

Análisis descriptivo de la implantación de un servicio de ayuda al domicilio en el momento del alta de una unidad de media estancia

Olga Sabartés
Nona Galí
Paloma González
Ana Román
Verónica González

Unidad de Geriatria
de Agudos
del Hospital del Mar
Servicio de Geriatria
Institut d'Atenció
Geriatrica i
Sociosanitaria (IAGS)
Institut d'Assistència
Sanitària (IMAS)
Barcelona

Correspondencia:
Olga Sabartés
Unidad de Geriatria
de Agudos
del Hospital del Mar
Passeig Marítim, 25
08003 Barcelona
E-mail:
osabartes@imas.imim.es

Resumen

Objetivo: Descripción de la implantación de un servicio de ayuda al domicilio.

Sujetos y método: Estudio observacional descriptivo desde enero de 2001 hasta diciembre de 2002, basado en los datos disponibles en una primera etapa de un estudio longitudinal que tiene como objetivo analizar los factores predictores de necesidad de ayuda al domicilio en programa de atención domiciliaria (SAD).

Resultados: Un total de 78 sujetos fueron incluidos en el estudio desde la implantación del servicio de ayuda al domicilio hasta diciembre de 2002. De estos, 47 fueron mujeres (61,8%) y 29 (31,8%) hombres. La edad media en el primer año de implantación fue de 80 años y en el 2002 de 78,5 años. La estancia media en el servicio de ayuda al domicilio (SAD) en el año 2001 fue de 76,2 días (aproximadamente dos meses y medio) y en el año 2002 la estancia media 58,7. La media del índice de Barthel al ingreso fue de 41,5 y al alta de 75,4 en la unidad de media estancia-convalecencia; no así, en la unidad de media estancia-psicogeriatría donde la media del índice de Barthel (al ingreso: 29,8 y al alta de 42,1. De los 34 sujetos incluidos en el programa de ayuda al domicilio en el año 2001: un paciente reingresó en el centro sociosanitario en una plaza de larga estancia por patología de base y alta dependencia funcional; dos fueron derivados a hospital de agudos por aparición de proceso agudo intercurrente. Tres pacientes fueron exitus. Teniendo en cuenta el carácter temporal del servicio (SAD) un 60% de las personas asumidas en el período del 2001 pudieron ser dadas de alta del mismo.

En el año 2002, se han alcanzado en un 31% los objetivos marcados en el momento de empezar el servicio. En 6 pacientes (14,2%) se precisó reingreso en una unidad de media estancia por las características y contexto de los mismos. Así, dos pacientes reingresaron en la unidad de cuidados paliativos, dos en la unidad de larga estancia y dos pacientes en la unidad de psicogeriatría.

Conclusión: El SAD ha permitido la ubicación del enfermo dependiente más tiempo en el domicilio evitando la institucionalización más precoz y recibiendo un soporte formal sociosanitario, al mismo tiempo que se mantiene a la familia como principal eje responsable de la atención en caso de dependencia. Es importante, en este sentido, señalar la disponibilidad y cercanía detrás de un conjunto de profesionales especialistas que puedan asegurar la mejor asistencia y capacidad de respuesta ante

una situación de estrés a través de las diferentes líneas existentes a nivel sociosanitario.

Palabras clave: Ancianos. Valoración Geriátrica. Apoyo social.

Summary

Objective: Know the situation of social support with a social program at home in the community.

Subject and method: Observational, descriptive, prospective Study in January 2001 -December 2002, with the dates analysis in a first part of longitudinal study to predictors factors needed at home in a program attention residence.

Results: 78 subjects included in the study until December de 2002. 47 women (61,8%) and 29 (31,8%) men. Means age in the first year 80 years and 2002 de 78,5 years. Hospital length of stay 58,7. The mean Barthel index at admission 41,5 and at discharge 75,4 in the unit care -rehabilitation.

