

Guía de cuidados de personas mayores

• • • • •
Andrés Pérez Melero (editor)



Guía de cuidados de personas mayores

Guía de cuidados de personas mayores

Andrés Pérez Melero (Editor)



COORDINACIÓN

Juan Vicente Beneit Montesinos
Andrés Pérez Melero

Primera reimpresión: junio de 2000
Segunda reimpresión: junio de 2002
Tercera reimpresión: junio de 2005

Diseño de cubierta: esther morcillo y fernando cabrera

Ilustraciones: Luis María Bilbao

© Andrés Pérez Melero (Editor)

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-995801-7-3

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Relación de autores

Álvaro Noguera, Macarena
Amado Amate, Ascensión
Ampuero Juárez, M^a Teresa
Aparicio Ocon, Soledad
Aragonés Corral, Belén
Aranzazu Redondo, María

Barado Garaigordobil, Amaya
Barroso Hernández, Sonia

Calderero Castelanos, Gema
Chico Burguillo, M^a Teresa
Cobos Haba, Encarna

Domínguez Caballero, Mireia

Espuela Royo, Ana M^a

Fernández Pérez, Elena Cristina

García Rubio, Dolores
García Varas, Antonio
Gil Niño, Beatriz
Gil Rodríguez, Oliver
Jiménez Gómez, M^a Isabel
Gómez Garcimartín, M^a Paz

Gómez-Pastrana, Cristina Pérez
Gómez Patiño, Juan A.
González Izquierdo, Sergio

Heras Zurdo, Laura
Hernández Hernández, M.^a Esther
Hernández Sobrado, Gema

Jiménez Sierra, Luz Divina

Manzano Gutiérrez, Noelia M^a
Martín Guijorro, Carmen
Martín Jiménez, M.^a Esther
Martín Madrigal, Mónica
Martínez Martínez, Pedro Antonio
Maroto Mayoral, Montserrat
Miguel Brea, Ana
Molina Arevalo, Juan Manuel
Molina Pérez, Gema

Navarro Fernández, Raquel
Nicolás Martín, Cristina

Ortuño Soriano, Ismael
Otero García-Valdecasas, Victoria

Palacios Ceña, Domingo
Páramo Ramos, Raquel
Peinado Illescas, Elvira
Pérez Chamizo, M^a Mar
Pérez Melero, Andrés

Ramírez Arenas, Sara
Rey Fedriani, José Ramón
Ricote Romano, Carmen
Rivas Martín, Rocío
Rodríguez Alcántara, Mariví
Romillo Fernández, Charo
Romo Jiménez, Lucio
Royo-Villanova de Meñaca, Paloma

Sánchez Alonso, Susana
Sánchez Ayuso, Gema Isabel
Sánchez García, Silvia
Sánchez Mangas, José Ramón
Sánchez Moreno, Beatriz
Santos Franco, Jesús
Sanz Macía, Noelia
Saura Quesada, Laura
Seguido Chacón, Raquel
Soriano Pinar, Paloma

Trapote del Apro, Carmen

Vargas Ramírez, Mercedes
Villadóniga Fernández, Carolina
Villa Rodríguez, Loreto

Índice

INTRODUCCIÓN

1. EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Gema Calderero Castelanos, Paloma Soriano Pinar y Andrés Pérez Melero

- 1.1. ¿Qué es envejecer?
- 1.2. ¿Quién es la persona mayor?
- 1.3. Envejecimiento de la población
- 1.4. Cambios ligados al proceso de envejecimiento
- 1.5. Hábitos comportamentales relacionados con la salud en las personas mayores

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Gema Hernández Sobrado, Beatriz Sánchez Moreno, Noelia Sanz Macía y Juan A. Gómez Patiño

- 2.1. Introducción
- 2.2. Factores fisiológicos
- 2.3. Factores patológicos
- 2.4. Factores socioeconómicos y psicológicos
- 2.5. Necesidades nutricionales
- 2.6. Necesidades calóricas
- 2.7. Necesidad de principios inmediatos
- 2.8. Alcohol y otras bebidas
- 2.9. Errores en la alimentación del anciano
- 2.10. Recomendaciones
- 2.11. Recomendaciones para las alteraciones más frecuentes del proceso de envejecimiento
- 2.12. Hidratación

2.13. Consejos de higiene alimentaria

3. HIGIENE PERSONAL

M^a Paz Gómez Garcimartín, Sonia Barroso Hernández, Silvia Sánchez García y Jesús Santos Franco

