

Valoración geriátrica en el hospital: unidades de postagudos

Ramón Miralles, Ascensión Esperanza, Olga Vázquez

Servicio de Geriátrica del IMAS. Hospital de la Esperanza. Centro Geriátrico Municipal Hospital del Mar. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Barcelona Universidad Autónoma de Barcelona

Correspondencia:

Ramón Miralles Basseda

Unidad de Convalecencia. Hospital de la Esperanza, IMAS

San José de la Montaña, 12. 08024 Barcelona.

E-mail: ramon.miralles@uab.es

Resumen

El concepto de cuidados postagudos incluye toda la franja asistencial situada entre el hospital de agudos y el domicilio (cuidados subagudos, intermedios, media estancia, convalecencia). Las unidades de subagudos son aquellas que atienden a pacientes en el periodo postagudo inmediato muy próximo a la atención hospitalaria.

Los pacientes que requieren atención postaguda suelen ser de edad avanzada, que han superado la fase aguda de su enfermedad, que ya están diagnosticados y que presentan discapacidad reciente. Dentro de estos, existen unos en los que la situación postaguda es inmediata y presentan además inestabilidad clínica (sin riesgo vital) y todavía precisan tratamientos que requieren monitorización frecuente. Estos son los candidatos para las unidades de subagudos.

Los cuidados postagudos no son una simple prolongación de la hospitalización de agudos, sino que deben contribuir a mejorar los resultados de salud, siendo necesario añadir a la atención subaguda, la posibilidad real de efectuar una valoración geriátrica. El espacio postagudo cumple las condiciones ideales para ofrecer un programa eficaz de valoración geriátrica (intervención intensa 24 h al día, mas tiempo para intervenir y pacientes con discapacidad reciente). Se propone que en este entorno, la valoración geriátrica ha de ser completa con instrumentos que permitan evaluar todas las dimensiones y con profesionales que lleven a cabo una intervención interdisciplinar real y eficaz.

Palabras clave: Postagudos. Subagudos. Media estancia. Convalecencia. Valoración geriátrica. Recursos asistenciales.

Summary

The concept of postacute care includes an extensive area between acute care hospitals and home care (subacute care, intermediate care, transitional care convalescence). Subacute care units are those, in which patients are admitted, in the immediate postacute periode, closely connected with the acute care in the hospital.

Postacute care is needed in patients with advanced age, in which acute fase of the illness has been overcome, the diagnostic process has been finished and functional decline in present. A subgroup of these patients, who are still in the immediate postacute periode, who are minimally medically unstable (fluctuating conditions but not life-threatening) and who still requires basic uncomplicated intermitent treatments, are candidates for a subacute care unit.

Postacute care is not a simply hospital acute care extension, but it has to contribute to improve health outcomes in these patients. A comprehensive geriatric assessment may be added to the subacute care requirements.

The postacute care environment has ideal conditions to offer an effective geriatric assessment program (strong intervention 24 h a day, more time for intervention than in acute care hospital, patients with recent physical decline). Geriatric assessment in the postacute care setting must be complete, all dimensions must be evaluated with validated instruments and a real and effective interdisciplinary intervention must be performed.

Key words: Postacute care. Intermediate care. Convalescence. Geriatric assessment. Health resources.

La OMS en 1974, definió por primera vez el concepto de los cuidados intermedios o de media estancia como un recurso institucional con camas de hospitalización para pacientes ancianos, en donde, una vez superada la fase aguda de la enfermedad, fuera posible efectuar un tratamiento a medio plazo, con recursos de rehabilitación, atención médica y cuidados de enfermería, todo ello con los objetivos de recuperar la independencia, volver al domicilio y reintegrarse a la vida comunitaria¹. Posteriormente, en la literatura anglosajona se ha desarrollado el concepto amplio de los cuidados de transición (*transitional care*)², que incluye a todos los cuidados postagudos³. Esta zona de transición, estaría situada entre dos extremos, en uno estaría el hospital de agudos con alta tecnología sanitaria y en el otro el domicilio o residencia social (medio no sanitizado). Existe un amplio consenso en que los modelos de atención situados en dicha zona de transición deben tener una serie de características comunes que son^{2,3}: 1. Perfiles de pacientes generalmente ancianos, con discapacidad y que han superado, o están superando, la fase aguda de su enfermedad. 2. Los pacientes ya están diagnosticados y no precisan alta tecnología diagnóstica ni terapéutica. 3. El método de trabajo está basado en los principios básicos de la valoración geriátrica integral. Así mismo, la estancia media en estos modelos de transición suele ser mayor que en los hospitales de agudos y con un coste inferior. En la Figura 1 se representan estas ideas en un esquema.