The 34 subjects included in the home care program in 2001: one patient go to long care for pathology, disorders and dependence- Two were derivate at agut hospital for agut process. Three patients was exitus. The temporality of these program (SAD) in a 60% the persons were in the period 2001, and after can be discharge of the same.

At 2002, in 6 patients (14,2%) need admission in the unit care. Two patients were readmission palliative care, two in long term and two in the psiogeriatric unit.

Conclusion: The SAD is a program has made possible of the patient during more time at home. In these way, the institutionalization can bee later, receiving a sociosanitaire support. The family is principal nexus of attention for these patients.

Is important to know the disponibility and proximality the professionals, who require more attention in a situation of stress.

Key words: Elderly. Geriatric Assessment. Social support.

Introducción

El envejecimiento poblacional está sometiendo a una creciente presión a los sistemas sanitarios y sociales

de los países occidentales^{1,2}. A ella no son ajenos los servicios de urgencias hospitalarios, que han conocido un incremento progresivo del número de ancianos que atienden^{2,3}. Se ha demostrado que las personas mayores de 65 años consultan por problemas más graves y urgentes, y que condiciona una mayor proporción de ingresos hospitalarios, consumen más tiempo de atención, requieren mayor número de pruebas complementarias, presentan mayor mortalidad y que generan mayor comorbilidad y peor pronóstico al alta⁴⁻⁶. Todo esto, nos lleva en muchas ocasiones a encontrarnos ante pacientes ancianos frágiles pluripatológicos y plurisintomáticos, en situación de fragilidad extrema o incluso ya entrando en la espiral del declive.

Este envejecimiento de la población tiene pues como consecuencia, diferentes grados de incapacidad y pérdida de autonomía, con repercusiones en el ámbito familiar y sociosanitario. La escasez de recursos formales condiciona que el mayor peso de los cuidados recaigan sobre la familia, en la cual se están produciendo cambios culturales, incorporación de la mujer en el mundo laboral, cambios demográficos, lo que obliga a plantearnos preguntas sobre la participación actual ante los mismos: tanto a nivel formal como informal en los cuidados destinados a las personas mayores⁷.

La disponibilidad familiar es un factor determinante para el mantenimiento en su domicilio de la persona mayor⁸, si bien es cierto, que también existe una gran influencia de la situación funcional física y estado mental del paciente que repercutirá a nivel del cuidador principal.

Por todas estas consideraciones probablemente sea necesario hacer un replanteamiento de los sistemas actuales, ya que se ha demostrado que la provisión

de un adecuado apoyo social es efectivo, influyendo favorablemente en el estado de salud, disminuyendo la mortalidad⁹ y la institucionalización^{8,9}.

La imagen estereotipada de que todas las personas mayores precisan ayuda, distorsiona la realidad, siendo necesario conocer previamente las características y magnitud de las necesidades de esta población. Así, una persona es socialmente dependiente cuando como consecuencia de sus limitaciones severas de orden físico o mental, requiere la ayuda de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria. Se ha considerado la existencia del proceso de la cascada de la dependencia para intentar explicar el continuum entre la enfermedad y la aparición de la dependencia. Así se inicia un déficit (pérdida de una parte o función), habitualmente como consecuencia de una enfermedad o accidente. Estos déficits conllevan una limitación de la actividad (discapacidad) y la no compensación de esta discapacidad provocará la restricción en la participación¹⁰.

En este contexto de envejecimiento poblacional y en concreto en nuestra comarca se crea el servicio de ayuda al domicilio de la Fundación Sociosanitaria de Manresa-Hospital de Sant Andreu, con el objetivo de mantener el máximo de tiempo posible al paciente en su domicilio y con el máximo de autonomía. Éste se pone en marcha en noviembre del año 2000 con el convenio de colaboración entre el ayuntamiento de Manresa y la Fundación Sociosanitaria de Manresa. Las características y prestaciones del servicio de asistencia domiciliaria del hospital quedan descritos en la Tabla 1. Se trata de un servicio temporal y de carácter asistencial, dirigido a aquellas personas con domicilio en la ciudad de Manresa. Se caracteriza por ser un programa individualizado de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de profesionales consis-

