



¹Ana Dolores Canga Armayor

²María Jesús Narvaiza Solís

¹Diplomada en Enfermería. Licenciada en Pedagogía. Profesora Adjunta de Enfermería Geriátrica de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Navarra.

²Catedrática de Enfermería Médico-Quirúrgica de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Navarra.

Correspondencia:

Ana Dolores Canga Armayor

Escuela Universitaria de Enfermería. Edificio de Ciencias.

Universidad de Navarra

C/ Irunlarrea, 1. 31008-Pamplona (Navarra)

Tfno.: 948 425600

Fax: 948 425740

E-mail: acanga@unav.es

Intervención de enfermería para disminuir las complicaciones derivadas de la hospitalización en los ancianos

Nursing interventions aimed at reducing complications set in the hospitalisation of the elderly

Este artículo recoge parte de un Proyecto de Investigación becado por Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Expediente nº 52/00.

RESUMEN

La hospitalización en los ancianos puede llevar a pérdidas de capacidad funcional y sensorial. **Pregunta de investigación:** ¿Una intervención de enfermería protocolizada en ancianos que ingresan en un hospital de agudos disminuye las complicaciones de la hospitalización?

Diseño: Estudio experimental con grupo control (18 casos)/intervención (13 casos) y asignación aleatoria en pacientes mayores de 70 años. Intervención protocolizada. Instrumentos de medida al ingreso y el alta: escala de comportamiento de Crichton Royal (CRBRS), valoración de la piel, estado nutricional, riesgo caídas, secreciones vías aéreas. **Resultados:** El grupo control aumenta la puntuación en la escala de Crichton Royal, mientras que disminuye en el grupo intervención ($p=0,02$). **Conclusión:** La intervención fue efectiva.

PALABRAS CLAVE

Anciano hospitalizado, complicaciones de la hospitalización, protocolo de intervención de enfermería.

SUMMARY

*Hospitalisation of the elderly can result in the loss of physical and cognitive skills. **Research question:** Does a standardised nursing intervention with elder patients who are admitted in acute wards reduce complications from hospitalisation? **Study design:** Experimental study with a control group (18 cases) and an intervention group (13 cases). Participants (older than 70 years) were randomly allocated in the two groups. Standardised intervention. Measurements took place at admission and discharge. Measurement was made through: The Crichton Royal Behaviour Scale (CRBRS), assessment of skin, nutritional status, risk of falls, and presence of mucus in airways. **Findings:** The control group obtained significantly higher scores in the Crichton Royal Behaviour Scale ($p=0.02$) than the intervention group. **Conclusion:** The intervention was effective.*

KEY WORDS

Hospitalised elderly, complications of hospitalisation, protocol of nursing interventions.



INTRODUCCIÓN

Múltiples evidencias científicas (1-5) así como la experiencia profesional demuestran que la hospitalización supone para el anciano, independientemente de la causa del ingreso, un factor de riesgo, hasta el punto de que la OMS incluyó en su definición de factores de riesgo en 1974 “el período inmediato posterior al alta hospitalaria”. Desde el punto de vista geriátrico el riesgo se entiende como la probabilidad que tienen los ancianos de ser incapaces de enfrentarse a las necesidades vitales (6).

En el hospital, los ancianos se encuentran en un entorno extraño y amenazante, se ven sometidos a procedimientos diagnósticos y terapéuticos, entre ellos la administración de fármacos como analgésicos y sedantes, a un mayor reposo que limita la capacidad de movimiento e incluso puede llegar a generar inmovilidad y supresión sensorial, con la consiguiente dependencia, pérdida total o parcial de la autonomía, alteraciones cognitivas, depresión y trastornos nutricionales (3, 7-9).

Así mismo, la hospitalización facilita la aparición de complicaciones, sin relación con la enfermedad base, como el aumento del riesgo de úlceras por presión, vinculado con el estado de la piel y de la nutrición (10, 11), la facilidad para las caídas, con unas consecuencias físicas, psíquicas y socioeconómicas que las hacen ser una de las principales causas de morbimortalidad en los ancianos (12, 13). Según Halfon *et al.* (14), la tasa de caídas en el medio hospitalario de personas mayores es del 2,2 por 1.000, y entre los factores de riesgo que deben valorarse se encuentran los antecedentes de caídas anteriores (13, 15). Otros problemas que pueden presentarse son neumonías u otras infecciones, incontinencia fecal y/o urinaria, tromboembolismo, que aumentan el deterioro psicofuncional del anciano.

