

VIII ESTUDIO DEL PACIENTE GERIATRICO

DRA. CAROL H. WINOGRAD

Características de la población geriátrica

La medicina geriátrica proporciona una perspectiva global de los problemas clínicos de los ancianos. Es cada vez más frecuente encontrarse con estos problemas debido al aumento tanto del número de personas ancianas como de su proporción respecto a la población total. Para el año 2030 habrá en los Estados Unidos 64.6 millones de personas (o el 21.2 por ciento de la población) mayores de 65 años de edad, lo que contrasta con los 25.5 millones (o el 11.3 por ciento) en 1980.¹ Las personas mayores de 85 años representan el grupo de población de más rápido crecimiento. Entre 1980 y el año 2030, se espera que este grupo aumente algo más del doble desde los 2.2 millones ó 1.0 por ciento de la población de los Estados Unidos hasta los 8.6 millones ó 2.0 por ciento. Estos cambios demográficos tendrán un profundo impacto sobre los recursos de salud. Las tasas de hospitalización aumentan con la edad: los pacientes mayores de 84 años tienen una tasa de hospitalización que es un 77 por ciento superior al de los pacientes entre los 65 y 74 años de edad y un 23 por ciento más alta que el grupo de edad entre los 75 y 84 años de edad.¹ El incremento en la edad se correlaciona también con la disponibilidad de residencias de ancianos y el uso domiciliario de servicios médicos y sociales para el paciente.²

En las personas mayores de 60 años ocurre una reducción dramática en el metabolismo, resistencia, fuerza y velocidad de contracción musculares, lo que ocasiona disminución en la función e independencia.³ El impacto de los cambios fisiológicos, que aumenta en forma sustancial entre la octava y la décima décadas de la vida, se refleja en la prevalencia creciente de incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) en las personas de edad avanzada. Después de los 75 años, las mujeres suelen tener mayor incapacidad que los varones.⁴ En general, el 22 por ciento de las mujeres y el 15 por ciento de los hombres de 65 o más años de edad necesitan ayuda para vivir en su hogar o requieren ser internados en una institución. Entre las personas de 85 o más años de edad, el 62 por ciento de las mujeres y el 46 por ciento de los hombres requieren de esa ayuda.⁴ El tipo de atención que reciben los ancianos se relaciona con el grado de limitación. De los 1.4 millones de personas de 65 años o más de edad que son incapaces de realizar cinco a siete AVD, el 59 por ciento vive en casas de asistencia. Un número adicional de 500,000 personas con este grado de limitación recibe una combinación de ayuda formal e informal en su hogar.⁴

La medicina interna convencional está organizada por sistemas y enfermedades aisladas, lo que probablemente no sea el método adecuado para los pacientes ancianos, que normalmente padecen

múltiples enfermedades crónicas, refieren síndromas raros o cambiantes y tienen problemas funcionales con tensión psicosocial secundaria.⁵ La interrelación entre las enfermedades y los problemas psicosociales conduce con frecuencia al deterioro funcional, como la incontinencia o la disminución de la actividad. Por ejemplo, un paciente puede desarrollar incontinencia urinaria cuando tiene un factor predisponente, como la disfunción vesical conocida como hiperreflexia del detrusor, y es hospitalizado, sedado y mantenido en reposo, con poco acceso al inodoro. La deambulación puede dificultarse por una enfermedad pulmonar o cardíaca, miopatía por esteroides, osteoartritis o falta de condición física. El deterioro de la actividad o la incontinencia en los pacientes ancianos es con frecuencia el resultado final de diversas alteraciones o problemas coexistentes, y el tratamiento requiere un estudio integral y multifacético.

Evaluación del paciente

La evaluación geriátrica integral se ha definido como un proceso diagnóstico multidisciplinario, por lo general interdisciplinario, que cuantifica las capacidades y limitaciones médicas, psicosociales y funcionales de un anciano en estado delicado para diseñar un programa terapéutico y el seguimiento del mismo.^{6,7} El tratamiento geriátrico enfatiza el alivio de los síntomas y la mejoría de la función, más que curar la patología subyacente. El *American College of Physicians* ha propuesto la incorporación de una evaluación general funcional integral dentro de los cuidados médicos rutinarios de los pacientes ancianos, especialmente cuando tienen 75 años o más.⁸ Los instrumentos de evaluación para el diagnóstico y el tratamiento son interdependientes: el tratamiento se deriva del proceso de diagnóstico y la información que se obtiene de los efectos del tratamiento proporciona datos para evaluaciones posteriores. En teoría, el proceso de evaluación debe realizarse en un sistema integral de cuidados, lo cual facilita el uso apropiado de los servicios.