*Tabla 1.
Características y
prestaciones del servicio
de asistencia domiciliaria
del Hospital de San
Andrés*

Características

- El servicio de Atención Domiciliaria se otorga a aquellas personas con necesidades sanitarias y/o sociales que presentan dificultades para realizar las actividades de la vida diaria.
- La prestación de este servicio se realiza previa valoración por la trabajadora social del Hospital de San Andrés, la cual establecerá un plan de trabajo que se mantendrá relacionado con la disponibilidad horaria de la trabajadora social.
- En el momento de la prestación del servicio se pactará la temporalidad, los días, el horario del servicio y las tareas a llevar a cabo, pudiéndose modificar posteriormente en función de la evolución y valoración por el equipo.
- Un a vez finalizado el servicio, los usuarios que lo desean pueden dirigirse a los servicios de referencia, en función de la zona donde vivan, también se les facilitará el listado de trabajadoras familiares privadas.

Prestaciones

- Compra y preparación de comida
 - Aseo personal
 - Movilizaciones y transferencias
 - Vestirse/desvestirse
 - Cuidados sanitarios elementales
-

tentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio tras el alta de una de las unidades de media estancia de nuestro centro dirigido a una persona mayor dependiente en mayor o menor grado.

Se pretende pues, con este trabajo, contribuir a la descripción y conocimiento de las peculiaridades del cuidado formal e informal del sujeto que se da de alta de una unidad de media estancia.

Sujetos y método

Estudio observacional descriptivo desde enero de 2001 hasta diciembre 2002, basado en los datos disponibles en una primera etapa de un estudio longitudinal que tiene como objetivo analizar los factores predictores de necesidad de ayuda al domicilio en programa de atención domiciliaria (SAD). Este estudio se ha llevado a cabo en la ciudad de Manresa, localizada en la comarca del Bages. Manresa está situada en uno de los extremos orientales de la depresión central de Cataluña. Pertenece a la provincia de Barcelona y es la capital de la comarca del Bages, que ocupa una extensión de 1.300 Km². En la ciudad de Manresa es donde se concentran los recursos sanitarios y sociales de referencia. La población mayor de 65 años en el Bages, en el período que va desde el año 1981 hasta el año 2000, ha aumentado en un 64%, con lo cual ha pasado a representar el 12,7% de la población total en el 1981, al 20,7% del total de la población en el 2000. Por tanto, el proceso de envejecimiento en la comarca del Bages ha sido uno de los más altos de las comarcas catalanas, y claramente superior al resto de Cataluña¹¹.

El servicio de ayuda al domicilio del Hospital de Sant Andreu se halla compuesto por un asistente social y una trabajadora familiar. El objetivo general del programa (SAD) es fomentar que la persona y/o familia permanezca en el domicilio, en la medida de lo posible, con la máxima autonomía y evitando o bien retrasando la institucionalización.

A todos los pacientes que se les ofreció el servicio de ayuda al domicilio (SAD), se les realizó una valoración geriátrica integral en el momento del ingreso en las respectivas unidades del centro, marcándose los objetivos y motivo de ingreso en la unidad. Esta valoración fue llevada a cabo por el equipo formado por el médico geriatra, las enfermeras y auxiliares de la unidad, la fisioterapeuta y la trabajadora social. Se llevaron a cabo reuniones interdisciplinarias semanales para orientación al alta cuando procedía

y análisis de los objetivos marcados previamente. Durante el ingreso se realizaron las entrevistas familiares que se consideraron necesarias por los diferentes miembros del equipo con la finalidad de detectar las necesidades y preparación del alta. Se valoraron diferentes parámetros, algunos de ellos en una sola determinación y otros al ingreso y al alta. Los parámetros son:

- 1.- Datos sociodemográficos y administrativos: edad, sexo, estado civil, núcleo de convivencia, existencia de cuidador principal, procedencia y destino al alta del paciente.
- 2.- Datos clínicos: diagnóstico principal y diagnósticos secundarios, motivo de ingreso en la unidad, deterioro funcional (medido a través del índice de Barthel¹²), comorbilidad asociada (analizada con el índice de Charlson¹³), la presencia de deterioro cognitivo (medido a través del minimal test de Folstein¹⁴).
- 3.- Datos sociales: para analizar el grado de apoyo social se analizó el modo de convivencia (vivir solo con/sin persona de referencia), las condiciones de habitabilidad, el tipo de ayuda (formal e informal) recibida previamente al ingreso en la unidad del centro, el perfil del cuidador principal si es que lo había y el grado de percepción de ayuda social.

Análisis de los resultados: en esta primera etapa del estudio se utilizó una estadística descriptiva.

Resultados

Un total de 78 sujetos fueron incluidos en el estudio desde la implantación del servicio de ayuda al domicilio hasta diciembre de 2002. De estos, 47 fueron mujeres (61,8%) y 29 (31,8%) hombres. La edad media en el primer año de implantación fue de 80 años y en el 2002 de 78,5 años. La estancia media en el servicio de ayuda al domicilio (SAD) en el año 2001 fue de 76,2 días (aproximadamente dos meses y medio) y en el año 2002 la estancia media 58,7. La media del índice de Barthel al ingreso fue de 41,5 y al alta de 75,4 en la unidad de media estancia-convalecencia, no así, en la unidad de media estancia-psicogeriatría donde la media del índice de Barthel (al ingreso: 29,8 y al alta de 42,1), se mantuvo más baja atendiendo a la tipología de paciente que cumplía criterios de ingreso en la unidad. La media del índice de Charlson fue de 3,1, siendo en el 95% de los casos superior a 1. En cuanto al perfil social de los pacientes incluidos en el programa SAD queda reflejado en la Tabla 2. Cabe

Tabla 2.
Situación social

Grado de convivencia 2001 (n=36)		
- Vive con familia*	17 personas	47,22%
- Vive con esposa	8 personas	22,22%
- Vive solo	5 personas	13,89%
- Vive con hijos/as	5 personas	13,89%
- Vive con hermano/a	1 persona	2,78%
Grado de convivencia 2001 (n=42)		
- Vive con familia*	10 personas	23,81%
- Vive con esposa	14 personas	33,33%
- Vive solo	8 personas	19,05%
- Vive con hijos/as	10 personas	23,81%
- Vive con hermano/a	0 personas	0,00%
Condiciones de vivencia 2001 (n=36)		
- Buenas condiciones	11	
- Deficientes	2	
- Aceptables pero con BBAA	23	
Condiciones de vivencia 2001 (n=42)		
- Buenas condiciones	14	
- Deficientes	4	
- Aceptables pero con BBAA	24	

*Vive con cónyuge + otros; BBAA: Barreras arquitectónicas

Figura 1.
Procedencia de los usuarios en el 2001

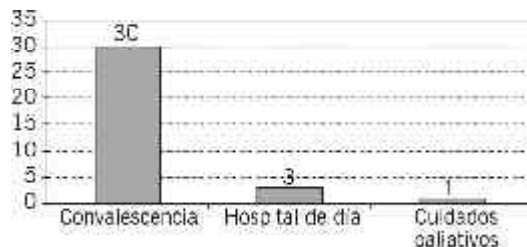


Figura 2.
Procedencia de los usuarios en el 2002

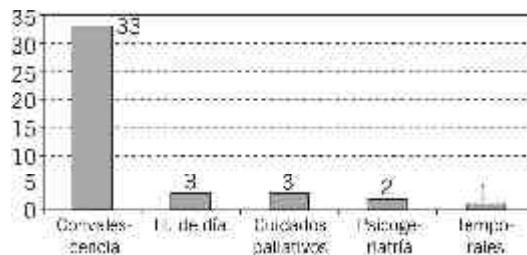


Tabla 3.
Principales diagnósticos atendidos en el 2001 y 2002

	2001	2002
- AVC con mal pronóstico	6,00%	5,90%
- AVC con hemiparesia FBC	42,00%	39,00%
- Fractura de fémur	36,00%	38,10%
- Demencia	3,00%	2,00%
- E. Cardiopulmonares	11,00%	12,30%
- Arteriopatía/amputaciones	2,00%	2,70%