Como consecuencia se puede producir una disminución en la calidad de vida del anciano, con aumento de la duración de las estancias hospitalarias, incrementando los costes, y con un aumento de las tasas de mortalidad. En ocasiones, las alteraciones derivadas de la hospitalización exigen una atención en el domicilio del anciano que previamente no necesitaba e, incluso, la si-

tuación generada puede llevar al ingreso de la persona mayor en un centro residencial (2).

Sin embargo, en un hospital de agudos no se suelen tener en cuenta las características propias de la edad, ya que las enfermeras que allí trabajan, en la mayoría de los casos, no tienen una preparación geriátrica específica. Al mismo tiempo se está viendo que la proporción de enfermos ancianos que ocupan camas hospitalarias es cada vez mayor, de ahí la importancia de una valoración integral que, sin sustituir la historia clínica habitual, determine los riesgos de deterioro funcional y de aparición de complicaciones para poder planificar cuidados específicos para la población anciana hospitalizada que minimicen o prevengan los principales problemas que puedan presentarse (16-21). Así mismo se considera de gran importancia aplicar cuidados de educación, al anciano y acompañante, durante la hospitalización para fomentar el autocuidado durante el ingreso y al alta (22-24).

Los objetivos de este trabajo consisten en: 1. Conocer la efectividad de una intervención de enfermería protocolizada en pacientes ancianos hospitalizados para disminuir las complicaciones de la hospitalización, frente a los cuidados habituales; 2. Verificar si existen diferencias en la aparición de complicaciones entre el grupo control y el grupo de intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito del estudio

Unidades de Hospitalización de Cardiología y Cirugía Cardiovascular y Torácica (3º II y 3ª III) de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra.

Diseño del estudio

Estudio experimental con grupo control-grupo intervención y asignación aleatoria.

Muestra

Los sujetos participantes fueron asignados al azar a dos grupos: intervención (13 ancianos) y control

32 (18 ancianos). El tipo de aleatorización empleado fue simple, utilizando un listado de números aleatorios generados por el programa EpiInfo. El método de aleatorización fue enmascarado mediante la utilización de sobres sellados que fueron numerados de forma secuencial. La muestra consistió en los ancianos que ingresaron en las unidades citadas durante seis meses. Los criterios de inclusión fueron: pacientes

mayores de 70 años, con puntuación no superior a 10 en la escala de valoración del comportamiento de Crichton Royal, con una estancia superior a cinco días y sin diagnóstico previo de una patología neurológica y/o psiquiátrica. Los datos sociodemográficos estudiados fueron las variables de edad, sexo, tipo de vivienda, compañía, nivel de educación y motivo del ingreso. 26

ANEXO I. Escala de comportamiento de Crichton Royal (CRBRS)

MOVILIDAD

- 0 Movilidad completa
- 1 Habitualmente independiente (sin ayuda)
- 1,5 Habitualmente independiente (con ayuda)
- 2 Anda con supervisión
- 3 Anda con ayuda con mucha supervisión
- 4 Encamados o en silla

MEMORIA

- 0 Completa
- 1 Ocasionalmente olvidadizo
- 2 Pérdida de memoria a corto plazo
- 3 Pérdida de memoria: corto y largo plazo

ORIENTACIÓN

- 0 Siempre clara
- 1 Orientado (espacio, persona)
- 2 Desorientado pero encuentra el camino
- 3 No encuentra el camino a la cama o el baño sin ayuda
- 4 Completamente perdido

COMUNICACIÓN

- 0 Siempre clara
- 1 Puede indicar necesidades, entender órdenes verbales simples
- 2 No entiende información verbal simple
- 3 No entiende información verbal simple y no indica sus necesidades
- 4 No hay contacto efectivo

COOPERACIÓN

- 0 Cooperador activo
- 1 Cooperador pasivo, coopera a veces
- 2 Requiere ser animado frecuentemente ayuda, muestra actividades independientes pero mal enfocadas
- 4 Completamente reacio