La evaluación geriátrica integral es una extensión de la historia clínica convencional y la exploración física recomendada para pacientes ancianos. Las medidas médicas preventivas deben incorporarse en la evaluación, incluyendo la prevención primaria (p. ej. inmunizaciones contra influenza y neumonía por neumococos, y prevención de accidentes) y la prevención secundaria o detección y tratamiento precoz (p. ej. para la identificación de tuberculosis, hipertensión, cáncer de mama y de colon y recto). Se han desarrollado, evaluado y validado,⁹ diversos protocolos de evaluación preventiva, lo mismo que enfoques para incorporar la evaluación geriátrica a la práctica clínica de rutina.¹⁰⁻¹²

La evaluación geriátrica integral ha comenzado a emplearse en servicios de interconsulta de pacientes hospitalizados, evaluación y tratamiento de pacientes geriátricos y valoraciones en el hogar.^{13,14} A pesar de lo diferente de los ambientes, personas, enfoques, medidas y tratamientos, y grado de seguimiento, muchos estudios controlados han encontrado que la evaluación geriátrica integral causa mejoría en la exactitud diagnóstica, evolución, estado funcional, afecto, aspectos cognoscitivos y supervivencia de los pacientes.^{13,14} Además ha permitido disminuir los servicios hospitalarios y de asilo, y reducir los costos de la atención médica. Un meta-análisis reciente sobre 28 estudios controlados obtenidos de programas nacionales e internacionales encontró que estos programas reducen la posibilidad de hospitalización y

muerte, aumentan la posibilidad de supervivencia en el hogar y mejoran el estado cognoscitivo y funcional del paciente. Los programas de evaluación geriátrica que tienen control sobre las recomendaciones médicas y ofrecen un seguimiento ambulatorio amplio fueron los más eficaces.¹⁵

Un meta-análisis sobre los estudios de evaluación geriátrica integral y los resultados de un estudio controlado sobre el manejo geriátrico externo sugieren que para que un programa de evaluación geriátrica sea útil, debe identificar y clasificar a los pacientes que tienen más probabilidad de beneficiarse con el programa, el tratamiento a administrar y el periodo durante el cual se proporcionará la evaluación y tratamiento geriátricos.^{15,16} Los estudios previos indican que los programas de evaluación fueron más eficaces cuando se dirigieron a los ancianos con aspecto más frágil.¹⁷ Sin embargo, no existe una definición exacta de fragilidad, y la mayoría de los pacientes de 65 o más años de edad no lo son. Un estudio realizado en veteranos ancianos hospitalizados sugirió que casi dos tercios de los pacientes eran demasiado independientes como para beneficiarse de la evaluación geriátrica (i.e., tenían una enfermedad reversible aguda o realizaban sus actividades de la vida diaria en forma independiente); el 40 por ciento de los mayores de 75 años fue considerado como demasiado independiente para beneficiarse del programa.¹⁸ En un estudio de pacientes hospitalizados, el 35 por ciento tuvo por lo menos un criterio para requerir evaluación geriátrica.¹⁹

Desde una perspectiva práctica, los pacientes mayores de 80 años y los que sufren múltiples problemas médicos y psicológicos pueden considerarse frágiles, por lo que son candidatos adecuados para la evaluación geriátrica. Los criterios sugeridos para evaluar a pacientes geriátricos [*ver tabla 1*] deben usarse solo como una guía, porque también pueden beneficiarse pacientes con otras condiciones. Los enfermos suelen ser referidos para evaluación geriátrica por la familia o profesionistas de la salud por algún motivo, como dificultad para la alimentación, deterioro cognoscitivo o evaluación para internarlo en una institución.