señalar, el incremento global que se observa respecto a las personas que viven solas y /o cónyuge de similar edad en el segundo año de implantación del servicio y utilización del mismo. Respecto a la procedencia de los usuarios de las diferentes unidades de media estancia del centro no se observan diferencias significativas, tal y como se muestra en las Figuras 1 y 2 adjuntas.

Los diagnósticos y motivo de inclusión en el programa SAD a lo largo de estos dos años no ha presentado diferencias significativas teniendo en cuenta la tipología del paciente que ingresa en el centro (Tabla 3). De entre las patologías incluidas en el programa SAD, destaca un 6% de AVC con mal pronóstico funcional probablemente ya desde el momento del ingreso en la unidad, un 42% con AVC y hemiparesia FBC con dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y transferencias y que posteriormente al alta de la unidad de media estancia-convalecencia fueron al domicilio con soporte de hospital de día para proseguir el proceso de rehabilitación y ayuda al domicilio.

De los 34 sujetos incluidos en el programa de ayuda al domicilio en el año 2001: 1 un paciente reingresó en el centro sociosanitario en una plaza de larga estancia por patología de base y alta dependencia funcional. Dos fueron derivados a hospital de agudos por aparición de proceso agudo intercurrente. Tres pacientes fueron exitus. Teniendo en cuenta el carácter temporal del servicio (SAD) un 60% de las personas asumidas en el período del 2001 pudieron ser dadas de alta del mismo: ya fuera por conseguir los objetivos propuestos en un inicio, por voluntad propia del individuo o la familia al conseguir apoyo privado y en aquellos casos en los que se detectaba una mayor complejidad al alta independientemente del motivo se les ofrecía el servicio de ayuda al domicilio (SAD) municipal (8 casos) y en un caso SAD privado. En las Figuras 3 y 4 se muestra la distribución de las tareas realizadas por trabajadora familiar y en las Figuras 5 y 6 la frecuentación del servicio.

En el año 2002, se han alcanzado en un 31% los objetivos marcados en el momento de empezar el servicio. En 6 pacientes (14,2%) se precisó reingreso en una unidad de media estancia por las características y contexto de los mismos. Así, dos pacientes reingresaron en la unidad de cuidados paliativos, dos en la unidad de larga estancia y dos pacientes en la unidad de psicogeriatría. Durante este año, de los pacientes que dispusieron de SAD sólo uno precisó reingreso en hospital de agudos, si bien también tres de ellos al finalizar el período obtuvieron una plaza de residencia asistida.

Discusión

En este trabajo se analiza la situación y necesidad de apoyo social en una muestra de población de ancianos, no institucionalizados, que han precisado de un ingreso en una unidad de media estancia del centro sociosanitario atendiendo tal y como se argumentaba en la introducción a los cambios sociodemográficos que están teniendo lugar tanto en el núcleo familiar así como en la sociedad en general.