AGITACIÓN

- 0 Sin problemas
- 1 Intermitente (duerme bien sin fármaco)
- 1,5 Intermitente (no duerme bien con medicación)
- 2 Persistente de día o de noche
- 3 Persistente tanto de día como de noche
- 4 Constante

VESTIRSE

- 0 Correctamente
- 1 Imperfecto pero adecuado
- 2 Adecuado con mínima supervisión
- 3 Inadecuado sin supervisión constante
- 4 No es capaz de vestirse

COMER

- 0 Correctamente sin ayuda
- 1 Adecuada con mínima supervisión
- 2 Inadecuada sin supervisión constante
- 3 Necesita ser alimentado

HIGIENE

- 0 Se baña y limpia sin ayuda
- 1 Necesita mínima supervisión
- 2 Necesita estrecha supervisión en el baño
- 3 Inadecuada sin supervisión constante
- 4 Requiere que le bañen

CONTINENCIA

- 0 Controla completamente
- 1 Accidentes ocasionales
- 2 Continente de día sólo si se le lleva al baño 3 Rechaza la regularmente
- 3 Incontinencia urinaria a pesar de ir al baño regularmente
- 4 Incontinencia doble frecuente o regular



27 Para llevar a cabo la investigación, se obtuvieron las correspondientes aprobaciones éticas al Proyecto. En el momento del ingreso se informaba al paciente y, una vez conseguido el consentimiento informado, se le incluía en uno u otro grupo como se ha indicado.

Instrumentos de medida de las variables dependientes

La valoración de todos los pacientes de la muestra al ingreso y al alta fue realizada por el equipo investigador. Los instrumentos utilizados se describen a continuación:

1. Escala de comportamiento de Crichton Royal (CRBRS) (25): contiene 10 ítems que miden aspectos funcionales básicos, cognoscitivos y sociales: movilidad, capacidad de comer, vestirse y bañarse, sueño, control de esfínteres, orientación, comunicación, cooperación y estado de ánimo. Cada ítem tiene cinco categorías de calificación, considerando 0 puntos no-empeoramiento y 4 puntos severo empeoramiento (Anexo I). El nivel de mayor deterioro corresponde a 38 puntos.
2. Escala de valoración de la piel según los cuatro estadios de desarrollo de las úlceras (26).
3. Valoración del estado nutricional: a) Índice de masa corporal (IMC); b) Factores que influyen en la alimentación: dieta, masticación, dentadura postiza, estado de las encías.
4. Valoración riesgo de caídas: se evaluaron las variables: marcha, equilibrio, seguridad al deambular, tono muscular, utilización de gafas, fármacos depresores, calzado adecuado, antecedentes de caídas.
5. Valoración de presencia de secreciones en vías aéreas: tos, expectoración y auscultación pulmonar.

El protocolo de intervención era realizado por las enfermeras de las unidades hospitalarias indicadas y fue elaborado adaptándolo a las hojas del plan de cuidados de dichas unidades, que están estructuradas según los patrones funcionales de salud de Marjorie Gordon. En él se diferencian los cuidados de valoración, terapéuticos y de educación. En el Anexo II se exponen resumidamente las actividades de enfermería de educación respecto a la movilidad y riesgo de caídas.