- 3.1. Introducción
- 3.2. Ducha, baño y baño en cama
- 3.3. Afeitado
- 3.4. Depilación
- 3.5. Higiene bucal
- 3.6. Cuidado de las manos, uñas y pies
- 3.7. Ojos
- 3.8. Oídos

4. EL VESTIDO EN LA PERSONA MAYOR

Montserrat Maroto Mayoral y Juan A. Gómez Patiño

- 4.1. Introducción
- 4.2. Material del que está confeccionado la ropa
- 4.3. Dificultad para vestirse
- 4.4. Personas mayores encamadas

5. DESCANSO

Carolina Villadóniga Fernández y Andrés Pérez Melero

- 5.1. ¿Qué función tiene el descanso en la persona mayor?
- 5.2. ¿Qué características tiene el sueño en la persona mayor?
- 5.3. ¿Qué se puede hacer para dormir mejor?
- 5.4. ¿Cuándo acudir al médico?

6. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS

Carolina Villadóniga Fernández y Andrés Pérez Melero

- 6.1. Introducción
- 6.2. Prevención en la cocina
- 6.3. Prevención en el cuarto de baño
- 6.4. Prevención en el pasillo
- 6.5. Prevención en las habitaciones (dormitorios, cuarto de estar, etc.)

7. ALTERACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL EN LAS PERSONAS

MAYORES

Lucio Romo Jiménez, María Aranzazu Redondo, Elena Cristina Fernández Pérez y Juan A. Gómez Patiño

- 7.1. Introducción
- 7.2. Aspectos a considerar en las personas mayores
- 7.3. Fiebre
- 7.4. Hipertermia
- 7.5. Golpe de calor
- 7.6. Hipotermia

8. INCONTINENCIA URINARIA

Ana M^a Espuela Royo, Raquel Navarro Fernández, Belén Aragonés Corral y Domingo Palacios Ceña

- 8.1. Introducción
- 8.2. Definición y tipos
- 8.3. Factores predisponentes
- 8.4. Esquema de actuación
- 8.5. Cuidados
- 8.6. Complicaciones
- 8.7. Dispositivos de recogida de orina
- 8.8. Protectores (pañales)
- 8.9. Signos y síntomas de alarma
- 8.10. Incontinencia fecal

9. CUIDADOS DEL SONDAJE VESICAL Y LOS COLECTORES URINARIOS

Juan Manuel Molina Arevalo, José Ramón Rey Fedriani, Ismael Ortuño Soriano y Domingo Palacios Ceña

- 9.1. ¿Qué alteraciones sufre la persona mayor en la eliminación urinaria?
- 9.2. ¿Qué es un sondaje vesical y un colector urinario?
- 9.3. Tipos de sondas y colectores
- 9.4. Cuidados generales
- 9.5. Procedimientos especiales: irrigaciones urinarias
- 9.6. Detección de complicaciones y medidas preventivas

10. ESTREÑIMIENTO

Luz Divina Jiménez Sierra, Dolores García Rubio, Laura Heras Zurdo y Juan A. Gómez Patiño

- 10.1. ¿Qué es el estreñimiento?

- 10.2. ¿Por qué se produce?
- 10.3. ¿Cómo se identifica?
- 10.4. ¿Qué se puede hacer?
- 10.5. Administración de medicamentos
- 10.6. Masajes

11. ALTERACIONES DE LA MARCHA Y EL EQUILIBRIO

M^a Teresa Chico Burguillo y Jesús Santos Franco

- 11.1. Introducción
- 11.2. Factores que influyen en la marcha y el equilibrio
- 11.3. Importancia de la marcha y el equilibrio en la persona mayor
- 11.4. Características de la marcha de la persona mayor
- 11.5. ¿Qué produce los trastornos de la marcha y el equilibrio en los mayores?
- 11.6. Valoración de los trastornos de la marcha y del equilibrio
- 11.7. Técnicas de ayuda
- 11.8. Aparatos de ayuda
- 11.9. Prevención
- 11.10. Consideraciones finales

12. LA OSTEOPOROSIS

Cristina Nicolás Martín, Charo Romillo Fernández, Soledad Aparicio Ocon y Jesús Santos Franco