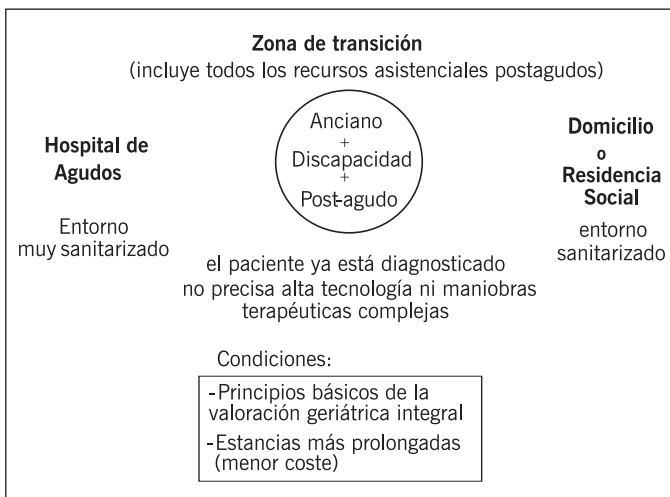


Figura 1. Esquema figurativo de la zona de transición (transitional care)^{2,3}

Concepto de cuidados postagudos

El concepto de esta zona de transición es amplio e incluye todos los cuidados postagudos. La franja asistencial intermedia situada entre el hospital de agudos y el domicilio, permite diferentes niveles de intensidad terapéutica, en función del objetivo que se pretenda conseguir y de los recursos sanitarios que se puedan ofrecer³. Así en la Figura 2 se muestra un esquema figurativo, en el cual aquellas unidades que tuvieran una mayor disponibilidad de técnicas de diagnóstico y tratamiento (radiología, laboratorio, farmacia hospitalaria y rehabilitación de alta intensidad), podrían ofrecer tratamientos más parecidos a los de un hospital de agudos, situándose de manera figurativa en el esquema más próximas a éstos (a la izquierda en la figura), algunos autores han utilizado la terminología de cuidados subagudos para referirse a este tipo de unidades, cuya misión se centraría fundamentalmente en la finalización de tratamientos médicos complejos y en un corto espacio de tiempo mejorar sus capacidades y favorecer el retorno al domicilio. Por otro lado, aquellas unidades con menor disponibilidad de ofrecer dichas técnicas, centrarían su máxima actividad en los cuidados de enfermería geriátricos y en una rehabilitación de mediana intensidad, adaptada para dichos pacientes, situándose de manera figurativa en el esquema, más próximas a los recursos domiciliarios y a los cuidados de larga duración (a la derecha en la figura). Estas últimas asumirían perfiles de pacientes más estabilizados, con menos necesidades de técnicas sanitarias y con un mayor componente psicosocial y su misión fundamental se centraría más en programas de valoración geriátrica con especial énfasis en la rehabilitación⁴. Cabe mencionar que el esquema de la Figura 2 pretende representar de manera sencilla dos tipos de unidades situadas entre ambos extremos, sin embargo en la aplicación práctica de estos modelos existen muchas posibilidades intermedias en las que se mezclan técnicas hospitalarias, programas de rehabilitación y cuidados geriátricos sociosanitarios.

