## VI.1 ESTÁNDARES DE ESTRUCTURA

## V.1.1. Estructura: Instalaciones/Materiales/Equipamientos

Estándares de estructura (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
Para la prevención de caídas se deben utilizar inmovilizadores, sujeciones de seguridad en ancianos (cinturón abdominal, chaleco de sujeción y sábanas de fijación) únicamente en situaciones muy concretas y con el consenso de todo el equipo, para evitar así su mal uso y/o abuso.	98	8,4	9	53	99	100	0
En pacientes de riesgo se deben utilizar barandillas laterales en la cama o bajar la cama al máximo posible para prevenir las caídas.	97	8,2	8	33	95	100	0
Para la prevención de caídas dejar al alcance de la mano todo lo que el anciano, especialmente el encamado, pueda necesitar: pañuelos, agua, timbre...	98	8,3	8	38	98	100	0
En los lugares de uso habitual por los ancianos el suelo debe ser de materiales no deslizantes, usar cera antideslizante, evitar las alfombras y, si las hubiera, con los bordes y esquinas adheridos al suelo y poco gruesos, eliminar objetos del suelo y cables.	97	8,4	9	52	97	100	0
Los baños de uso habitual de los ancianos deben disponer de asideros de sujeción en baño, ducha e inodoro, alfombrilla o suelo antideslizante en baño y ducha, ducha de teléfono con silla, WC alto; la puerta se abrirá hacia el exterior y sin cerraduras.	97	8,3	8	44	97	100	0

TABLA VI. CAÍDAS (continuación)

## VI.2.1. Proceso: Estándares de tiempos

Estándares de estructura (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
Las escaleras de uso habitual de los ancianos deberán estar siempre iluminadas al principio y al final con interruptores de luz, peldaños de altura máxima de 15 cm, con fondo y borde resaltado y en buen estado, pasamanos bilaterales que se extiendan más allá del principio y fin de la escalera.	97	8,3	8	40	99	100	0
En los lugares de uso habitual por los ancianos se debe evitar deslumbramientos y sombras, los interruptores de la luz accesibles a la entrada de las habitaciones, el baño, pasillo de residencia y dormitorio con luz nocturna.	98	8,3	8	40	98	100	0

TABLA VI. CAÍDAS (continuación)

## VI.2. ESTÁNDARES DE PROCESO

## VI.2.1. Proceso: Estándares de calidad

Estándares de calidad (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
Todos los ancianos que en el periodo de un año han sufrido dos o más caídas o una sola caída pero que ha requerido tratamiento, deben ser evaluados y tener un diagnóstico específico y unas recomendaciones terapéuticas para prevenir futuras caídas.	98	8,8	9	85	100	100	0
<i>El protocolo a seguir para la evaluación de las caídas debe incluir:</i>							
Revisión de la medicación y su adherencia una vez en el hogar, incluyendo consejos del farmacéutico sobre los efectos de la medicación	97	8,7	9	84	99	99	1
Evaluación de la movilidad, equilibrio y marcha	98	8,7	9	84	97	99	1
Evaluación de la agudeza visual y del oído	97	8,4	9	57	99	99	1
Evaluación de la seguridad en desplazamientos al baño, riesgos del entorno, como, por ejemplo, la idoneidad del mobiliario...	98	8,3	8	48	98	99	1
Evaluación del calzado apropiado y problemas podológicos	98	8,2	8	44	96	99	1
Necesidad de algún tipo de ayuda comunitaria, como, por ejemplo, teleasistencia, asistencia domiciliaria...	98	8,1	8	42	97	98	2

TABLA VI. CAÍDAS (continuación)

## VI.2.1. Proceso: Estándares de calidad

Estándares de calidad (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
Evaluación de circunstancias sociales y familiares y necesidades de asistencia social	98	8,1	8	34	97	99	1
Instalación de asideros y pasamanos	98	8,0	8	27	96	98	2
Rehabilitación muscular y del equilibrio mediante ejercicios	98	7,9	8	31	95	97	3
Revisión de la dieta y necesidad de suplementos vitamínicos que reduzcan el riesgo de caídas	98	7,1	7	9	80	96	4
El manejo de ancianos con caídas debe adecuarse a las recomendaciones de las principales guías de práctica clínica al respecto.	98	8,4	8	48	100	100	0
En los ancianos polimedcados su médico debe ajustar el tratamiento y revisarlo periódicamente para prevenir futuras caídas.	98	8,8	9	86	100	100	0
A los ancianos que utilizan hipnóticos y/o sedantes se les debe educar en su utilización para prevenir futuras caídas.	97	8,7	9	80	99	100	0
En la prevención de caídas se debe enseñar y reforzar la información sobre el uso del timbre de llamadas.	97	8,2	8	33	97	100	0
Todos los pacientes ancianos con fractura de cadera tendrán cuidados antes, durante y después de la cirugía a través de un equipo geriátrico multidisciplinar.	98	8,4	9	54	99	99	1