Los resultados presentados deben interpretarse teniendo en cuenta, por un lado, las limitaciones del mismo, que se halla formando parte de un estudio longitudinal que pretende analizar los factores predictivos de necesidad de ayuda al domicilio tras un ingreso en unidad de media estancia y el contexto geográfico que nos ocupa, el cual no se correspondería probablemente con el de una gran urbe, pero sí con el de una ciudad media como Manresa que es el punto de referencia de los pueblos de la comarca y donde todavía la disponibilidad familiar y el soporte informal son factores determinantes para el mantenimiento de la persona en el domicilio. Nuestros pacientes presentaron una comorbilidad, situación funcional y diagnóstico principal de ingreso, similar a los descritos en la literatura para cada una de las unidades correspondientes^{15,16}. Cabe señalar con respecto a la procedencia de los pacientes candidatos a la utilización del programa de ayuda al domicilio como en su inmensa mayoría en los dos años analizados, la procedencia es en un 71-80% de la unidad de media estancia-convalecencia probablemente debido a que se hallan en aquella situación funcional frágil susceptible de riesgo de institucionalización sin el soporte social adecuado y hasta el momento actual habían podido permanecer en el domicilio. Al analizar de forma más minuciosa los pacientes que procedían de la unidad de cuidados paliativos, el perfil de los mismos se caracterizaba por un lado por estabilidad clínica en cuanto a control de síntomas en el momento del alta y la necesidad de un soporte social evidente ante la dependencia física y funcional. Con respecto a la unidad de media-estancia de psicogeriatría de instauración relativamente reciente en el centro sociosanitario, la procedencia de sujetos que termina utilizando el programa de ayuda al domicilio es menor con respecto a las otras unidades analizadas. Ello sea debido, probablemente, a que se trata de un perfil de pacientes que previamente, cuando acuden para ingresar en la unidad, ya disponen de recursos privados propios o bien derivados desde el centro de atención primaria de referencia al tratarse de una enfermedad invalidante y progresiva con una alta carga psicológica y familiar.

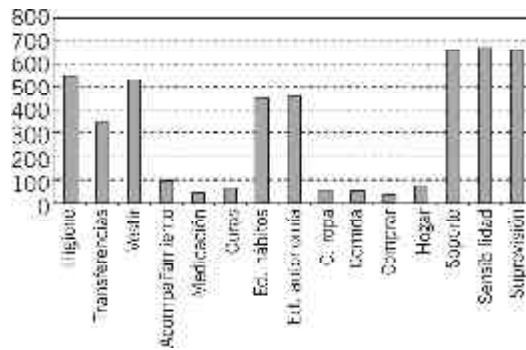


Figura 3. Tareas realizadas por la trabajadora familiar en el año 2001

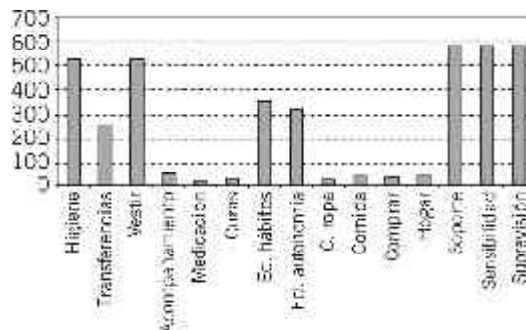


Figura 4. Tareas realizadas por la trabajadora familiar en el año 2002

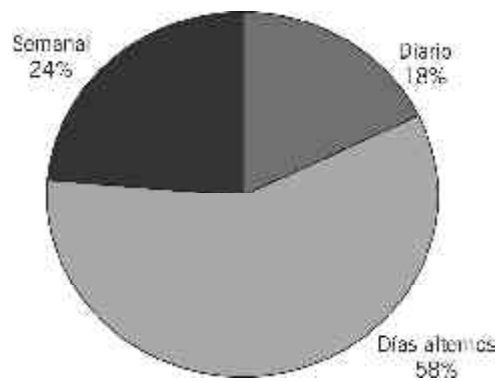


Figura 5. Planificación del servicio de la trabajadora familiar 2001

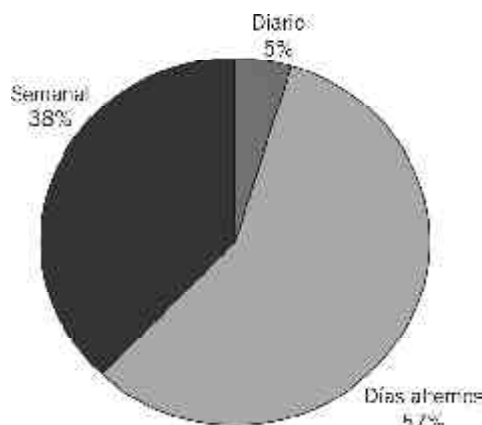


Figura 6. Planificación del servicio de la trabajadora familiar 2002

La trabajadora familiar en cada uno de los casos ha proporcionado diferentes tareas: atención personal (higiene, control de alimentos y medicación, transferencias, estimulación de autonomía...); de ayuda en el hogar (organización...); de soporte y contención (trámites burocráticos, educación sanitaria).