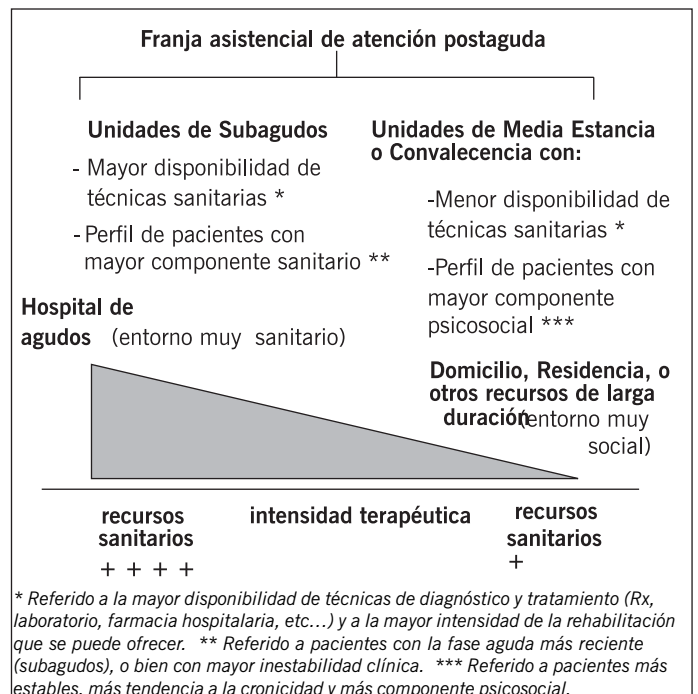


Figura 2. Esquema sobre los diferentes modelos de atención de postagudos, que van desde los cuidados postagudos inmediatos (subagudos), pasando por las unidades de rehabilitación geriátrica, las unidades de media estancia tradicionales basadas en los modelos de valoración geriátrica (geriatric assessment units), conocidas en nuestro país como unidades de media estancia o convalecencia y llegando incluso a los cuidados residenciales (nursing home care). La aplicación práctica de estos modelos da lugar a muchas posibilidades intermedias.

Todo ello puede explicar la gran diversidad de denominaciones que reciben estas unidades asistenciales tanto en nuestro país como en el extranjero (subagudos, *geriatric assessment units*, unidades de rehabilitación geriátrica, unidades de media estancia o convalecencia, *intermediate care units*, etc...) ⁴⁻⁹. Dentro de la franja asistencial de los cuidados postagudos, en el presente artículo se analizan únicamente aquellos aspectos de la valoración geriátrica centrados en las unidades de subagudos, ya que los relacionados con las unidades de convalecencia serán objeto de revisión en otro apartado de este número monográfico de la revista.

Unidades de subagudos

El concepto de cuidados postagudos en su significado mas amplio, incluiría tal como su nombre indica, a toda la franja asistencial que se sitúa por detrás de la atención hospitalaria de la fase aguda. Ello incluiría también a toda la zona de transición que se muestra en las Figuras 1 y 2. Sin embargo, el término de subagudos, suele aplicarse únicamente, a aquellas unidades que por sus características se sitúan de manera inmediata muy próximas a la fase posthospitalaria. De ahí se deriva el sentido de la palabra "subagudos", en la cual el prefijo *sub*, que significa "por debajo de", pretende expresar de

Tabla 1. Niveles de cuidados y atención para personas con una enfermedad o lesión aguda (tomado y adaptado de Levenson S)³.

Nivel 1	Nivel 2*	Nivel 3*
Agudeza alta (fase aguda inicial, primeras 24-48 h)	Agudeza moderada (fase aguda intermedia, aproximadamente entre el 3º y 5º día)	Agudeza baja (fase aguda tardía, aproximadamente a partir del 6º día y hasta la resolución)
Una o más de las siguientes condiciones:	Una o más de las siguientes condiciones:	Una o más de las siguientes condiciones:
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad o lesión aguda activa - Situación médica muy inestable con riesgo vital - Riesgo de complicaciones alto - Requiere tratamientos intensos y/o complejos de manera continuada - Requiere monitorización básica (constantes, diuresis, etc...) de manera continuada (cada 2-4 horas) 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad o lesión aguda reciente, pero todavía activa - Situación médica inestable (fluctuante), pero sin riesgo vital. - Riesgo de complicaciones moderado - Requiere tratamientos intensos y/o complejos de manera no continuada - Requiere monitorización básica (constantes, diuresis, etc...), de manera frecuente pero no continuada (cada 6-12 h) 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad o lesión aguda reciente, pero ya resuelta en vías de resolución - Situación médica mínimamente inestable y sin riesgo vital - Riesgo de complicaciones bajo - Requiere tratamientos básicos no complejos - Requiere monitorización básica (constantes, diuresis, etc...), de manera intermitente y poco frecuente (cada 24 horas o semanalmente)