- 12.1. ¿Qué es la osteoporosis?
- 12.2. Manifestaciones
- 12.3. Fractura de cadera
- 12.4. Fracturas vertebrales
- 12.5. Fractura de antebrazo
- 12.6. Prevención y tratamiento
- 12.7. ¿Cómo comenzar el ejercicio físico?
- 12.8. Recomendaciones

13. PROBLEMAS DE LA VISION

M^a Mar Pérez Chamizo, Elvira Peinado Illescas, Cristina Pérez Gómez-Pastrana y Juan A. Gómez Patiño

- 13.1. Envejecimiento de la vista
- 13.2. Cómo detectar la aparición de alteraciones visuales
- 13.3. Consejos generales
- 13.4. Cuidados de las gafas

13.5. Alteraciones más frecuentes en la edad avanzada

14. ALTERACIONES DEL OIDO

Noelia M^a Manzano Gutiérrez, Gema Isabel Sánchez Ayuso y Juan A. Gómez Patiño

- 14.1. Introducción
- 14.2. Cómo se detecta la pérdida auditiva
- 14.3. Alteraciones más frecuentes que producen sordera en la persona mayor
- 14.4. Rehabilitación auditiva
- 14.5. Asesoramiento y orientación a la familia

15. CUIDADOS DE LA BOCA Y LOS DIENTES

Mónica Martín Madrigal, Amaya Barado Garaigordobil, Andrés Pérez Melero y Jesús Santos Franco

- 15.1. ¿Qué problemas bucodentarios tiene la persona mayor?
- 15.2. Cuidados y prótesis dentales

16. CUIDADOS DE LOS PIES

Montserrat Maroto Mayoral, Loreto Villa Rodríguez y Jesús Santos Franco

- 16.1. Introducción
- 16.2. Dolencias más frecuentes
- 16.3. Calzado del anciano
- 16.4. Uso de los zapatos
- 16.5. Rehabilitación
- 16.6. Higiene diaria de los pies
- 16.7. Cuidados generales del pie
- 16.8. Masajes en los pies
- 16.9. El cuidado de las uñas
- 16.10. La visita al podólogo

17. CUIDADOS DE LOS ESTOMAS

Ana Miguel Brea, Gema Molina Pérez, Macarena Álvaro Noguera y Juan A. Gómez Patiño

- 17.1. ¿Qué es un estoma?
- 17.2. ¿Qué tipos de estomas existen?
- 17.3. Material utilizado en los estomas
- 17.4. Cuidados generales del estoma

- 17.5. ¿Qué complicaciones pueden presentar los estomas?
- 17.6. Aspectos psicológicos de la persona mayor ostomizado
- 17.7. Normas generales a seguir por una persona mayor ostomizada
- 17.8. Control del estoma

18. PROBLEMAS DE LA MOVILIDAD

Pedro Antonio Martínez Martínez y Jesús Santos Franco

- 18.1. Introducción
- 18.2. ¿Porqué hay que movilizar a la persona mayor?
- 18.3. Darle la vuelta: posición boca abajo
- 18.4. Darle la vuelta: posición boca arriba
- 18.5. Levantarlo: desde tumbado a sentado
- 18.6. Levantarlo: desde una silla
- 18.7. Bajadas
- 18.8. Posición lateral: colocación de una “cuña”

19. ÚLCERAS POR PRESION

Paloma Royo-Villanova de Meñaca, Susana Sánchez Alonso, M.^a Esther Hernández Hernández y Jesús Santos Franco

- 19.1. Introducción
- 19.2. Concepto de úlcera por presión
- 19.3. Clasificación de las úlceras por presión
- 19.4. Factores de riesgo
- 19.5. Localización de las úlceras por presión
- 19.6. Identificación de las úlceras por presión
- 19.7. Prevención de las úlceras por presión
- 19.8. Cuidado de las úlceras por presión

20. PROBLEMAS DE LA CIRCULACION PERIFÉRICA

Ascensión Amado Amate, Laura Saura Quesada, M.^a Teresa Ampuero Juárez y Juan A. Gómez Patiño

- 20.1. ¿Cómo cambia la circulación periférica en las personas mayores?
- 20.2. Isquemia arterial
- 20.3. Trombosis venosa
- 20.4. Varices
- 20.5. Úlceras venosas
- 20.6. Recomendaciones generales

21. LA CONFUSION

Raquel Páramo Ramos, Victoria Otero García-Valdecasas, Rocío Rivas Martín y Andrés Pérez Melero