ANEXO II. Movilidad física/caídas

Educación/salud

- Enseñar a utilizar una mecánica corporal adecuada:
 - No levantar pesos.
 - Movilizar los objetos en paralelo.
 - Utilizar la prensa abdominal para levantar pesos.
 - Enseñar al paciente y cuidador a alinear correctamente las articulaciones durante los períodos de reposo: ligeramente flexionadas.
 - Enseñar al paciente y cuidador un programa de ejercicios de movilización de las articulaciones y de fortalecimiento de la musculatura.
 - Flexiones y extensiones de las extremidades superiores e inferiores.
 - Movimientos de rotación de las extremidades y del hombro.
 - Realizar contracciones isométricas de bíceps y de cuádriceps.
 - Ayudarle a adquirir el hábito de sentarse en el borde de la cama antes de levantarse.
 - Enseñar al paciente/cuidador a manejar, si lo precisa, los dispositivos de ayuda para la deambulación: bastón, andador, muletas, silla de ruedas, poner el freno cuando se traslada de la silla a la cama o viceversa.
- Informar al anciano/familia de los aspectos que deben tener en cuenta con relación al calzado y al vestido para que resulten seguros:
 - Utilizar calzado sólido con suelas antideslizantes (de goma, no de cuero).
 - Evitar zapatos y zapatillas mal ajustados y con cordones.
 - No utilizar batas largas, ni arrastrar los pantalones del pijama.
 - Utilizar prendas de vestir adaptadas a su situación, uso de tallas grandes, cierres de velcro.
 - Enseñar al paciente y cuidador a realizar masajes y a utilizar el frío/calor como terapia para el dolor y la rigidez.
 - Enseñar el cuidado de los pies y aconsejar realizarlo un día fijo de la semana.
- Enseñar al anciano a que mantenga las siguientes medidas de seguridad:
 - La cama baja. Utilizar las barandillas de la cama si se ha caído o tiene riesgo de caídas.
 - Llamar al timbre para pedir ayuda.
 - En la ducha se apoyará en la barra de sujeción; si no la hubiera, que pida ayuda para entrar o salir y en general al estar en una zona húmeda, cocina...
 - Asesorar sobre la colocación en el domicilio de medidas de seguridad: barras en la ducha, escaleras...; buena iluminación.
 - Evitar el sobrepeso.

34 **Elaboración y control de calidad de datos**

Para sistematizar y homogeneizar los criterios que asegurasen la fiabilidad de los datos, se establecieron previamente unos parámetros de manera que los resultados fuesen reproducibles por otro de los investigadores. Dichos parámetros se determinaron por consenso sobre la base de la literatura (26-30) y la experiencia de los investigadores (31). Se realizó una prueba piloto con 9 pacientes detectando que debía simplificarse el protocolo de intervención, ya que las enfermeras de las unidades referían que les resultaba largo, complicado y poco ágil. Para ello se eliminaron actividades, imprescindibles en centros de ancianos con estancias largas, pero no necesarias en nuestro caso por las características de la muestra y por mantener una estancia corta (media de ocho días).

Análisis estadístico

Se utilizó el paquete de programas estadísticos SPSS versión 9.0. El análisis descriptivo de las variables categóricas se realizó mediante una descripción de frecuencias y en las variables cuantitativas se calculó la media y la desviación estándar. Para comparar los grupos control e intervención, así como la valoración de diferencias entre ambos grupos en el tiempo, se utilizaron la t de Student para los cambios en las medias, y la probabilidad exacta de Mann-Whitney en el caso de las variables que no seguían una distribución normal. Para comparar las proporciones entre ambos grupos se calculó la χ^2 de Pearson o el test exacto de Fisher cuando las variables no seguían una distribución normal.

RESULTADOS

En los datos sociodemográficos no existían diferencias significativas entre el grupo control y el grupo intervención respecto a la edad ($p= 0,83$), sexo ($p= 0,45$), tipo de vivienda ($p> 0,99$) y compañía ($p= 0,74$). El motivo del ingreso era similar ($p= 0,54$), predominan-

Tabla 1. Evolución de la sintomatología respiratoria

	Grupo control		Grupo intervención		Probabilidad asociada
	Ingreso	Alta	Ingreso	Alta	
Tos actual	44,4%	27,8%	46,2%	23,1%	$p= 0,22$
Expectora	38,9%	27,8%	38,5%	38,5%	$p= 0,72$
Estertores	38,5%	22,2%	30,5%	23,1%	—

do ser sometido a un cateterismo/cirugía extracorpórea o recibir tratamiento por insuficiencia cardíaca. Así mismo, no había diferencias significativas respecto al estado de salud de ambos grupos al ingreso ($p= 0,54$).