* La mayoría de los autores coinciden en que los niveles 2 y 3 podrían ser atendidos de unidades de subagudos

alguna manera un menor grado de "agudeza" de la enfermedad, en comparación con la "agudeza" del hospital de agudos. En la literatura médica, se ha definido el concepto de cuidados subagudos como aquellos orientados a tratar inmediatamente después de un proceso de hospitalización de agudos, uno o más problemas médicos complejos³. Aunque el concepto teórico de subagudos resulta fácil de entender, a la hora de llevarlo a la práctica clínica es difícil definir los perfiles de los pacientes candidatos para este nivel asistencial. Existen dos maneras de enfocar este problema, la primera sería definiendo a los pacientes en función de la enfermedad que tienen y su estadio evolutivo (ej. disnea de reposo sin deterioro gasométrico, infecciones agudas urinarias o respiratorias sin riesgo vital, etc...), sin embargo este sistema de definición tiene el inconveniente de que la misma enfermedad no se comporta igual en todas las personas, pudiendo existir variaciones individuales (ejemplos: diferentes niveles de dependencia para la misma enfermedad, alteraciones mentales, factores pronósticos individuales que modifiquen el riesgo, etc...). Estas variaciones pueden hacer que aunque la enfermedad esté bien escogida y clasificada para un nivel de subagudos, las características del paciente pueden hacer que este nivel no sea el adecuado. La segunda forma de enfocar la definición de los pacientes estaría relacionada con la intensidad de los cuidados que necesitan (recursos) (ej. pacientes que necesiten control de constantes frecuente, que necesiten exploraciones complementarias frecuentes, etc...), este sistema de definición puede ser adecuado, sin embargo se debe tener en cuenta que la misma enfermedad, necesita cuidados diferentes, según el momento en que se encuentre y que dicha necesidad puede fluctuar y cambiar de forma rápida. Por ello se requiere un alto grado de atenciones coordinadas e interdisciplinarias para llevar a cabo la atención subaguda de forma correcta. Finalmente, éste sistema de definición de pacientes,

basado en las necesidades, puede tener un alto componente subjetivo relacionado con la indicación que hace el médico de determinadas técnicas sanitarias, pudiendo variar en función del entorno asistencial en que se encuentre y de la experiencia de los profesionales, por ello determinadas actuaciones diagnósticas y terapéuticas deberían estar protocolizadas. Finalmente, aunque es difícil hallar un consenso, algunos autores han hecho aproximaciones tratando de definir distintas fases en el nivel de "agudeza" de una enfermedad o proceso³, diferenciando un nivel 1 (alta agudeza), nivel 2 (agudeza moderada) y nivel 3 (baja agudeza) (Tabla 1). A continuación se muestra una propuesta de criterios de ingreso en una unidad de subagudos elaborada en nuestro servicio:

- Pacientes ya diagnosticados en los que a pesar de haberse superado la fase aguda inicial de una enfermedad o lesión, presentan todavía inestabilidad clínica y necesitan tratamientos complejos y exploraciones complementarias, bastará una cualquiera de las siguientes condiciones:
 - Postquirúrgicos muy recientes con pérdida de la independencia y pluripatología médica.
 - Descompensaciones recientes de enfermedades crónicas (cardiorespiratorias) con discapacidad.
 - Pacientes que necesitan iniciar rehabilitación y presenten otras patologías severas.
 - Procesos intercurrentes en pacientes con enfermedades crónicas conocidas generalmente invalidantes y con diagnóstico de la situación aguda ya establecido.

En general estos pacientes han de estar hemodinámicamente estables, no se ha de prever el uso de alta tecnología y acostumbran a necesitar supervisión clínica muy continuada.

Tabla 2. Criterios de ingreso y características principales de distintas unidades de subagudos*

Unidades de Subagudos	Criterios de ingreso	Recursos disponibles	Nº camas	Estancia media
Von Sternberg ² <i>Post-hospital sub-acute care unit</i>	-Post-AVC, post-fractura, post-cirugía (5-7 días) -post-descompensación cardiorrespiratoria -Infección urinaria/neumonía no complicada con discapacidad	-Fisioterapia y terapia ocupacional diaria -Técnicas diagnósticas y terapéuticas similares a hospital de agudos -Nutrición parenteral	15	14 días
Karppi ¹⁰ <i>Geriatric inpatient assessment unit</i>	-Disminución de capacidad funcional en ancianos susceptibles de mejorar con rehabilitación	-Fisioterapia y terapia ocupacional diaria -Técnicas diagnósticas básicas	8	16,5 días
Makowski ¹¹ <i>Subacute care of the Life care Center of St. Louis</i>	-Post.enfermedad médica (cardíaca, pulmonar,infecciones) con discapacidad reciente -Post.cirugía ortopédica y post-AVC (7-10 días)	-Fisioterapia -Técnicas diagnósticas básicas	100	19,8 días
Applegate ⁶ <i>Geriatric rehabilitation and assessment unit</i>	-Cualquier patología con pérdida reciente de la capacidad funcional -Síndrome confusional reciente -Compromiso de seguimiento por parte del médico de at. primaria	-Fisioterapia y terapia ocupacional diaria -Técnicas diagnósticas básicas	10	23 días