**TABLA VI. CAÍDAS (continuación)****VI.2.1. Proceso: Estándares de calidad**

<b>Estándares de calidad (escala de 1 a 9)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>% 9</b>	<b>% ≥ 7</b>	<b>% ≥ 5</b>	<b>% &lt; 5</b>
Todos los hospitales que atiendan fracturas de cadera en ancianos deben tener un programa que incluya la evaluación del anciano con fractura por un equipo geriátrico multidisciplinar.	98	8,8	9	81	100	100	0
Todos los ancianos ingresados tras una fractura con factor de riesgo de osteoporosis deben ser dados de alta con tratamiento para la osteoporosis.	96	8,3	8	42	97	100	0
Cuando un anciano con riesgo de caídas es dado de alta del hospital se debe facilitar una valoración del entorno en el que vive.	98	8,0	8	28	97	100	0
A los ancianos con problemas de la marcha por causa de pérdida de fuerza, resistencia o debilidad muscular se les deben ofertar programas adecuados de ejercicio y deben ser evaluados por si precisaran algún dispositivo de apoyo (muleta, bastón, andador...).	97	8,4	9	52	100	100	0
A los ancianos con problemas de equilibrio o trastornos de sensibilidad propioceptiva se les deben ofertar programas adecuados de ejercicio y deben ser evaluados por si precisaran algún dispositivo de apoyo (muleta, bastón, andador...).	96	8,4	8	46	100	100	0

TABLA VI. CAÍDAS (continuación)

## VI.2.2. Proceso: Estándares de tiempos

Estándares de tiempos (cuantificados)	N	Media	Mediana	P25	P75	DE	CV
El tiempo máximo recomendado (expresado en <b>horas</b> ) que puede esperar un anciano con fractura de cadera y sin contraindicación para la cirugía, desde el ingreso hasta la intervención, no debe sobrepasar:	95	41,5	48	24	48	14,3	57,9
Si un anciano ha tenido un empeoramiento <b>brusco</b> de la marcha, del equilibrio o de la movilidad, se le debe realizar una evaluación específica antes de <b>__ días</b> :	94	2,7	2	2	3	1,7	74,0
Si un anciano ha tenido un empeoramiento <b>progresivo</b> de la marcha, del equilibrio o de la movilidad, se le debe realizar una evaluación específica antes de <b>__ días</b> :	94	12,3	11	7	14	5,9	56,8
Se debe preguntar a los ancianos sobre la ocurrencia de caídas cada <b>__ meses</b> :	94	8,4	9	6	12	3,2	71,0

P25 = percentil 25; P75 = percentil 75; DE = desviación estándar; CV = coeficiente de variación.



### IV.3.7. Estándares sobre demencia en Geriatría (Tabla VII)

#### IV.3.7.1. Estándares de proceso

##### IV.3.7.1.1. Proceso: estándares de calidad

##### *Puntuación de estándares cuantitativos de calidad (escala de 1 a 9)*

Casi el 90% de los panelistas ha puntuado con 9 a los tres **ítems individuales** que mayor puntuación han obtenido: “Si un anciano presenta signos de demencia y los hallazgos neurológicos focales sugieren un proceso intracraneal, se le debe realizar un estudio de neuroimagen (una tomografía computerizada de la cabeza o una resonancia magnética)”, “Todos los ancianos con demencia deben tener un diagnóstico clínico o etiológico que se haga constar en la historia clínica” y “Los ancianos que presentan pérdida de memoria deben ser evaluados”. Prácticamente el 100% concede más de un 7 a: “En un anciano con deterioro cognitivo se debe revisar su medicación”, “A todos los ancianos con demencia se les debe realizar una valoración integral periódica”, “Se debe informar al cuidador de la persona con demencia de los recursos disponibles para demencias en la comunidad” y “A los cuidadores de ancianos con enfermedad de Alzheimer se les debe ofrecer programas de educación para el manejo de la enfermedad” (media = 8,8). Con tan sólo una décima menos (media = 8,7), la recomendación es utilizar antipsicóticos en los episodios de agitación o psicosis de los ancianos con demencia, si las medidas no farmacológicas no son suficientes. Lo menos valorado, que los ancianos dependientes puedan ser ingresados temporalmente para descanso del cuidador (media = 8,3).

En los dos **ítems de elección múltiple** de este apartado se recomienda que:

- Para la valoración del deterioro cognitivo del anciano,

las mejores herramientas, a juicio de los panelistas, son el Mini-Mental (media = 8,7) y el Global Deterioration Scale (GDS) (media = 8,1). Les siguen el Test del reloj (media = 7,7), el Test del informador (media = 7,5), el Clinical Dementia Rating (CDR) (media = 7,4) y el Test de Pfeiffer (media = 7,3). Las menos utilizadas o recomendadas, el Test de los 7 minutos (media = 6,9), Blessed (media = 6,8) y MIS (media = 6,2).