- 21.1. ¿En que consiste la confusión?
- 21.2. ¿Qué puede producir confusión?
- 21.3. ¿Qué consecuencias puede tener?
- 21.4. Detección del síndrome confusional
- 21.5. Cuidados de una persona mayor con confusión

22. LA DEMENCIA

Carmen Trapote del Apro, Mercedes Vargas Ramírez y Andrés Pérez Melero

- 22.1. ¿Qué se entiende por demencia?
- 22.2. Número de personas afectadas
- 22.3. Tipos de demencia
- 22.4. Fases de la demencia
- 22.5. Cuidados generales domiciliarios del paciente demenciado
- 22.6. Problemas asociados a las demencia y sus cuidados
- 22.7. Asociaciones de apoyo

23. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Raquel Seguido Chacón, M.^a Esther Martín Jiménez y Juan A. Gómez Patiño

- 23.1. ¿Qué alteraciones respiratorias sufren las personas mayores?
- 23.2. Cuidados y medidas generales en ancianos con enfermedades respiratorias
- 23.3. Administración de oxígeno
- 23.4. Aerosolterapia
- 23.5. Neumonía
- 23.6. Enfermedades Obstructivas
- 23.7. Prevención de los problemas respiratorios
- 23.8. Espirómetro

24. HIPERTENSION ARTERIAL

Lucio Romo Jiménez, María Aranzazu Redondo, Elena Cristina Fernández Pérez y Jesús Santos Franco

- 24.1. Introducción
- 24.2. Tipos de hipertensión
- 24.3. Factores de riesgo
- 24.4. Determinación correcta de la presión arterial
- 24.5. Complicaciones de la hipertensión

24.6. Tratamiento de la hipertensión arterial

25. LA DIABETES

Mariví Rodríguez Alcántara, Carmen Ricote Romano y Jesús Santos Franco

- 25.1. ¿Qué es la diabetes?
- 25.2. Causas de la diabetes
- 25.3. Signos y síntomas de la diabetes
- 25.4. Tratamiento de la diabetes
- 25.5. Complicaciones
- 25.6. Consejos para la persona mayor diabética

26. FRACTURA DE CADERA

Domingo Palacios Ceña, Sara Ramírez Arenas, José Ramón Sánchez Mangas y Antonio García Varas

- 26.1. ¿Por qué es importante la fractura de cadera?
- 26.2. Recuerdos anatómicos
- 26.3. ¿Qué es una fractura?
- 26.4. Mecanismos de producción de la fractura de cuello de fémur
- 26.5. Signos y síntomas
- 26.6. ¿Por qué es importante detectarlo precozmente?
- 26.7. Tratamientos
- 26.8. Cuidados

27. MEDICAMENTOS

Juan A. Gómez Patiño, Beatriz Gil Niño y Oliver Gil Rodríguez

- 27.1. ¿Qué es un medicamento?
- 27.2. Reglas generales en la administración de medicamentos
- 27.3. Principales vías de administración de medicamentos
- 27.4. Reacciones adversas de los medicamentos descritos

28. PROTESIS, SILLAS Y ANDADORES

Sergio González Izquierdo y Andrés Pérez Melero

- 28.1. ¿Qué utilidad tiene los medios técnicos?
- 28.2. Diseño

29. ÚLTIMAS ATENCIONES

Domingo Palacios Ceña, Mireia Domínguez Caballero y Encarna Cobos Haba

- 29.1. ¿Qué supone llegar al final de la vida?
- 29.2. Factores a tener en cuenta
- 29.3. Actitudes ante la muerte en la sociedad de hoy
- 29.4. La última etapa de la vida
- 29.5. Familia y cuidadores
- 29.6. El duelo
- 29.7. Agotamiento de los cuidadores o decaimiento
- 29.8. La comunicación
- 29.9. Cuidados paliativos

30. RECURSOS ASISTENCIALES

*Carmen Martín Guijorro, M^a Isabel Jiménez Gómez, Jesús Santos Franco y
Andrés Pérez Melero*

- 30.1. Introducción
- 30.2. Recursos gestionados por el IMSERSO
- 30.3. Recursos gestionados por las CC AA y Ayuntamientos
- 30.4. Otros recursos

Introducción

Tiene ante usted un libro sencillo, pero útil, que ha sido redactado por profesores de la Enfermería que trabajan en su mayor parte con personas mayores, bajo la dirección de Andrés Pérez Melero. Se trata de un texto orientado eminentemente a la figura del "cuidador", es decir, dirigido a aquella persona que habitualmente se constituye en la responsable inmediata de la atención –de la buena atención– a la persona mayor. Es éste un colectivo –el de los cuidadores– sobre el que habitualmente gravita una buena parte de la atención sanitaria al anciano y al que ni se suele preparar para ello, ni los distintos estamentos sociales reconocen ni agradecen suficientemente su labor.