*Los datos que se exponen en esta tabla, han sido necesariamente resumidos por los autores, para una información más detallada, el lector debe remitirse a las referencias bibliográficas.

En la Tabla 2 se muestran algunas características de diferentes unidades de subagudos publicadas en la literatura^{2,6,10,11}, obsérvese que la estancia media oscila entre 15 y 25 días, ello se explica por los criterios de ingreso utilizados, que se centran en problemas médicos recientes con gran componente sanitario potencialmente mejorable y también en pacientes susceptibles de mejorar en un proceso de rehabilitación. Cabe destacar que, aunque no se muestra en la tabla, muchas de estas unidades tienen ratios de personal médico y de enfermería similares a las de los hospitales de agudos y que tal como se observa disponen de técnicas diagnósticas y terapéuticas propias de los hospitales de agudos y recursos intensos de terapias de rehabilitación.

Valoración geriátrica en postagudos

Las unidades de postagudos y especialmente las del "postagudo inmediato" (subagudos), no son una simple prologación de la hospitalización de agudos con el objetivo de optimizar las estancias hospitalarias, sino que deben contribuir a mejorar los resultados de salud. Para ello es obligado que a los requerimientos de atención subaguda y a las terapias de rehabilitación, se les añada la posibilidad real de efectuar una valoración geriátrica integral que permita durante un tiempo razonable intervenir de forma interdisciplinar sobre los grandes síndromes geriátricos, este hecho está universalmente reconocido en la literatura^{2-9,11}. Cabe destacar, en este sentido, que la franja asistencial de la atención postaguda (Figuras 1 y

2), reúne unas condiciones favorables para que los programas de valoración geriátrica e intervención geriátrica se muestren eficaces^{12,13}.

El éxito de un programa de valoración geriátrica depende básicamente de tres factores¹²⁻¹⁴:

- *Intensidad de la intervención*: viene dada por la capacidad que tenga el equipo interdisciplinar, de intervenir directamente sobre el paciente, esto sucede en casos en que el paciente es atendido directamente en un recurso asistencial geriátrico especializado (ej. unidades de media estancia, hospitales de día). Por el contrario, en aquellas unidades en que el equipo que no tenga dicha posibilidad, la intervención será menos intensa (ej. equipos consultores).
- *Duración de la intervención*: cuanto más prolongado es el periodo de intervención, mayor es la eficacia de la misma, sobre todo si ésta va seguida de un periodo de seguimiento prolongado (ej. unidades de media estancia con seguimiento en una unidad geriátrica ambulatoria).
- *Selección de los pacientes sobre los que se realiza la intervención*: no todos los pacientes ancianos se benefician por igual de la valoración geriátrica integral. La valoración es más eficaz en aquellos pacientes que presentan deterioro reciente de sus capacidades, mientras que en aquellos en los que el deterioro es crónico y establecido, la intervención puede resultar menos eficaz.

De acuerdo con estos factores anteriormente mencionados, es posible afirmar, que el espacio asistencial de los cuidados postagudos,

Tabla 3. Principios básicos de la valoración geriátrica integral

- Evaluación geriátrica completa interdisciplinar (biomédica, necesidades de cuidados de enfermería, valoración por trabajador social)(historia clínica común).
- Trabajo en equipo interdisciplinar, reuniones semanales para consensuar los objetivos y evaluar la consecución de los mismos en cada paciente.
- Cuidados de enfermería individualizados y programa de fisioterapia si procede, encaminados a conseguir la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria.
- Monitorización de la capacidad funcional y del estado mental (función cognitiva y estado emocional).
- Detección y manejo protocolizado de los síndromes geriátricos más importantes (confusión, desnutrición, caídas, demencia, incontinencia, inmovilidad, úlceras por presión,etc...).
- Adecuación del nivel de intensidad terapéutica (relación riesgo/beneficio de las intervenciones, evitar iatrogenia, respetar deseos y expectativas del paciente).
- Planificación del alta encaminada al retorno al domicilio con la implicación de familiares y cuidadores, si no es posible buscar ubicación más adecuada.