- Si un anciano es sometido a sujeción mecánica se debe, en primer lugar, valorar las medidas de no contención y registrar por escrito la causa de la indicación y su duración (media = 8,8). Es recomendable también, en opinión de los miembros del panel, obtener el consentimiento informado del tutor, curator o familiar (media = 8,2), liberarlo de las limitaciones por lo menos cada 2 horas e intervenir cada 2 horas (o según lo requiera la condición del paciente o sus necesidades) para alimentación, hidratación, higiene personal, WC y ejercicios de movimiento (media = 8,1). Obtiene una puntuación ligeramente inferior el replanteamiento de las limitaciones cada 4 horas y antes de renovar la orden de limitación (media = 7,9) y la observación por lo menos cada 15 minutos, y con más frecuencia si lo requiere la situación del paciente (media = 7,4).

## TABLA VII. DEMENCIA

## VII.1. ESTÁNDARES DE PROCESO

## VII.1.1. Proceso: Estándares de calidad

Estándares de calidad (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
Los ancianos que presentan pérdida de memoria deben ser evaluados.	98	8,9	9	89	100	100	0
<i>Para la valoración del deterioro cognitivo del anciano se deben utilizar herramientas validadas y estandarizadas:</i>							
Mini-Mental	98	8,7	9	85	97	98	2
Global Deterioration Scale (GDS)	98	8,1	8	43	94	98	2
Test del reloj	98	7,7	8	33	91	97	3
Test del informador	98	7,5	7	24	86	98	2
Clinical Dementia Rating (CDR)	98	7,4	8	19	84	97	3
Test de Pfeiffer	98	7,3	8	21	81	97	3
Test de los 7 minutos	96	6,9	7	9	73	94	6
Blessed	98	6,8	7	10	67	95	5
MIS	94	6,2	6	3	46	94	6
Todos los ancianos con demencia deben tener un diagnóstico clínico o etiológico que se haga constar en la historia clínica.	98	8,9	9	90	100	100	0
A todos los ancianos con demencia se les debe realizar una valoración integral periódica.	98	8,8	9	86	100	100	0

## TABLA VII. DEMENCIA (continuación)

### VII.1.1. Proceso: Estándares de calidad

Estándares de calidad (escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	% 9	% ≥ 7	% ≥ 5	% < 5
Si un anciano presenta signos de demencia y los hallazgos neurológicos focales sugieren un proceso intracraneal, se le debe realizar un estudio de neuroimagen (una tomografía computarizada de la cabeza o una resonancia magnética).	98	8,9	9	93	99	100	0
En un anciano con deterioro cognitivo se debe revisar su medicación.	97	8,8	9	88	98	100	0
En los episodios de agitación o psicosis de los ancianos con demencia, si las medidas no farmacológicas no son suficientes, se deben utilizar antipsicóticos.	96	8,7	9	82	98	100	0
Se debe informar al cuidador de la persona con demencia de los recursos disponibles para demencias en la comunidad.	98	8,8	9	85	100	100	0
A los cuidadores de ancianos con enfermedad de Alzheimer se les debe ofrecer programas de educación para el manejo de la enfermedad.	98	8,8	9	82	100	100	0
Los ancianos dependientes deben poder ser ingresados temporalmente para descanso del cuidador.	98	8,3	8	45	98	100	0

**TABLA VII. DEMENCIA (continuación)****VII.1.1. Proceso: Estándares de calidad**

<b>Estándares de calidad (escala de 1 a 9)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>% 9</b>	<b>% ≥ 7</b>	<b>% ≥ 5</b>	<b>% &lt; 5</b>
<i>Si un anciano es sometido a sujeción mecánica se deben seguir las siguientes indicaciones:</i>							
Valorar antes medidas de no contención	97	8,8	9	89	99	99	1
Registro por escrito de la causa de la indicación y su duración	95	8,8	9	85	99	99	1
Consentimiento informado del tutor, curador o familiar	95	8,2	9	53	95	98	2
Liberación de las limitaciones por lo menos cada 2 horas	96	8,1	8	41	94	99	1
Intervenciones cada 2 horas (o según lo requiera la condición del paciente o sus necesidades) para alimentación, hidratación, higiene personal, WC y ejercicios de movimiento	95	8,1	8	40	95	99	1
Replanteamiento de las limitaciones cada 4 horas y antes de renovar la orden de limitación	96	7,9	8	35	92	99	1
Observación por lo menos cada 15 minutos y con más frecuencia si lo requiere la situación del paciente	97	7,4	7	18	82	98	2

## V. DISCUSIÓN

En la metodología seguida en este proyecto, se ha combinado el método Delphi con un documento previo de revisión de la literatura en la que basar la selección de los indicadores a puntuar, y con un control en todas las etapas por un grupo de trabajo de composición mixta (un Comité Directivo formado por geriatras experimentados y un grupo de investigadores independientes con experiencia en metodología tanto cuantitativa como cualitativa). También el hecho de que el panel sea numeroso (98 participantes), con amplia representatividad geográfica y laboral y que sus miembros tengan un reconocido prestigio profesional dentro de la SEGG, confiere aún mayor fiabilidad a los resultados.