A lo largo de los distintos capítulos se recogen algunas de las situaciones más habituales dentro de la patología del anciano. En la exposición se han omitido deliberadamente todos aquellos aspectos técnicos más directamente vinculados a cuestiones médicas, tales como las causas, diagnósticos o tratamientos de los diferentes procesos, para centrarse en lo que podríamos denominar "cuidados" inmediatos. El índice, sin ser exhaustivo, incorpora la mayor parte de los tópicos que vienen a constituirse en problemas de todos los días. En numerosos capítulos se ha hecho también un esfuerzo por conseguir ilustraciones en forma de esquemas o dibujos que faciliten la comprensión del texto, y, en su caso, la actuación correspondiente. El conjunto resultante cumple sobradamente los objetivos propuestos y que aporta luz en un campo donde la literatura existente es más bien escasa.

Como profesional de la educación geriátrica no puedo más que felicitar me por la aparición de un libro de estas características. También –y sobre todo– felicitar y agradecer a los numerosos autores de los distintos capítulos el enorme esfuerzo que requiere su realización. Espero que este texto, además de su utilidad explícita de cara a aquellos a los que va dirigido, tenga la virtud de servir como estímulo mantenido en el desarrollo de la profesión que ahora inician, a todos y cada uno de los nuevos titulados de enfermería que han puesto entusiasmo, tiempo y empeño en hacerlo posible. Qué la labor que ilusionadamente emprenden tenga su continuidad a lo largo de toda su vida profesional. Ese será su mejor premio. A ellos y Andrés Pérez Melero mi reconocimiento

por el trabajo realizado.

José Manuel Ribera Casado
Jefe del Servicio de Geriátría
Hospital Clínica San Carlos
Universidad Complutense de Madrid

El proceso de envejecimiento

1.1. ¿Qué es envejecer?

El envejecimiento supone un proceso dinámico que se inicia en el mismo momento en que nacemos y que se desarrolla a lo largo de nuestra vida.

La realidad es que este proceso no se produce por igual ni de manera uniforme para todas las personas, ni tampoco, en una misma persona, envejecen a la misma velocidad los distintos componentes de su organismo. Además, el proceso de envejecer está influido por factores derivados de las enfermedades y padecimientos acumulados a lo largo de la vida. Todos estos factores, así como los acontecimientos estresantes a los que ha sido sometido el individuo, han ido dejando huellas a las que el organismo se ha tenido que adaptar.

El proceso de envejecimiento también se ve influenciado por el tipo de vida que ha llevado el sujeto y por los factores de riesgo y ambientales a los que haya estado sometido. No se envejece por igual en el campo que en la ciudad, con una alimentación adecuada o no, fumando y bebiendo o absteniéndose de ello. Es decir, en el envejecimiento van a influir tanto factores genéticos como ambientales. Los genes de cada individuo van a tener gran importancia en el proceso de envejecimiento. Pueden determinar un período de la vida en el cual el organismo es incapaz de lograr el equilibrio necesario para mantener una vida saludable. Por ejemplo, el deterioro en la producción de sustancias antioxidantes que contrarrestan la acción de los radicales libres, sustancias capaces de dañar distintas estructuras celulares, favorecen así el envejecimiento del organismo. Los factores ambientales (radiaciones, agentes químicos, humo de automóviles, luz solar, oxidación de fármacos, alimentos, ejercicio, etc.) también contribuyen al envejecimiento. Así, podemos decir que el envejecimiento va a depender de las características del individuo y del medio ambiente que le rodea.

El envejecimiento determina, en su conjunto:

- Algunas enfermedades específicas, muy raras o ausentes en edades anteriores (diabetes tipo II, cáncer de próstata, incontinencia urinaria, etc.).
- Otras enfermedades más frecuentes que en periodos previos de la vida y cuya aparición se ve facilitada por los cambios que han ocurrido en su organismo (infecciones, tumores malignos, diabetes, etc.).
- Con mucha más frecuencia hay concurrencia de más de una enfermedad. Influyen también los problemas sociales (económicos, soledad), psicológicos (actitud ante la vida, deterioro mental, etc.).
- Problemas específicos de las personas mayores, conocidos como “síndromes geriátricos” (inmovilismo, fractura de cadera, etc.).
- La persona mayor es más vulnerable a todo tipo de agresión porque sus mecanismos de defensa están más limitados.