Tabla 1 Criterios sugeridos para la consulta geriátrica

- Deterioro de la capacidad para realizar actividades diarias
- Incontinencia
- Confusión / demencia
- Enfermedades crónicas incapacitantes
- Inmovilidad
- Desnutrición / pérdida de peso
- Caídas
- Depresión
- Problemas socioeconómicos o familiares
- Deterioro sensorial (v.gr., visual o auditivo)
- Enfermedades cerebrovasculares
- Reposo prolongado en cama
- Limitaciones
- Úlceras de decúbito
- Multimedicación

Los sistemas de pago prospectivo de Medicare no cubren la evaluación geriátrica. Los pacientes hospitalizados por motivos agudos pueden recibirla, siempre y cuando no se prolongue más allá de la estancia hospitalaria. Cuando no se requiere ya un cuidado urgente, la evaluación debe terminarse como externo. Algunos pacientes frágiles no tienen condiciones agudas que requieran de hospitalización. Por ejemplo, un gran número de condiciones coexistentes puede justificar la hospitalización si el paciente tiene un riesgo alto. Muchos Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG) del sistema Medicare se aplican a los ancianos frágiles y pueden usarse para ingresar a un paciente que sufre deterioro progresivo. Es de gran importancia contar con la documentación necesaria para justificar la hospitalización.^{20,21}

La evaluación geriátrica debe ser realizada por un equipo, que emite planes conjuntos de manejo. Las disciplinas centrales deben ser la medicina, la enfermería y la asistencia social. Otros profesionales como el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional, el logoterapeuta, el psicólogo, el nutriólogo, el odontólogo y el farmacólogo, pueden ser miembros o consejeros del equipo de evaluación. El método multidisciplinario utiliza el potencial de varios profesionales, pero la interacción entre ellos es un poco informal. Comparativamente, los equipos interdisciplinarios se caracterizan por el tratamiento en conjunto del paciente. La integración y la estructura del equipo refleja los objetivos y los recursos de un ambiente específico, por ejemplo salas geriátricas, servicios de interconsulta o asilos. Cuando no existe un equipo formal, los médicos pueden lograr un enfoque multidisciplinario usando recursos de la comunidad, como enfermeras que los visiten, o también se pueden formar grupos provisionales con otros profesionales. La

coordinación entre los profesionales que forman el grupo de evaluación reduce la ineficacia y redundancia en los servicios y la confusión de los pacientes. Para aprender a trabajar juntos de forma eficaz se requiere ser cuidadoso en la formación del equipo de trabajo. Este proceso incluye compartir información clínica acerca de los pacientes y sus familiares, adquirir conocimientos de las disciplinas involucradas y la plena confianza entre los miembros del equipo.²²

COMPONENTES

Las evaluaciones geriátricas integrales comienzan con el estudio de los principales aspectos de la vida del paciente: salud física, capacidad funcional, salud psicológica, apoyo social y la idoneidad del entorno [*ver tabla 2*]. El objetivo varía, pero una evaluación siempre incluye la determinación de la adecuación de las funciones del paciente a las demandas del medio en que se encuentre. Por ejemplo, los pacientes que viven solos en su casa necesitan un mayor grado de capacidad funcional que aquéllos que viven con personas que los cuidan continuamente. Varias publicaciones recientes proporcionan ejemplo de instrumentos que han sido ya muy usados.^{21,23,24} También está disponible una cinta de video y una guía de estudio de un enfoque orientado por funciones y étnicamente sensible.²⁵

Tabla 2 Áreas de evaluación

Salud física	Enfermedad Incontinencia Equilibrio y marcha Caídas Nutrición Dentadura Audición Visión Función sexual Multimedicación Prevención
Salud mental	Cognoscitiva Depresión Ansiedad Psicosis
Funcionamiento	Actividades básicas de la vida diaria Actividades instrumentadas de la vida diaria Actividades complejas de la vida diaria
Apoyo social	Trabajo para el cuidador Finanzas Servicios requeridos Indicaciones sobre valores y futuro Apoyo en comunicación y urgencias Abuso o negligencia al anciano
Ambiente adecuado	Seguridad Impacto del clima