Como resultado de la exhaustiva búsqueda bibliográfica realizada, se identificaron más de 1.000 indicadores. Ante este número tan elevado se optó por hacer una selección o priorización previa a la encuesta Delphi. Para esta selección se establecieron criterios y se acotaron los temas a tratar en el estudio (ver **anexo 1**). De esta decisión se derivan algunas consecuencias:

1. Los indicadores cualitativos o de escala seleccionados son los considerados más prioritarios por el Comité Directivo; por tanto, y dada la cualificación de este grupo, era de esperar que se tratara de indicadores de gran interés también para los miembros del panel. Este hecho se confirma por las altas puntuaciones medias obtenidas por todos los indicadores (la gran mayoría tuvo una puntuación media superior a 7 en la escala de 1-9, y ninguno tuvo puntuación media inferior a 5). Por tanto, las recomendaciones derivadas de cada indicador están suficientemente refrendadas por el panel.

2. Los indicadores cuantitativos o numéricos seleccionados fueron aquellos considerados también de alto interés por el Comité Directivo, bien porque suponen un estándar fundamental para la organización y planificación de la Geriatría (tanto a nivel local como nacional), o bien porque la evidencia científica es variable o ausente. Esta última circunstancia se refleja en el alto coeficiente de variación con el que fueron puntuados algunos de estos estándares. Por ejemplo, la periodicidad de revisiones (audición, visión, alimentación, deterioro cognitivo, depresión, incontinencia, riesgo de caídas), especialmente en los mayores de 75 años, en donde se ha encontrado un coeficiente de variación en torno al 100% en la mayoría de ellos. En otras iniciativas (PAPPS, USTF, CTF, ACOVE [23-26]) se recomienda una revisión periódica de la mayoría de estas funciones o condiciones clínicas, sin embargo no se establece una frecuencia recomendada. En ACOVE [26] se recomienda hacer una revisión bianual de la visión en ancianos, pero sin diferenciar grupos de edad.
3. La acotación de temas a incluir implicó la eliminación de los indicadores referentes al manejo clínico de patologías prevalentes en Geriatría (como hipertensión, diabetes, insuficiencia cardiaca, isquemia coronaria...), que sí se establecen en estudios como ACOVE [26]. En opinión del Comité Directivo para todas estas patologías existen suficientes y excelentes guías de práctica clínica en las que el clínico puede basar sus decisiones. No obstante, se incluyeron algunos indicadores referentes a caídas y demencias considerados de máximo interés por el Comité Directivo. También se incluyeron estándares sobre la periodicidad recomendada de los exámenes de salud para algunas condiciones clínicas frecuentes en Geriatría.
4. También quedaron fuera del objetivo del estudio indicadores referentes a las unidades de larga estancia y las residencias. Se consideró que ambas tienen la suficiente importancia y envergadura como para ser consideradas, en un trabajo posterior, de forma independiente.

La mayor parte de los indicadores de este trabajo están basados o inspirados en indicadores de otros estudios, sin embargo, gran parte de ellos han sido modificados para adaptarlos al contexto de la Geriátría en España. También se han incluido indicadores propios propuestos por algún miembro del panel o del Comité Directivo y considerados de interés por el resto de los miembros.

En conclusión, como resultado de esta iniciativa se ha obtenido un conjunto amplio de estándares, adaptados al contexto español y agrupados según su naturaleza (estructura, proceso y resultado), y según el área de interés a la que se refieren (generales para Geriátría, prevención y exámenes de salud, consultas, Unidades de Agudos y de Media Estancia, caídas y demencia), que podrán servir de referencia a los clínicos (tanto geriatras como de otras especialidades) y a los gestores y planificadores del sistema de salud. Sin embargo, aún quedan áreas fundamentales (como Estándares de Calidad para las unidades de larga estancia y residencias) no abordadas en este estudio, y que debieran ser objeto de próximas investigaciones.