1.2. ¿Quién es la persona mayor?

Desde el punto de vista del adulto, una persona mayor es una persona “vieja” con determinadas características: tiene canas y arrugas, se mueve con lentitud, etc. Pero, ¿qué edad se le atribuye ?

Para un niño su abuela de 55 años es anciana. A un adulto de 30 puede parecerle anciano uno de 70, mientras que para una persona de 70 años será anciano el que tiene 80. Por esta razón es difícil delimitar a partir de cuándo uno es anciano, aunque se ha relacionado la ancianidad con la jubilación, oscilando así la edad entre 60-65 años.

Pese a esto se plantean algunas preguntas como: ¿cuándo se llega a anciano?, ¿es la vejez un estado anímico o simplemente un estado físico?

La edad efectiva de una persona puede establecerse teniendo en cuenta cuatro tipos de edades:

- Edad cronológica: es el número de años transcurridos desde el momento del nacimiento.
- Edad biológica: está determinada por el estado funcional del organismo, es decir, por el grado de deterioro de sus órganos y tejidos.
- Edad psicológica: representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y adaptación.
- Edad social: establece y designa el papel individual que debe desempeñarse en la sociedad en la que el individuo se desenvuelve. Con la jubilación el papel del individuo en la sociedad se pierde. Según Burgess, la función del jubilado es precisamente no tenerla.

Según la concepción popular la ancianidad se relaciona con la muerte, la enfermedad, la dependencia, la soledad, un menor poder adquisitivo y la pérdida del estatus social, todo ello asociado a una situación de vida totalmente negativa y

contrapuesta a los valores considerados como positivos: juventud, trabajo, riqueza, belleza, etc.

El desarrollo de las funciones de la persona mayor va a depender de la capacidad de adaptación y aceptación del proceso de envejecimiento, ser consciente de sus limitaciones permitirá al mayor establecer planes de vida satisfactorios.

1.3. Envejecimiento de la población

La progresión del número de personas mayores de 60-65 años se traduce en un envejecimiento de la población. Se produce un aumento de la proporción de personas mayores de 60-65 años con respecto al número total de habitantes. Esto se debe a varios factores:

- La esperanza de vida (tiempo de vida esperado para un individuo en el momento de su nacimiento) ha aumentado, superando en la actualidad los 80 años en las mujeres.
- La disminución del número de nacimientos en la mayoría de los países desarrollados.
- La disminución de la tasa de mortalidad infantil, lo que garantiza la probabilidad de una mayor esperanza de vida.
- Los avances tecnológicos en el campo de la medicina han supuesto un aumento de la duración de la vida de los individuos, influyendo en la mejora de las condiciones de vida. La mejora de los factores ambientales ha satisfecho en mayor grado las necesidades de los individuos.

1.4. Cambios ligados al proceso de envejecimiento

Durante el proceso de envejecimiento se producen unos cambios considerados normales.

Los cambios que se producen a lo largo del desarrollo del hombre se inician al mismo tiempo que la vida, se hacen visibles en los primeros años de existencia. Sin embargo, los cambios asociados al envejecimiento se inician poco a poco, exteriorizándose más tarde.

Los cambios normales del envejecimiento se van a valorar desde tres puntos de vista: cambios biológicos, psíquicos y sociales.

1.4.1. Cambios biológicos

A partir de la madurez, los cambios que se producen llevan al deterioro progresivo

del organismo.

A) Modificaciones en el aspecto externo

- Piel: aparición de arrugas, pérdida de elasticidad y deshidratación, palidez, etc.
- Cabello: disminución en la velocidad de crecimiento, aparición de canas, aumenta el vello de diversas zonas (nariz, orejas, etc.), tendencia a la calvicie, etc.
- Uñas: crecimiento más lento, más duras, sobre todo en los pies (más difíciles de cortar).