Además de la historia clínica y exploración física, la evaluación médica debe incluir el estudio de la incontinencia, inestabilidad (caídas), inanición (deficiencia nutricional) deterioro sensorial y disminución de la movilidad. La evaluación de la salud física del paciente debe incluir la determinación de los efectos de cualquier enfermedad crónica e intercurrente sobre su capacidad funcional, esto es, sobre la capacidad para realizar las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria [ver tabla 3]. La evaluación funcional identifica las áreas que requieren mayor atención en los ancianos de una comunidad y de los asilos y puede ayudar a prevenir los empeoramientos iatrogénicos en los pacientes hospitalizados. Para las personas de 60 o más años de edad, un gran número de enfermedades crónicas se asocia con un incremento gradual en la prevalencia de incapacidad.³ Un estudio reciente sobre ancianos que viven en la comunidad evaluó las enfermedades autorreportadas como que interfieren con

varios aspectos físicos de la vida diaria. El tipo de limitación se asoció con la enfermedad subyacente. La artritis y otros trastornos musculoesqueléticos, seguidos por enfermedades cardíacas y lesiones, fueron los trastornos más citados como causa de dificultad con las actividades.²⁶

Tabla 3 Actividades en la vida diaria (AVD) y actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD)	
AVD	Alimentación Vestido Deambulación Aseo Baño Transferencia (de la cama a la silla) Continencia Arreglo personal
AIVD	Uso del teléfono Compras Preparación de la comida Aseo del hogar Lavado de ropa Uso de transportes Manejo de medicamentos Manejo de las finanzas

La evaluación de la salud mental debe incluir la evaluación de la función cognoscitiva, el afecto y el juicio. La evaluación cognoscitiva contribuye a determinar si el paciente puede entender y seguir instrucciones y cuidarse a sí mismo. Varios métodos de diagnóstico, que van desde una breve clasificación de 10 puntos seleccionados, como la mini-prueba del estado mental a largas entrevistas de dos horas, pueden utilizarse para evaluar el deterioro cognoscitivo. Las alteraciones detectadas pueden indicar la necesidad de una evaluación neuropsiquiátrica posterior. En un estudio de pacientes ancianos internados, el 27 por ciento tuvo por lo menos un trastorno psicológico y el 15 por ciento un trastorno depresivo.²⁷ Se encontró demencia severa en el cinco por ciento de las personas mayores de 65 años y en el 15 a 20 por ciento de las mayores de 80 años. La enfermedad de Alzheimer es responsable del 50 a 60 por ciento de la demencia severa, y la demencia vascular causa el 10 a 20 por ciento de los casos. El 20 por ciento de los pacientes con diagnóstico de demencia grave tienen tanto enfermedad de Alzheimer como demencia vascular.²⁸ Se calcula que la prevalencia de demencia en asilos es del 50 por ciento. Un alto índice de sospecha puede ayudar a diagnosticar estos trastornos.

Es de especial importancia evaluar el estado mental de los pacientes hospitalizados por varias razones: (1) la presencia de delirio, depresión o ambos pueden ser el inicio de una entidad médica no reconocida,²⁹ (2) los cambios en el estado mental pueden reflejar un estado clínico cambiante, y (3) la información y el consentimiento de los procedimientos debe realizarse según la capacidad cognoscitiva del paciente; si es necesario debe identificarse a las personas que acepten la responsabilidad de las decisiones.

El sistema de apoyo social para el paciente influye mucho en su estado físico y mental. Los cuidadores, casi siempre familiares, pueden tener una capacidad y deseo muy variables de atender al paciente. Algunos proporcionan cuidados físicos, otros ayuda financiera y otros apoyo psicológico. Puede requerirse la modificación de este apoyo cuando existen deficiencias en algún área. Cuando se evalúan estas relaciones, es importante considerar el tipo de lazos emocionales y psicológicos entre los cuidadores y el paciente. Es frecuente la fatiga entre quienes atienden al enfermo, lo que puede originar la solicitud de la evaluación geriátrica, de hospitalización o de cuidados a largo plazo. La carga para el cuidador es un factor importante tanto para el uso de servicios de atención a largo plazo como para la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador,³⁰ éste último puede requerir de apoyo psicológico, descanso o ayuda financiera.