cumple las condiciones ideales desde un punto de vista teórico, para ofrecer un programa de valoración en intervención geriátrica intenso. La existencia de un equipo interdisciplinar en régimen de hospitalización, permite intervenir durante casi 24 horas al día y durante periodos de tiempo sustancialmente más prolongados que en el entorno hospitalario de agudos. Por otra parte, el perfil de pacientes con discapacidad reciente tras un proceso agudo resulta ser el candidato habitual en estas unidades. En estas condiciones, en cierto modo privilegiadas, es como mejor se ha demostrado la eficacia de los programas de valoración geriátrica, habiéndose observado en estudios controlados, que es posible mejorar la supervivencia, la capacidad funcional y retrasar o evitar la institucionalización definitiva^{4-6,12-14}.

La definición de los cuidados subagudos de la *Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations*, incluye entre otras características las siguientes condiciones respecto al sistema de trabajo que deben seguir¹⁴:

- Valoración integral del paciente.
- Tratamiento orientado por problemas y objetivos.
- Valoración e intervención por un equipo interdisciplinar.
- Valoraciones frecuente (diaria o semanal).
- Tiempo limitado marcado por la consecución de unos objetivos.
- Planificación del alta y coordinación con otros niveles asistenciales.

Todas estas condiciones coinciden plenamente con los requerimientos que debe tener un programa de valoración geriátrica (Tabla 3). A continuación en la Tabla 4, se recogen los datos y las

Tabla 4. Valoración Geriátrica en Postagudos : datos que deben recogerse y propuesta de instrumentos a utilizar por el equipo interdisciplinar

Datos biomédicos

- Diagnósticos médico principal (que justifica discapacidad)
- Coexistencia de enfermedades crónicas (índice de comorbilidad Charlson)¹⁵
- Valoración nutricional (peso, IMC, circunferencia brazo, albúmina, colesterol)
- Valoración de la polifarmacia (adecuación de la prescripción)
- Revisión sistematizada de los grandes síndromes geriátricos
- Evaluación sistematizada de las 14 necesidades básicas del paciente (modelo de Virginia Henderson)
- Riesgo de úlceras por presión (índice de Norton)¹⁶
- Diagnósticos de enfermería

Datos funcionales

Función física

- Capacidad funcional previa al ingreso (índice de Lawton* e índice de Barthel)^{17,18}
- Capacidad funcional al ingreso y al alta (índice de Barthel)
- Capacidad de marcha y riesgo de caídas (test de Tinetti, Timed "Up&Go")^{19,20}

Función cognitiva

(Minimental test de Folstein, Miniexamen cognitivo de Lobo, Pfeiffer)²¹

Función emocional

(Escala de depresión Geriátrica de Yesavage 15 items)²²

Función perceptiva (vista-oído)

Valoración social

- Convivencia y contactos sociales (escala sociofamiliar de Gijón abreviada)^{7,23}
- Valoración del cuidador principal
- Sistemas de apoyo requeridos para vivir en la comunidad (consumo de recursos sociales...)

propuestas de instrumentos para valoración geriátrica en unidades de postagudos¹⁵⁻²³. Dicha tabla es tan solo una propuesta en la que se han hecho constar los instrumentos más conocidos y de uso mas generalizado en nuestro país. Aunque cada instrumento de los expuestos, tiene sus ventajas e inconvenientes, en general puede afirmarse, que no existen argumentos técnicos sólidos para clasificar a un instrumento mejor que otro. Muchas veces estos se escogen en función de preferencias y experiencia de cada equipo. Para la valoración nutricional se recomiendan parámetros sencillos asequibles en cualquier entorno asistencial, el Mini-Nutritional Assessment (MNA) es un instrumento de valoración nutricional que fue diseñado para ser aplicado en población anciana comunitaria y por ello, se ha visto que la aplicación de algunos de sus ítems en condiciones de ingreso hospitalario puede ser dificultosa²⁴. Finalmente, destacar que la verdadera eficacia de un programa de valoración geriátrica no dependerá de los instrumentos escogidos, sino de la eficacia de la intervención que se lleve a cabo. La valoración tiene la misión de detectar problemas, las reuniones interdisciplinares sirven para ponerlos en común, elaborar los obje-