B) Modificaciones del sistema músculo-esquelético

- Huesos: disminución de la masa ósea y desmineralización, conocida como osteoporosis primaria o senil (más frecuente en la mujer), que se favorece por la falta de movimiento, la deficiente absorción o ingestión de calcio, la pérdida excesiva de mineral y los trastornos hormonales.
- Cambios posturales, como la tendencia a inclinar la cabeza hacia delante, lo que provoca una disminución de la talla (altura).
- Músculos: hay una pérdida gradual de la masa y la potencia muscular. El ejercicio contribuye a mejorar la función y eficacia muscular, será importante realizarlo de forma continuada.
- Articulaciones: van a sufrir limitación funcional, porque se van desgastando dando lugar a deformidades, dolor local, etc.

C) Modificaciones en el sistema cardiocirculatorio

- Corazón y vasos sanguíneos: el corazón pierde fuerza y capacidad para bombear la sangre, cuando se realiza un esfuerzo, aparece fatiga antes. En las paredes de los vasos se van acumulando sustancias, lo que hace que se vuelvan más rígidas: se produce un aumento de la presión arterial.
- Sangre: puede aparecer anemia, siendo más frecuente en mujeres que en hombres, producida por déficit de absorción de nutrientes o por disminución de actividad de la médula ósea.

D) Modificaciones en el aparato respiratorio

En los pulmones disminuye la elasticidad y la función respiratoria apareciendo fatiga al realizar esfuerzos físicos.

E) Modificaciones en el aparato digestivo

Los principales problemas que se producen se encuentran en la boca; la pérdida de piezas dentarias, la utilización de prótesis mal ajustadas, el mal estado de los dientes y la afectación de las encías pueden producir dificultades en la masticación. Además, esta dificultad aumenta porque disminuye la producción de la saliva (produce sequedad de boca y pérdida del gusto). También se produce disminución de la absorción de nutrientes y en la secreción de sustancias necesarias para la digestión.

F) Modificaciones del sistema genito-urinario

- Sistema urinario: al orinar la vejiga no suele vaciarse completamente (orina residual), lo que favorece la aparición de frecuentes infecciones y necesidad de orinar continuamente.
- Órganos genitales: en la mujer hay pérdida de vello púbico, la mucosa vaginal aparece seca, lo que va a provocar picores, ardor y dolor en el coito, así como frecuentes infecciones. Por otra parte, los senos se vuelven flácidos (pecho caído). En el hombre disminuye el vello púbico, aumenta el tamaño de la próstata, que dificulta la micción, disminuye el tamaño de los testículos y suelen aparecer dificultades para la erección.

La capacidad sexual está ligada a la capacidad individual física y psíquica y a la situación social en que se encuentre. Aunque en las personas mayores sanas el deseo y la capacidad sexual permanecen, la falta de lubricación natural puede hacer doloroso el acto sexual.

G) Modificaciones del sistema endocrino

La secreción hormonal, en general, disminuye con la edad. Por un lado, descende la producción de hormonas y, por otro, hay una menor respuesta orgánica frente a esta secreción. Hay una disminución importante de la tolerancia a la glucosa. En la mujer no hay secreción de estrógenos (hormonas sexuales femeninas) después de la menopausia, hecho que se relaciona con la descalcificación de los huesos y con problemas cardiovasculares.

H) Modificaciones del sistema inmunitario

Hay una disminución de las defensas naturales del organismo (celulares y humorales) frente a los gérmenes causantes de enfermedades (virus, bacterias, hongos, etc.). Por ello, la persona mayor es más propensa a presentar infecciones.

I) Modificaciones en el sistema nervioso

Se produce un enlentecimiento de los movimientos, alteraciones del sueño y disminuye la sensibilidad al calor, al frío, al dolor, etc.

J) Modificaciones en los órganos de los sentidos

- Vista: disminuye la agudeza visual o presbicia (se necesitan gafas para leer), disminuye la capacidad para diferenciar colores, disminuye la secreción de lágrimas y se pierden pestañas.
- Oído: aumenta el tamaño de la oreja, hay un crecimiento de pelos en el pabellón auditivo, aumenta el depósito de cerumen (“cera”) y hay pérdida de agudeza auditiva (presbiacusia).
- Gusto: hay pérdida progresiva del gusto, en especial, del salado y del dulce, por alteración de las papilas gustativas de la lengua.
- Olfato: se produce una pérdida del olfato y aumenta el tamaño de la nariz.
- Tacto: disminuyen la sensación táctil, la sensación térmica y la dolorosa.

1.4.2. Cambios psíquicos

El envejecimiento de las funciones psicofisiológicas varía de un individuo a otro y depende del entrenamiento durante la vida, del medio cultural y del nivel intelectual. Los principales cambios se dan en las capacidades intelectuales y de los rasgos de personalidad y carácter.