El estado nutricional era adecuado y sin diferencias significativas entre los grupos al ingreso (IMC: $p= 0,86$) y al alta (IMC: $p= 0,62$), aunque se produjo un ligero deterioro en ambos grupos. La generalidad de los ancianos llevaba una dieta normal y equilibrada, y, aunque 22 tenían dentadura postiza, ésta se encontraba bien ajustada, sin lesionar las encías, permitiendo una buena masticación y poder comer alimentos sólidos. El estado de la piel era normal tanto en el ingreso como al alta en cada paciente. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

Con relación a que los ancianos hubieran sufrido alguna caída antes del ingreso, en el grupo control contestó afirmativamente el 55,1%, y en el de intervención el 46,2%. Sin embargo, a lo largo de su hospitalización, ninguno de los ancianos padeció ninguna caída. La mayoría de los pacientes presentaba al ingreso una marcha estable y buen equilibrio, aunque al ser dados de alta seis ancianos del grupo control y dos del grupo de intervención presentaban inestabilidad al caminar, dato que se correspondía con una ligera afectación del equilibrio. La percepción sobre si el calzado era o no adecuado era distinta cuando lo indicaba el propio interesado o el investigador. Este último señalaba que, en la mayoría de los casos, los ancianos de ambos grupos utilizaban un calzado inadecuado que podía facilitar una caída. Los demás parámetros estudiados en este apartado se encontraban en ambos grupos dentro de la normalidad tanto al ingreso como al ser dados de alta, sin diferencia significativa entre ellos.

Prácticamente la mitad de los pacientes de ambos grupos, ocho en el de control y seis en el de intervención,



Tabla 2. Puntuación de la escala de comportamiento de Crichton Royal (CRBRS)

Puntuación	Grupo control		Grupo intervención	
	Ingreso	Alta	Ingreso	Alta
0	11,1%	0,0%	15,4%	15,4%
1	16,7%	16,7%	15,4%	23,1%
2	27,8%	0,0%	23,1%	15,4%
3	38,9%	27,8%	7,7%	23,1%
4	5,6%	27,8%	15,4%	0,0%
5	0,0%	5,6%	0,0%	0,0%
6	0,0%	11,1%	7,7%	0,0%
7	0,0%	0,0%	0,0%	15,4%
8	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
9	0,0%	5,6%	7,7%	0,0%
10	0,0%	0,0%	7,7%	0,0%
11	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
12	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
13	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
15	0,0%	5,6%	0,0%	7,7%

Comparación	Estadístico	Probabilidad asociada
Diferencias al ingreso y alta del grupo control y grupo de intervención	Probabilidad exacta de Mann-Whitney	p= 0,02*

ingresaron con tos acompañada de expectoración y estertores crepitantes en las bases pulmonares. En los dos grupos la sintomatología había disminuido al ser dados de alta, sin diferencias entre ambos (p= 0,72) (Tabla 1).

Los datos correspondientes a la escala de Crichton Royal se resumen en la Tabla 2, y destacan los siguientes puntos. En el momento del ingreso la valoración era muy similar entre ambos grupos respecto a las puntuaciones 0, 1 y 2. Predominaban los enfermos del grupo control con 3 puntos (38,9%), mientras que en el grupo de intervención el 15,4% de los pacientes presentaba una puntuación de 4 y el 7,7% de 9 y 10 puntos. Sin embargo, la comparación global de ambos grupos no dio diferencias significativas (p= 0,52).

Durante la hospitalización, dentro de los aspectos funcionales básicos, cognoscitivos y sociales que se incluyen en dicha escala, se alteraron de forma prioritaria los que corresponden al autocuidado (vestirse, comer e higiene) y a la movilidad. Pudo observarse una

ligera agitación que dificultaba el sueño, pero era controlada fácilmente mediante fármacos, así como una ligera pérdida de memoria a corto plazo. Sólo en dos casos aparecieron accidentes ocasionales de incontinencia urinaria.

Al estudiar en conjunto la evolución de cada grupo, encontramos que en el grupo de intervención, entre el ingreso y el alta, disminuye la puntuación, mientras que en el grupo control aumenta, siendo significativos ambos cambios (p= 0,05). Al comparar ambos grupos, valorando la puntuación al alta, también se observan diferencias significativas (p= 0,02).

DISCUSIÓN

Los participantes de los dos grupos de estudio eran muy homogéneos tanto en los datos socio-demográficos como en factores que puedan influir en la situación de los ancianos (vivienda, compañía). No había diferencias significativas con relación a los motivos del ingreso, ya que existía un porcentaje similar de procesos que requerían tratamiento médico o una intervención quirúrgica.