En EUA existen muchos recursos de la comunidad disponibles para ayudar al paciente y a sus cuidadores: programas de salud para el hogar, de alimentos a domicilio, de ayuda doméstica proporcionada por agencias sociales y de servicios de reparación. Los recursos financieros del paciente influirán en el acceso y uso de estos servicios, y deben considerarse al realizar la evaluación.

Como parte del proceso de evaluación, el paciente y el cuidador deben desarrollar una serie de normas para los cuidados terminales. Debe preguntarse al paciente si desea realizar o tiene un testamento, si ha dado un poder a algún abogado o si tiene un poder para que se tomen decisiones sobre su salud.²¹ La planeación de los cuidados terminales debe incluir discutir con el paciente las opciones de tratamiento (i.e., reanimación cardiopulmonar, nutrición e hidratación artificial, ventilación mecánica, cirugía mayor y medicamentos analgésicos). Las directrices específicas sobre la atención del paciente dependerán de sus propios deseos, y pueden formar parte del expediente médico.^{21,31}

Un entorno adecuado se determina mejor por medio de una visita domiciliaria realizada por una enfermera, un terapeuta ocupacional, un asistente social o un médico. Es provechoso hacer una visita a los pacientes que no pueden salir de sus casas o a aquellos en los que su estado de salud se va deteriorando progresivamente, tanto como a los pacientes hospitalizados o los que se encuentran en residencias en espera de regresar a sus hogares, para documentar lo adecuado de su entorno. Las visitas domiciliarias tienen una utilidad especial en la evaluación de las indicaciones médicas, pueden demostrar frascos de medicina esparcidos por toda la casa, múltiples medicamentos en un mismo frasco, prescripciones por varios médicos de dosis diferentes del mismo medicamento, así como problemas comprobados de polimedicación o falta de cumplimiento. Puede usarse una lista sencilla para evaluar las

condiciones del paciente en el hogar [ver tabla 4].

Tabla 4 Lista para evaluar los riesgos ambientales

Casa o habitaciones

Falta de limpieza

Aislamiento inadecuado

Iluminación inadecuada

Agua caliente no controlada a 110°F

Entradas y salidas inaccesibles

Escaleras o muebles

Escaleras inseguras

Escalones con bordes agudos o rotos

Muebles puntiagudos, rotos o colgantes (v.gr., sillas colgantes)

Ruedas en los muebles

Baño

Ausencia de pasamanos o barras para asirse

Ausencia de cintas antiderrapantes en la tina del baño

Medicinas caducas

Ausencia de un inodoro funcional o un sustituto aceptable

Signos de negligencia

Alimentos viejos en el refrigerador

Platos sin lavar

Existencias insuficientes de comida

Acumuló de ropa o periódicos

Otros signos de descuido

Peligros obvios

Tapetes flojos, rotos o con pliegues

Pisos con losetas flojas o encerados

Ausencia de alarma contra humo

Cables eléctricos roídos o contactos sobrecargados

Calentadores y radiadores expuestos

Para los pacientes hospitalizados, es importante evaluar los factores que fomenten la dependencia y la disminución en la movilización (v.gr., reposo en cama, limitaciones y cuidadores que desalienten a los pacientes a realizar actividades por sí mismos). Para los pacientes en residencias, la evaluación del entorno se enfoca a la calidad de vida, es decir las relaciones humanas y las oportunidades sociales e intelectuales que se proporcionan a los pacientes.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Los objetivos de la evaluación dependen del entorno. Para los pacientes ancianos hospitalizados es indispensable el tratamiento de las enfermedades médicas y la prevención del deterioro que acompaña con frecuencia a las enfermedades agudas. El tratamiento de las enfermedades de los pacientes requiere la identificación de los riesgos y beneficios de los esquemas terapéuticos, tratamientos especiales e intervenciones quirúrgicas. Por ejemplo, debido a los riesgos asociados con una cateterismo cardiaco, debe determinarse si el paciente está de acuerdo en someterse a la cirugía cardiaca antes de que se lleve a cabo este estudio. El posible impacto de diversos tratamientos en la calidad de vida del paciente (v.gr., para el cáncer de próstata) debe evaluarse previamente. La prevención de iatrogenias que puedan ocurrir durante la hospitalización, como la multimedicación o la disminución de la movilidad es un objetivo primordial de la evaluación y el tratamiento geriátrico.