La justificación para la utilización y planificación del servicio, tal y como se muestra en las Figuras 5 y 6 se ha basado en varios puntos; entre ellos:

1. El grado de dependencia funcional (basado en el índice de Barthel, deficiencias para realizar alguna de las actividades de la vida diaria).
2. En el grado de soporte familiar (basado en la existencia de cuidador principal, grado de implicación, disponibilidad...).
3. La necesidad de acudir y/o utilizar algún otro recurso de la red sociosanitaria, tales como hospital de día, centro de día, telealarmas...).
4. En función de la disponibilidad horaria de la trabajadora familiar en el momento del alta. Ello explicaría el incremento en el segundo año de la disposición del recurso a días alternativos con la finalidad de poder ampliar el recurso a más usuarios en el momento del alta y lo mismo a nivel semanal.

El SAD es pues, un recurso temporal, si bien; en aquellos casos en los cuales se ha detectado la necesidad de una línea de continuación (en un 21,5%), se ha ofrecido la derivación a los servicios sociales municipales que han asumido el 100% de los casos. Ello ha conllevado una mayor coordinación entre toda la red social de la comarca.

Los resultados de nuestro estudio ponen pues de manifiesto, la necesidad de apoyo social en este grupo de población, identificando un sector de población, que sin haber desarrollado un alto grado de incapacidad basándonos en la media del índice de Barthel en el momento de ser dados de alta, presentan una alta probabilidad de padecerla en el tiempo por precisar ayuda por lo menos parcial para las actividades de la vida diaria tales como higiene, vestirse, estimulación de autonomía... A ello habría que sumarle el hecho de que el 32,94% viven solos y el 55,5% con cónyuge de similar edad lo que conlleva un mayor riesgo de institucionalización ante la dificultad de poderse mantener en el domicilio sin soporte social. A destacar que viven solos el 32,9% de los ancianos estudiados, esta proporción y el ser más elevada en las mujeres, no difiere de lo hallado en otros trabajos publicados en la literatura^{17,18}.

En consecuencia, la evaluación de la situación funcional en las unidades de media-estancia puede ser útil en la detección de grupos de ancianos con riesgo

de deterioro, que tras el alta puedan beneficiarse de estrategias de intervención dirigidas a evitar/recuperar la pérdida de autonomía por un lado, así como evitar la institucionalización precoz y secundariamente la reutilización de recursos sanitarios. La eficacia de estas intervenciones dependerá de nuestra capacidad para la detección precoz de los problemas y de la población diana susceptible de beneficio¹⁹⁻²¹. Asimismo, el hecho de poder ofrecer un servicio de ayuda al domicilio (SAD) de carácter temporal en el momento de ser dados de alta de una unidad de media-estancia ofrece soporte y seguridad a la familia en el momento del alta, así como una mayor calidad asistencial dentro del continuum asistencial. Consideramos además, que el SAD ha permitido la ubicación del enfermo dependiente más tiempo en el domicilio evitando la institucionalización más precoz y recibiendo un soporte formal sociosanitario, al mismo tiempo que se mantiene a la familia como principal eje responsable de la atención en caso de dependencia. Es importante, en este sentido, señalar la disponibilidad y cercanía detrás de un conjunto de profesionales especialistas que puedan asegurar la mejor asistencia y capacidad de respuesta ante una situación de estrés a través de las diferentes líneas existentes a nivel sociosanitario.