tivos que se quieren conseguir, planificar las intervenciones y evaluar la consecución de los mismos.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Planificación y organización de los servicios geriátricos*. Informe OMS 1974;548.
- Von Sternberg T, Hepburn K, Cibuzar P, Convery L, Dokken B, Haefemeyer J, et al. Post-hospital sub-acute care: an example of a managed care model. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:87-91.
- Levenson S. The future of subacute care. *Clin Geriatr Med* 2000;16(4):683-699.
- Miralles R. Selección de pacientes en una unidad geriátrica de media estancia o convalecencia: factores pronósticos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35(supl 6):38-46.
- Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a Geriatric Evaluation Unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984;311:1664-70.
- Applegate WB, Miller ST, Graney MJ, Elam JT, Burns R, Akins DE. A randomized, controlled trial of a Geriatric Assessment Unit in a community rehabilitation hospital. *N Engl J Med* 1990;322:1572-8.
- Miralles R, Sabartés O, Ferrer M, Esperanza A, Llorach I, García-Palleiro P, Cervera AM. Development and validation of an instrument to predict probability of home discharge from a geriatric convalescence unit. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:252-7.
- Salvá A, Aloy J, Castro D, Faustino A, Fábregas N, Petit TM^a, et al. La evaluación geriátrica en una unidad de convalecencia. Análisis descriptivo de la actividad de un año. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31:205-10.
- Ishizaki T, Kai I, Hisata M, Kobayashi Y, Wakatsuki K, Ohi G. Factors influencing user's return home on discharge from a geriatric intermediate care facility in Japan. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:623-6.
- Karppi P, Tilvis R. Effectiveness of a Finnish geriatric inpatient assessment - two-year follow up of a randomized clinical trial on community-dwelling patients. *Scand J Primary Health Care* 1995;13:93-8.
- Makowski TR, Maggard W, Morley JE. The Life Care Center of St. Louis experience with subacute care. *Clin Geriatr Med* 2000;16(4):701-24.
- Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubinstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342:1032-6.
- Miralles R. Valoración e intervención geriátrica: ¿Cuánto y dónde? *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34:59-61.
- Miller DK. Effectiveness of acute rehabilitation services in geriatric evaluation and management units. *Clin Geriatr Med* 2000;16(4):775-82.
- 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.
- Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. Quick Reference Guide for Clinicians. AHCPH no. 92-0050. Rockville, U.S. *Department of Health and Human Services*, 1992.
- Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: Measurement by PULSES profile and the Barthel index. *Arch Phys Med Rehabil* 1979;60:145-54.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-85.
- Rubenstein LZ. Instrumentos de evaluación. En: Abrams WB, Berkow R. *El Manual Merck de Geriatria* (Ed Esp). *Ed Doyma* 1992;1251-63.
- Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up&Go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142-8.
- Bermejo F, Morales JM, Valerga C, del Ser T, Artolazábal J, Gabriel R. Comparación entre dos versiones españolas abreviadas de evaluación del estado mental en el diagnóstico de demencia. Datos de un estudio en ancianos residentes en la comunidad. *Med Clin* 1999;112:330-4.
- Martí D, Miralles R, Llorach I, García-Palleiro P, Esperanza A, Guillem J, Cervera AM. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: Experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35:8-15.
- García-Caselles MP, Miralles R, Arellano M, Torres RM, Aguilera A, Pi-Figueras M, Cervera AM. Validation of a modified version of the Gijón's social-familial evaluation scale (SFES): the "Barcelona SFES version" in patients with cognitive impairment. *Arch Gerontol Geriatr* 2004;38S(suppl9):201-6.
- Arellano M, García MP, Pi-Figueras M, Miralles R, Torres RM, Aguilera A, Cervera AM. Clinical impact of different scores of the Mini Nutritional Assessment in the diagnosis of malnutrition in patients with cognitive impairment. *Arch Gerontol Geriatr* 2004;38S(suppl9):27-31.