Para los ancianos en la comunidad, los objetivos son identificar y tratar las enfermedades reversibles, mejorar las funciones, evitar las situaciones iatrogénicas y minimizar el estrés psicosocial. Además de los tratamientos médicos, las indicaciones geriátricas incluyen la educación de las personas que cuidan de los ancianos sobre la condición de los pacientes, el entrenamiento en el uso de técnicas conductuales y del medio ambiente, así como proporcionarles información sobre los recursos disponibles. Para un paciente anciano que vive sólo en la comunidad, el acceso a la información y los servicios que pueda requerir tiene una especial importancia.

Los objetivos de la evaluación geriátrica en las residencias difieren dependiendo del tiempo de duración de la estancia; en aquellos que se espera una mejoría y probablemente sean dados de alta (v.gr., pacientes con fractura de cadera) esta indicada la rehabilitación intensiva. Los pacientes que ingresan para cuidados terminales de apoyo requieren de un ambiente tipo hospicio. Los pacientes que padecen enfermedades en etapa terminal, tales como artritis severa, insuficiencia cardiaca congestiva o neumopatía crónica, requieren estabilización y cuidados permanentes. Los objetivos del tratamiento para estos pacientes son preservar las funciones y minimizar el uso de medicamentos.

La evaluación geriátrica puede identificar el nivel de atención que requiere un paciente. Para los pacientes hospitalizados que regresan a casa, puede requerirse un cambio de las condiciones previas a la hospitalización. Las recomendaciones van desde la asistencia temporal en casa o el aumento de los servicios existentes en la misma, hasta cuidados de enfermería de tiempo completo en la casa o en lugares que le faciliten la vida diaria (i.e., un servicio de atención tipo de intermedio o una residencia de ancianos). Si el paciente se va a trasladar a un asilo, es importante tener en cuenta factores como la capacitación del personal y población de pacientes para lograr una adaptación óptima entre el paciente y el entorno. Un paciente puede sentirse más cómodo en un entorno de personas que tienen condiciones o grados similares de invalidez; por ejemplo, los pacientes que padecen una enfermedad de Alzheimer pueden lograr mayores esfuerzos en un medio con programas adaptados para personas con demencia.

Para pacientes frágiles en centros de cuidados primarios, las evaluaciones pueden repetirse cada año o con mayor frecuencia si se desarrollan situaciones de inestabilidad médica o si se pierden capacidades funcionales. Es importante definir la mejoría esperada en las funciones así como de las capacidades funcionales perdidas, antes de iniciar el tratamiento. Considerando un plan cuidadoso en el diagnóstico médico y las funciones del paciente y teniendo como objetivo mejorar las capacidades funcionales del paciente, el médico puede evaluar mejor los efectos del tratamiento. Al mejorar la condición del paciente puede aumentar la carga de trabajo para los cuidadores. Debido a que la salud y experiencia del cuidador deben ir acordes con el aumento en las demandas del paciente, debe reevaluarse el sistema de apoyo cada vez que sea necesario.

Bibliografía

1. U.S. Congress. Senate. Report of the Special Committee on Aging. Developments in Aging: 1985, Vol. 3. 99th Cong., 2d sess., 1986. S. Rept. 99-242
2. Kane RA, Kane RL: Long-Term Care: Principles, Programs, and Policies. Springer Publishing Co, New York, 1987
3. Pendergast DR, Fisher NM, Calkins E: Cardiovascular, neuromuscular, and metabolic alterations with age leading to frailty. J Gerontol 48(special issue):61, 1993
4. Guralnik JM, Simonsick EM: Physical disability in older Americans. J Gerontol 48(special issue):3, 1993
5. Fried LP, Storer DJ, King DE, et al: Diagnosis of illness presentation in the elderly. J Am Geriatr Soc 39:117, 1991 [PMID 1991942]
6. Rubenstein LZ: Geriatric assessment: an overview of its impacts. Clin Geriatr Med 3:1, 1987
7. New issues in geriatric care. Solomon DH, Moderator. Ann Intern Med 108:718, 1988