La pérdida de apetito, la disminución de ingesta de alimentos y la discreta disminución del índice de masa corporal consideramos que pueden ser debidos al tratamiento recibido y a los cambios de hábitos que supone la hospitalización: horario y tipo de comidas, reducción de paseos habituales... En cualquier caso, se mantiene adecuada en todos los ancianos sin observarse diferencias significativas en su evolución desde el ingreso al alta.

Aunque se indica una prevalencia de úlceras por presión en hospitales de agudos de un 12% para los mayores de 65 años (32), no observamos ninguna alteración de la piel en nuestros pacientes. Consideramos que es debido a que en las unidades hospitalarias donde se ha realizado el estudio dentro de los cuidados establecidos de forma estándar se pone especial énfasis en los cuidados de la piel (medidas preventivas). Diversos estudios (11, 17, 19) demuestran cómo la utilización de escalas de valoración de riesgo y la planificación de medidas preventivas conducen a minimizar este problema.

La marcha se hace más inestable en algunos pacientes, con una ligera afectación del equilibrio. Este dato coincide con una mayor puntuación del ítem movilidad en la escala de comportamiento de Crichton Royal.

Nos parece interesante la mejoría en los pacientes de ambos grupos respecto a sus problemas respiratorios, ya que corrobora que la atención a los ancianos ante cualquier problema era la adecuada independientemente del estudio.

Se han encontrado diferencias significativas ($p=0,02$) en la escala de comportamiento de Crichton Royal, encontrándose un mayor deterioro en el grupo control, especialmente en los aspectos de autocuidado y movilidad, como ya ha sido descrito por diferentes autores (3, 5, 6, 9), que destacan la importancia del problema y la necesidad de poner en marcha un programa de prevención en los hospitales.

El hecho de la gran homogeneidad de los grupos es relevante para la investigación, ya que se elimina una serie de influencias procedentes de variables extrañas que podrían haber influido a la hora de evaluar la efectividad de la intervención. Al mismo tiempo, el que no existan diferencias significativas entre el grupo control y el de intervención en las variables estudiadas al ingreso y en el momento del alta, hace pensar que las diferencias encontradas en la escala de comportamiento de Crichton se deben al plan de cuidados de la intervención.