## VI. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. "Avance provisional de datos de padrón a 1 de enero de 2006" Madrid: INE; 2006 [acceso septiembre de 2006]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase>.
2. Fernández JA. Proyecciones de la población española. Madrid: FEDEA; 1998. Documento de Trabajo: 98-11.
3. Steel N, Melzer D, Shekelle PG, Wenger NS, Forsyth D, McWilliams BC. Developing quality indicators for older adults: Transfer from the USA to the UK is feasible. Qual Saf Health Care 2004 Aug; 13 (4): 260-4.
4. Robertson HA, MacKinnon NJ. Development of a list of Consensus-Approved Clinical Indicators of Preventable Drug-Related Morbidity in Older Adults. Clin Ther 2002; 24: 1595-613.
5. Schnelle JF, Smith RL. Quality indicators for the management of urinary incontinence in vulnerable community-dwelling elders. Ann Intern Med 2001 Oct 16; 135 (8 Pt 2): 752-8.
6. Bates-Jensen BM. Quality indicators for prevention and management of pressure ulcers in vulnerable elders. Ann Intern Med 2001 Oct 16; 135 (8 Pt 2): 744-51.
7. Rhew DC. Quality indicators for the management of pneumonia in vulnerable elders. Ann Intern Med 2001 Oct 16; 135 (8 Pt 2): 736-43.
8. Chodosh J, Ferrell BA, Shekelle PG, Wenger NS. Quality indicators for pain management in vulnerable elders. Ann Intern Med 2001 Oct 16; 135 (8 Pt 2): 731-5.
9. Grossman JM, MacLean CH. Quality indicators for the management of osteoporosis in vulnerable elders. Ann Intern Med 2001 Oct 16; 135 (8 Pt 2): 722-30.

10. MacLean CH. Quality indicators for the management of osteoarthritis in vulnerable elders. *Ann Intern Med* 2001 Oct 16; 135 (8 Pt 2): 711-21.
11. Luchi RJ, Gammack JK, Narcisse VJ, Porter C. Standards of care in geriatric practice. *Ann Rev Med* 2003; 54: 185-96.
12. Alba C de, Gorroñoigoitia A, Litago C, Martín I, Luque A. Actividades preventivas en los ancianos. *Aten Primaria* 2001 Nov; 28 (Supl. 2): 161-80.
13. Ma Quintana J, Escobar A, Bilbao A; IRYSS-Appropriateness Cataract Group. Explicit criteria for prioritization of cataract surgery. *BMC Health Serv Res* 2006 Mar 2; 6: 24.
14. Rao JK, Alongi J, Anderson LA, Jenkins L, Stokes GA, Kane M. Development of public health priorities for end-of-life initiatives. *Am J Prev Med* 2005 Dec; 29 (5): 453-60.
15. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guera de Macedo C, Hanna W, Larrien M et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Pan Am J Public Health* 2000; 8 (1-2): 126-34.
16. Asencio F, Aguiló J, Arroyo A, Baltasar A, Camacho J, Compañ A et al. Estudio Delphi de la Sociedad Valenciana de Cirugía: tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico. *Cir Esp* 2000; 67: 276-80.
17. Aguilar MD, Fitch K, Lázaro P, Berstein SJ. The appropriateness of use of percutaneous transluminal coronary angioplasty in Spain. *Int J cardiol* 2001; 78: 213-21.
18. Rodríguez JI. Propuesta de estándar asistencial en la reparación de la hernia inguinal o crural. *Cir Esp* 2003; 73(6): 331-5.
19. RAND. "ACOVE quality indicators applicable to both medical records and administrative data by condition"; 2005. Disponible en: <http://www.acove.com>.
20. Fitch K, Berstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lázaro P et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica: RAND; 2001. Report No. MR-1269-DG-XII/RE.

21. Bernstein SJ, Lázaro P, Fitch K, Aguilar MD, Rigter H, Kahan JP. Appropriateness of coronary revascularization for patients with chronic stable angina or following an acute myocardial infarction: multinational versus Dutch criteria. *Int J Quality in Health Care* 2002; 14: 103-9.
22. Shekelle PG. Are appropriateness criteria ready for use in clinical practice? *N Engl J Med* 2001; 344: 677-8.
23. SEMFYC. "Recomendaciones PAPPs: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud". Barcelona: SEMFYC; 2003.
24. US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services (2.<sup>a</sup> ed.). Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
25. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Canada Communication Group; 1994.
26. Shekelle PG, MacLean CH, Morton SC, Wenger NS. Acove quality indicators. *Ann Intern Med* 2001 Oct 16; 135 (8 Pt 2): 653-67.



## ANEXO 1

### CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD

Existe un número muy elevado de indicadores que sirven para recomendar y/o evaluar aspectos muy diferentes de la atención sanitaria al anciano. Para seleccionar aquellos que más se ajusten al propósito actual de la SEGG es preciso imaginarse cuál va a ser el documento final que se pretende lograr. Éste debe ser un documento (rigurosamente documentado) que resulte útil a la hora de planificar servicios, de defender los sistemas de atención geriátrica o de proponer políticas sanitarias concretas. Un documento de referencia en el que figure lo que es esencial y necesario para una asistencia geriátrica de excelencia, basado en la literatura científica existente y avalado por el mejor criterio consensuado de una selección de geriatras españoles.

No se trata de una guía para el correcto manejo de problemas concretos de salud sino un referente que incluya una serie de puntos esenciales e irrenunciables en asistencia geriátrica. Existen excelentes guías actualizadas de diagnóstico y tratamiento, documentos de consenso, informes de expertos, etc., para la mayoría de los principales problemas de salud del anciano y síndromes geriátricos. Una recopilación de lo principal de cada una de esas guías, aunque interesante y útil, sería un objetivo diferente al planteado en este proyecto.