8. Health and Public Policy Committee, American College of Physicians: Comprehensive functional assessment for elderly patients. *Ann Intern Med* 109:70, 1988
9. Magenheimer MJ: Preventive assessment. *Practice of Geriatrics*, 2nd ed. Calkins E, Ford AB, Katz PR, Eds. WB Saunders Co, Philadelphia, 1992, p 119
10. Lachs MS, Feinstein AR, Cooney LM, et al: A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Intern Med* 112:699, 1990 [PMID 2334082]
11. Applegate WB, Blass JP, Williams TF: Instruments for the functional assessment of older patients. *N Engl J Med* 322:1207, 1990 [PMID 2183053]
12. Rubenstein LV, Calkins DR, Greenfield S, et al: Health status assessment for elderly patients: report of the Society of General Internal Medicine Task Force on health assessment. *J Am Geriatr Soc* 37:562, 1989 [PMID 2654260]
13. Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, et al: Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. *J Am Geriatr Soc* 39 (suppl):8S, 1991 [PMID 1832179]
14. Fabacher D, Josephson K, Peitruszka F, et al: An in-home preventive assessment program for independent older adults: a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 42:630, 1994
15. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, et al: Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 342:1032, 1993 [PMID 8105269]
16. Boulton C, Boulton L, Murphy C, et al: A controlled trial of outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc* 42:465, 1994 [PMID 8176138]
17. Winograd CH: Targeting strategies: an overview of criteria and outcomes. *J Am Geriatr Soc* 39(suppl):25S, 1991

18. Winograd CH, Gerety MB, Brown E, et al: Targeting the hospitalized elderly for geriatric consultation. *J Am Geriatr Soc* 36:1113, 1988 [PMID 3192889]
19. Reuben DB, Wolde-Tsadik G, Pardamean B, et al: The use of targeting criteria in hospitalized HMO patients: results from the demonstration phase of the hospitalized older persons evaluation (HOPE) study. *J Am Geriatr Soc* 40:482, 1992 [PMID 1634702]
20. Fillit H: Challenges for acute care geriatric inpatient units under the present Medicare Prospective Payment System. *J Am Geriatr Soc* 42:553, 1994
21. Fillit HM: *A Practical Guide to Comprehensive Geriatric Assessment*. Sandoz Pharmaceuticals Corp, New York, 1994
22. Goldstein MK: Physicians and teams. *Geriatric Medicine Annual 1989*. Ham RJ, Ed. Medical Economics Books, Oradell, New Jersey, 1989
23. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB: *Essentials of Clinical Geriatrics*, 3rd ed. McGraw-Hill, New York, 1994
24. Lawton MP, Teresi JA: *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Focus on Assessment Techniques*, Vol 14. Springer Publishing Co, New York, 1994
25. Segal ES, Stanford Geriatric Education Center Core Faculty and Staff: *Geriatric Assessment: A Functionally Oriented, Ethnically Sensitive Approach to the Older Patient (videotape and study guide)*. Stanford Geriatric Education Center, Stanford, California, 1991
26. Ettinger WH Jr, Fried LP, Harris T, et al: Self-reported causes of physical disability in older people: the Cardiovascular Health Study. *J Am Geriatr Soc* 42:1035, 1994 [PMID 7930326]
27. Rapp SR, Parisi SA, Walsh DA: Psychological dysfunction and physical health among elderly medical inpatients. *J Consult Clin Psychol* 56:851, 1988 [PMID 3204194]

28. Forette F, Boller F: Hypertension and the risk of dementia in the elderly. *Am J Med* 90(suppl 3A):14S, 1991
29. Koenig HG, Meador KG, Cohen HJ, et al: Depression in elderly hospitalized patients with medical illness. *Arch Intern Med* 148:1929, 1988 [PMID 3415405]
30. Brown LJ, Potter JF, Foster BG: Caregiver burden should be evaluated during geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc* 38:455, 1990 [PMID 2109767]
31. Doukas DJ, McCullough LB: The values history: the evaluation of the patient's values and advance directives. *J Fam Pract* 32:145, 1991 [PMID 1990042]