La escasa muestra estudiada no nos permite generalizar estos resultados, pero sí sugiere que una intervención protocolizada en pacientes ancianos que ingresan en un hospital de agudos puede disminuir las complicaciones que conlleva la hospitalización. Es importante realizar estudios más amplios para llegar a resultados más concluyentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baztan JJ, González-Montalvo JI, Solano JJ, Hornillo M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin* 2000; 115: 704-17.
2. Formiga F, Maiques JM, Salazar A, Mascaró J, Novelli A, Rivera A et al. Repercusión de la hospitalización en la capacidad funcional de pacientes mayores de 75 años ingresados en una Unidad de Corta Estancia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999; 34: 331-5.
3. Formiga F, López A, Sacanella E, Jacob X, Masanés F, Vidal M. Valoración de la capacidad funcional después de un ingreso hospitalario en pacientes nonagenarios. *Med Clin* 2000; 115: 695-6.
4. Gutiérrez J, Domínguez V, Solano JJ. Deterioro funcional secundario a la hospitalización por enfermedad aguda en el anciano. Análisis de la incidencia y factores de riesgo asociados. *Rev Clin Esp* 1999; 199: 418-23.
5. Ribera JM. Nonagenarios: del nihilismo médico al qué hacemos con ellos. *Med Clin* 2000; 115: 697-8.
6. Anónimo. Capacidad funcional de pacientes nonagenarios después de un ingreso hospitalario. *Generación inoxidable* 2001; 12: 15-6.
7. Selva A, San José A, Solans A, Villaderll M. Características diferenciales de la enfermedad en el anciano. Fragilidad. *Medicine* 1999; 124: 5789-96.
8. Goñi L. El reposo en cama como factor de riesgo que provoca una disminución en la funcionalidad en ancianos hospitalizados. *Gerokomos* 1997; 21: 112-8.
9. Ruiz T, Muñoz FJ. La calidad asistencial: una necesidad para prevenir la pérdida de autonomía en pacientes geriátricos. *Gerokomos* 1996; VII (16): 23-8.
10. Segovia T, Bermejo M, Molina R, Rueda J, Torra i Bou JE. Estudio de diferentes variables relacionadas con el estado nutricional y la presencia de úlceras por presión en pacientes mayores de 65 años con riesgo de desarrollar úlceras por presión en una Unidad de Enfermería de Medicina Interna. *Gerokomos/Helcos* 2001; 12 (3): 121-31.
11. Pancorbo PL, García FP. Factores de riesgo de aparición de úlceras por presión en ancianos hospitalizados. *Gerokomos/Helcos* 2001; 12 (4): 175-84.
12. Aceitón A, Navarro E, Moreno V, López T, Rodríguez A. Las caídas y sus consecuencias en las personas mayores. *Metas de Enferm* 1999; II (19): 10-4.
13. Kinn S, Hood K. A falls risk-assessment tool in an elderly care environment. *Br J Nurs* 2001; 10 (7): 440-9.
14. Halfon P, Egli Y, Van Melle G, Vagnair. Risk of falls for hospitalized patients: a predictive model based on routinely available data. *J Clin Epidemiol* 2001; 54 (12): 1258-66.
15. Bueno A, Padilla F, Peinado C, Espigares M, Gálvez R. Factores de riesgo de caídas en una población anciana institucionalizada. Estudio de cohortes prospectivo. *Med Clin* 1999; 112 (1): 10-5.
16. Álvarez L, Castanedo C, Hervás R. Diseño de un sistema de registro eficaz para la puesta en marcha del servicio de actividades de prevención y detección de problemas en el anciano. *Gerokomos* 1996; VII (18): 127-31.
17. Barbero FJ, Villar R. Mejora continua de la calidad en las lesiones por presión mediante valoración del riesgo de aparición. *Enferm Clin* 1999; 9 (4): 141-50.
18. Champion EW. The value of geriatric interventions. *N Engl J Med* 1995; 332: 1376-8.
19. González JM, Ayuso E, Recuero E, Rodríguez AE, Díaz E, Blanco JM. Monitorización de la incidencia y prevalencia de los pacientes con úlceras por presión en un hospital de agudos. *Gerokomos/Helcos* 2001; 12 (3): 132-41.
20. Soliver D, Britton M, Seed P, Martin FC, Hopper AH. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to



- 31 predict which elderly in patients will fall: case-control and cohort studies. *Brit Med J* 1997; 315: 1949-53.
21. Seller BP, Vile J, van Rausshort et al. Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention. *Intensive Care Med* 2002; 28 (10): 1379-88.
22. Jacelon CS. Attitudes and behaviors of hospital staff toward elders in an acute care setting. *Appl Nurs Res* 2002; 15 (4): 227-34.
23. Pades A, Fornés J, Gallo J. Cuidados de la autoestima en el anciano hospitalizado. *Gerokomos* 2000; 11 (2): 71-8.
24. De Pedro J, Gallo J, Zaforteza C, Bover J, Bover A. Problemas de las personas mayores al alta de un hospital de agudos. *Gerokomos* 2001; 12 (1): 29-32.
25. Bowlig A. La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. Barcelona: Ed. Masson; 1994.
26. Iraizoz I. Valoración geriátrica integral (II): valoración nutricional y mental en el anciano. *ANALES Sis San Navarra* 1999; 22: 51-69.
27. Hildred O, Hogstel MO. Enfermería geriátrica. Cuidados de personas 37 ancianas. Madrid: Ed. Paraninfo; 1998.
28. Larrion JL. Valoración geriátrica integral (III): valoración de la capacidad funcional del paciente anciano. *ANALES Sis San Navarra* 1999; 22: 71-84.
29. Rogers-Seidl FF. Planes de cuidados en Enfermería geriátrica. Barcelona: Ed. Masson, SA; 1995.
30. Stab AS, Hodges LC. Enfermería Gerontológica. México: Ed. McGraw-Hill Interamericana; 1998.
31. Amezcuca M, Muñoz A. La calidad de los cuidados de enfermería en ancianos asistidos: identificación de criterios y estándares de proceso a través del consenso. *Enferm Clin* 2000; 10 (6): 245-51.
32. Soldevilla JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de la Rioja. *Gerokomos/Helcos* 1999; 10 (2): 75-87.