En definitiva, consideramos que deberemos unir esfuerzos para conseguir un mayor apoyo social, con el fin de disminuir la sobrecarga del cuidador que posiblemente tiene como consecuencia, entre otras el mantener más tiempo y en mejores condiciones al anciano en su domicilio, siempre que así él lo desee y analizar la percepción que los cuidadores tiene acerca de las prestaciones sociales ofrecidas.

Bibliografía

1. Strange GR, Chen EW, Sanders AB. Use of emergency departments by elderly patients: projections from a multicenter data base. *Ann Emerg Med* 1992;21: 819-24.
2. Gerson LW, Skvarch L. Emergency medical service utilization by elderly. *Ann Emerg Med* 1982;11:610-2.
3. Dove AF, Dave SH. Elderly patients in the accident department and their problems. *Br Med J* 1986;292: 807-9.
4. Singal BM, Hedges JR, Rousseau EW, Sanders AB, Berstein E, McNarama RM, *et al*. Geriatric patients emergency visits Part I. comparison of visits by geriatrics and younger patients. *Ann Emerg Med* 1992;21:802-7.
5. Rodríguez, González JI, Sanz F, Jaramillo E, Benegas JR, Rodríguez L, *et al*. La urgencia geriátrica frente la urgencia en edad adulta: análisis retrospectivo de la

- surgencias médicas de un hospital de general. *Med Clin (Barc)* 1989;93:411-4.
6. González JI, Elosua I, Guillén F. El anciano en el servicio de urgencias: algunos mitos y algunas respuestas. *Rev Clin Esp* 1990;178:348-52.
 7. Caballero JC. España panorama de la asistencia al anciano en el siglo XXI. *Rev Gerontol* 1997;7:207-16.
 8. Pearlman D, Crown WH. Alternative Sources of social support and their impacts on institutional risk. *Gerontologist* 1992;32:527-35.
 9. Wellin L, Svärdsudd K, Ander-Peciva S, Tibillin G, Tibillin B, Larson B. Prospective study of social influences on mortality: The study of men born in 1913 and 1923. *Lancet* 1985;1:915-18.
 10. Guillen Llera F, Pérez del Molino Martín. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Masson, 1994.
 11. Distribución geográfica a Cataluña. Consell comarcal del Bages, 2002.
 12. Kane RA, Kane RL. *Evaluación de las necesidades de los ancianos. Guía sobre los instrumentos de medición*. Barcelona: Eds SG Editores, 1993.
 13. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chron Dis* 1987;40:373-83.
 14. Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. "Mini mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatry Res* 1975;12:189-98.
 15. Salvá A, Amrtínez F, Llobet S, vallés E, Miró M, Llevadot D. Las unidades de media estancia- convalecencia en cataluña. *Rev Esp Geriatr gerontol* 2000;35:31-7.
 16. Dietre G, Vilarmau MT. Evolución de la capacidad funcional y características de los pacientes ingresados en una unidad de convalecencia y rehabilitación en España. *Rev Mult Gerontol* 2000;10:26-32.
 17. Ruigómez A, Alonso J, Antó JM. Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. *Gac S* 1991;24:117-24.
 18. Espejo J, Martínez J, Rubio V, Dueñas R, Fernández MJ, Yun A. Recursos sociales en mayores de 60 años. Su relación con factores sociodemográficos y de salud (proyecto ANCO). *Atención Primaria* 1997;21:174-82.
 19. Report of the Council on Scientific Affairs: American Medical Association white paper on elderly health. *Arch Intern Med* 1990;150:2459-72.
 20. Solomon D. National Institute of Health Consensus. Development Conference Statment: Geriatric Assessment Methods for Clinical Decision- Making. *J AM Geriatr Soc* 1988;36:342-7.
 21. Rubenstein LV, Calkins DR, Greenfield S, Jette AM, Meeman RF, Nevins MA, et al. Health status assessment for elderly patients. Report of Society of the general Internal Medicine Task Force on Health Assessment. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:562-9.