Se trata en definitiva de recoger y ordenar los indicadores de la asistencia geriátrica que configuran lo esencial de dicha asistencia y que probablemente no serían destacados, defendidos ni exigidos por otros especialistas ajenos a la Geriatría. Habrá que intentar escoger una serie de ítems (sean de estructura, de proceso o de resultado) que mejor definan la filosofía de la atención geriátrica y el estado del arte en este momento del desarrollo de los conocimientos sobre el particular.

Dentro de la atención geriátrica estos estándares deberán enfocarse a 5 ámbitos:

1. Ámbito general para Geriatría.
2. Consultas externas.
3. Interconsultas.
4. Unidades Geriátricas de Agudos.
5. Unidades Geriátricas de Media Estancia.

De acuerdo con la filosofía expuesta, para la elección de los indicadores que formarán parte del cuestionario Delphi, las tareas concretas que debe realizar cada uno de los miembros del Comité Directivo serán las siguientes:

1. De la lista de 1.006 indicadores que se les facilita, deberá **seleccionar aquellos que considere de mayor interés** (marcando con una X) para incluir en el cuestionario Delphi.
2. Los indicadores de la lista que se le han facilitado le servirán como base para seleccionar los que considere oportunos, pero también le pueden servir como inspiración para **proponer nuevos indicadores** que considere que puedan ser de interés para los objetivos de este estudio, aunque no estén en la lista.

Aunque *a priori* no se establece el número de ítems que se deben seleccionar, se recomienda **no exceder de 250** (entre los de la lista y los nuevos propuestos). El plazo para realizar estas tareas y enviar a TAISS por correo electrónico los resultados de la selección y redacción de nuevos ítems finalizará el 21 de abril de 2006.

## ANEXO 2

### ARTÍCULOS UTILIZADOS EN LA SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA

#### *Artículos obtenidos en la búsqueda en MEDLINE:*

1. Shekelle PG, MacLean CH, Morton SC, Wenger NS. Acove quality indicators. *Ann Intern Med* 2001 Oct 16; 135 (8 Pt 2): 653-67.
2. Rubenstein LZ, Solomon DH, Roth CP, Young RT, Shekelle PG, Chang JT, MacLean CH, Kamberg CJ, Saliba D, Wenger NS. Detection and management of falls and instability in vulnerable elders by community physicians. *J Am Geriatr Soc* 2004 Sep; 52 (9): 1527-31.
3. Chodosh J, Solomon DH, Roth CP, Chang JT, MacLean CH, Ferrell BA, Shekelle PG, Wenger NS. The quality of medical care provided to vulnerable older patients with chronic pain. *JAGS* 2004 May; 52 (5): 756-61.
4. Steel N, Melzer D, Shekelle PG, Wenger NS, Forsyth D, McWilliams BC. Developing quality indicators for older adults: Transfer from the USA to the UK is feasible. *Qual Saf Health Care* 2004 Aug; 13 (4): 260-4.



5. Granadesigan N, Saliba D, Roth CP, Solomon DH, Chang JT, Schnelle J, Smith R, Shekelle PG, Wenger NS. The quality of care provided to vulnerable older community-based patients with urinary incontinence. *J Am Med Dir Assoc* 2004 May-Jun; 5 (3): 141-6.
6. Wenger NS, Solomon DH, Roth CP, MacLean CH, Saliba D, Kamberg CJ, Rubenstein LZ, Young RT, Sloss EM, Louie R, Adams J, Chang JT, Venus PJ, Schnelle JF, Shekelle PG. The quality of medical care provided to vulnerable community-dwelling older patients. *Ann Intern Med* 2003 Nov 4; 139 (9): 740-7.
7. Schnelle JF, Smith RL. Quality indicators for the management of urinary incontinence in vulnerable community-dwelling elders. *Ann Intern Med* 2001 Oct 16; 135 (8 Pt 2): 752-8.
8. Bates-Jensen BM. Quality indicators for prevention and management of pressure ulcers in vulnerable elders. *Ann Intern Med* 2001 Oct 16; 135 (8 Pt 2): 744-51.
9. Rhew DC. Quality indicators for the management of pneumonia in vulnerable elders. *Ann Intern Med* 2001 Oct 16; 135 (8 Pt 2): 736-43.
10. Chodosh J, Ferrell BA, Shekelle PG, Wenger NS. Quality indicators for pain management in vulnerable elders. *Ann Intern Med* 2001 Oct 16; 135 (8 Pt 2): 731-5.
11. Grossman JM, MacLean CH. Quality indicators for the management of osteoporosis in vulnerable elders. *Ann Intern Med* 2001 Oct 16; 135 (8 Pt 2): 722-30.
12. MacLean CH. Quality indicators for the management of osteoarthritis in vulnerable elders. *Ann Intern Med* 2001 Oct 16; 135 (8 Pt 2): 711-21.
13. Knight EL, Avorn J. Quality indicators for appropriate medication use in vulnerable elders. *Ann Intern Med* 2001 Oct 16; 135 (8 Pt 2): 703-10.
14. Rubenstein LZ, Powers CM, MacLean CH. Quality indicators for the management and prevention of falls and mobility

- problems in vulnerable elders. *Ann Intern Med* 2001 Oct 16; 135 (8 Pt 2): 686-93.
15. Wenger NS, Rosenfeld K. Quality indicators for end-of-life care in vulnerable elders. *Ann Intern Med* 2001 Oct 16; 135 (8 Pt 2): 677-85.
  16. Chow TW, MacLean CH. Quality indicators for dementia in vulnerable-dwelling and hospitalized elders. *Ann Intern Med* 2001 Oct 16; 135 (8 Pt 2): 668-76.
  17. Fonarow GC. Quality indicators for the management of heart failure in vulnerable elders. *Ann Intern Med* 2001 Oct 16; 135 (8 Pt 2): 694-702.
  18. Luchi RJ, Gammack JK, Narcisse VJ, Porter C. Standards of care in geriatric practice. *Ann Rev Med* 2003; 54: 185-96.
  19. Higashi T, Shekelle PG, Adams JL, Kamberg CJ, Roth CP, Solomon DH, Reuben DB, Chiang L, MacLean CH, Chang JT, Young RT, Saliba DM, Wenger NS. Quality of care is associated with survival in vulnerable older patients. *Ann Intern Med* 2005 Aug 16; 143 (4): 274-81.
  20. Higashi T, Shekelle PG, Solomon DH, Knight EL, Roth C, Chang JT, Kamberg CJ, MacLean CH, Young RT, Adams J, Reuben DB, Avorn J, Wenger NS. The quality of pharmacologic care for vulnerable older patients. *Ann Intern Med* 2004 May 4; 140 (9): 714-22.
  21. Shahi CH, Rathore SS, Wang Y, Thakur R, Wu WC, Lewis JM, Petrillo MK, Radford MJ, Krumholz HM. Quality of care among elderly patients hospitalized with unstable angina. *Am Heart J* 2001 Aug; 142 (2): 263-70.
  22. Rao SS. Prevention of falls in older patients. *Am Fam Physician* 2005 Jul 1; 72 (1): 81-8.

### *Artículos obtenidos en la búsqueda en el Índice Médico Español (IME):*

23. García JA. El reto de la calidad asistencial. 7 Días Médicos. Especial Geriatría 2002 Dic 20: 111-22.
24. Alba C de, Gorroñoigoitia A, Litago C, Martín I, Luque A. Actividades preventivas en los ancianos. Aten Primaria 2001 Nov; 28 (Supl. 2): 161-80.
25. Martín I. Estrategias para mejorar la asistencia a las personas mayores en atención primaria. Cuadernos de Gestión 2002 Abr-Jun; 8 (2): 91-100.

### *Artículos obtenidos en la búsqueda en revistas de Geriatría y Gerontología*

#### *Revistas extranjeras:*

26. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. JAGS 2001 May; 49 (5): 664-72.
27. American Geriatrics Society, Clinical Practice Committee. Guidelines abstracted from the American Academy of Neurology's Dementia Guidelines for Early Detection, Diagnosis, and Management of Dementia. JAGS 2003 Jun; 51 (6): 869-73.
28. Coleman EA, Boult C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. JAGS 2003 Apr; 51 (4): 556-7.
29. California Healthcare Foundation, American Geriatrics Society Panel on Improving Care for Elders with Diabetes. Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus. JAGS 2003 May; 51 (5 Suppl.): S265-S280.

30. American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. JAGS 2002 Jun; 50 (6 Suppl.): S205-S224.

### *Revistas españolas:*

31. Martín FC. Proyectos para el futuro de la asistencia sanitaria a los ancianos en Inglaterra. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36 (5): 253-61.

## *Documentos obtenidos en la búsqueda de literatura gris*

### *Organizaciones de Geriatria o equivalentes:*

32. AGS. "Position Statement: Comprehensive geriatric assessment". AGS Public Policy Committee, 26 August 2005.
33. AGS. "Position Statement: Ambulatory geriatric clinical care and services". AGS Health Care Systems Committee, 1 January 2000.
34. AGS. "Position Statement: Interdisciplinary care for older adults with complex needs". AGS Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group, May 2005.
35. ASGM. "Position Statement No. 7: Immunisation of older people – Revision". Revision coordinated by Assoc. Professor Michael Woodward, 9 November 2004.
36. ASGM. "Position Statement No. 8: Geriatric assessment and community practice". Paper coordinated by Drs. Robert Penhall and Craig Whitehead, June 2000.
37. ASGM. "Position Statement No. 3: Geriatric services in general hospitals & Appendix". Paper coordinated by Professor Len Gray and Dr. Michael Dorevitch, 9 October 1995.
38. BGS. "Standards of medical care for older people. Expectations and recommendations". Compendium Document 1.3. 1997, Revised 2003 Jan.

39. BGS. "Acute medical care of elderly people". Compendium Document 3.1. 1995.
40. BGS. "Standards of care for specialist services for older people". London: BGS; 2002.
41. CPA, NHS. "Service standards for the NHS care of older people". UK: CPA; 1999.
42. NZGG. "Assessment processes for older people: Best practice evidence-based guideline". New Zealand: NZGG; 2003.
43. Guillén F, Ribera JM, coord. "Geriatría XXI: Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España". Madrid: EDIMSA; 2000.

### *Otras instituciones:*

44. Budoff MJ, MacLean CH, Shekelle PG. "Quality indicators for the management of ischemic heart disease in vulnerable older persons". RAND Health Working Paper Series, WR-181; 2004 Aug.
45. Golomb BA. "Quality indicators for the management of stroke and atrial fibrillation for vulnerable older persons". RAND Health Working Paper.
46. Klerup EC, Solomon DH. "Quality indicators for quality of care during hospitalization for vulnerable elder persons". RAND Health Working Paper Series, WR-179; 2004 Aug.
47. Nakajima GA, Wenger NS. "Quality indicators for the care of depression in vulnerable elders". RAND Health Working Paper Series, WR-177; 2004 Aug.
48. Reuben D. "Quality indicators for malnutrition for vulnerable community-dwelling and hospitalized older persons". RAND Health Working Paper Series, WR-182; 2004 Aug.
49. Rhew DC, Shekelle PG. "Quality indicators for preventive care of the vulnerable elder". RAND Health Working Paper Series, WR-178; 2004 Aug.

50. Rowe S, MacLean CH. "Quality indicators for the management of visual impairment in vulnerable older persons". RAND Health Working Paper Series, WR-180; 2004 Aug.
51. Shapiro NL, Shekelle PG. "Quality indicators for the management of hearing loss in vulnerable elder persons". RAND Health Working Paper Series, WR-185; 2004 Aug.
52. Shekelle PG, Vijan S. "Quality indicators for the management of diabetes mellitus for vulnerable older persons". RAND Health Working Paper Series, WR-187; 2004 Aug.
53. Wenger NS, Young R. "Quality indicators of continuity and coordination of care for vulnerable elder persons". RAND Health Working Paper Series, WR-176; 2004 Aug.
54. Young R, Brousseau M, Wenger NS. "Quality indicators of hypertension for vulnerable elder persons". RAND Health Working Paper Series, WR-186; 2004 Aug.
55. RAND. "ACOVE-2 Quality Indicators". 2001.
56. RAND. "ACOVE quality indicators applicable to both medical records and administrative data by condition". 2005.
57. NQF. "National voluntary consensus standards for ambulatory care: Cycle-1". 31 January 2006.
58. Millar J, Mattke S. "Selecting indicators for patient safety at the health systems level in OECD countries". OECD Health Technical Papers No. 18, 28 October 2004.
59. Philp I. "Better health in old age". NSF, 2 November 2004.
60. NSF. "The National Service Framework for Long-Term Conditions". Department of Health, March 2005.
61. Little M. "Improving older people's services – policy into practice: Inspection of older people's services". Department of Health, October 2002.

62. National Service Framework for Older People (NSF). "Modern standards and service models: Older People". Department of Health, March 2001.
63. NSF. "Medicines for older people: Implementing medicines-related aspects of the NSF for older people". Department of Health, March 2001.
64. National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. "The assessment and prevention of falls in older people". UK: NICE; Clinical Guideline No. 21, November 2004.
65. NHS QIS. "Healthcare services used by older people in NHS Scotland. Report of the Consultation on the Draft Standards and Proposed Peer Review Process", January 2005.
66. NHS QIS. "Healthcare services used by older people in NHS Scotland. Draft Standards", May 2004.
67. NHS QIS. "Older people in acute care. National overview", February 2004.
68. NHS QIS. "Quality indicators older people", January 2003.
69. SEMFYC. "Recomendaciones PAPPs: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud". Barcelona: SEMFYC; 2003.

### *Búsqueda genérica a través de GOOGLE:*

70. Aragón J, Montilla D, Varo R. Enfermería ante las caídas en el anciano. GeroSAGG 2004; 2 (3): 10-4.
71. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Asistencia Social. "Programa de atención integral al adulto mayor: Sub-programa de atención al adulto mayor en hospitales". Cuba, [s.a.].
72. Servicio Canario de Salud. "Guía de actuación en las personas mayores en Atención Primaria". Gobierno de Canarias: Servicio Canario de Salud; 2002.









ESEX11503LIB042007