A) Cambios en las capacidades intelectuales

A partir de los 30 años se produce una disminución de las funciones intelectuales y se acelera a partir de los 60-65 años. En la inteligencia se produce una reducción de la eficiencia. Hay una pérdida de la capacidad para resolver problemas nuevos que influye en la capacidad de aprendizaje. Se produce una falta de rapidez y espontaneidad en los procesos de pensamiento. Hay también una disminución de la capacidad de concentración. La memoria se ve especialmente afectada; recordar hechos pasados no es difícil, pero sí la retención de sucesos nuevos. Van olvidándose nombres de personas, así como los hechos recientes, aunque se conservan los acaecidos en tiempos lejanos.

B) Cambios en la personalidad y en el carácter

“Se envejece tal como se ha vivido”, es decir, se van a acentuar rasgos de carácter,

pero no aparecen cambios de comportamiento. Se produce una disminución de la capacidad de adaptación cuando la causa es el miedo ante las situaciones desconocidas, por lo que la persona mayor desea ante todo un entorno estable y conocido que le ofrezca seguridad.

1.4.3. Cambios sociales

El principal cambio que se produce en la persona mayor es el nuevo papel que desempeña en la sociedad. Se pasa de ser “productivo” (trabajador) a ser “improductivo” (jubilado). El desarrollo del papel de la persona mayor depende de la capacidad de adaptación y aceptación del proceso de envejecimiento, por tanto, el ser consciente de sus limitaciones permitirá a la persona mayor establecer planes de vida satisfactorios.

A) Cambio de rol individual

- La persona mayor como individuo único: la respuesta individual del mayor frente a la vida está condicionada por sus creencias religiosas, cultura, factores educacionales, las propias experiencias sobre la muerte y el estado físico y situación social en que se encuentre.

Uno de los aspectos del desarrollo del individuo que envejece consiste en aceptar la realidad de la muerte. Ésta es vivida por una parte de las personas mayores como liberación, como final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas; para otros significa una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la propia enfermedad. Sin embargo, en otros mayores se produce una situación de rechazo al hecho de morir, considerando la muerte, incluso, como algo injusto.

- La persona mayor como integrante del grupo familiar: se produce un cambio en las relaciones familiares; el mayor no suele convivir bajo el mismo techo que sus hijos y nietos. Las relaciones entre el mayor, sus hijos y nietos pasan por dos etapas diferentes: una primera, cuando la persona mayor es independiente y no tiene problemas de salud, se dedica a la ayuda de los hijos, realiza tareas domésticas, ejerce de “recadero” y se encarga del cuidado de los nietos. En el momento en que aparecen problemas de salud y de dependencia, se inicia la segunda etapa y se produce un cambio en las relaciones: la persona mayor pasa de proporcionar ayuda a recibirla, de cuidar a ser cuidado y ahora ya no se cuenta con él como se contaba anteriormente. Es en este momento cuando ocurren las rupturas en la convivencia, ya que la familia se suele plantear el ingreso del mayor en alguna institución, hecho que genera un sentimiento de rechazo y de abandono, porque se da cuenta de que sus opiniones y decisiones ya no tienen ningún valor.

- La persona mayor como persona capaz de afrontar las pérdidas: la ancianidad es una etapa de la vida del hombre caracterizada por las pérdidas (pérdida de facultades físicas o psíquicas, pérdidas afectivas, pérdidas económicas, etc.). Todas estas pérdidas van acompañadas de una serie de sentimientos como tristeza, pesar o dolor. Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte del cónyuge o de los amigos van acompañadas de una gran tensión emocional y de un sentimiento de soledad. El superviviente pasa por períodos de pena y dolor, y por períodos de remordimiento.

De todas estas vivencias, la soledad es la que ocasiona más problemas a la persona mayor. El sentimiento de soledad es muy difícil de superar; por eso, muchos mayores deciden de nuevo formar otras parejas, ya que las necesidades emocionales de los ancianos precisan la misma atención que en otras etapas de la vida. El anciano soltero parece aceptar mejor la soledad y está más preparado para afrontar los problemas que ésta comporta.

B) Cambio de rol en la comunidad

En el rol laboral, el gran cambio viene dado por el momento de la jubilación. La jubilación es la situación de una persona que tiene derecho a una remuneración o pensión, después de haber cesado total o parcialmente en su profesión u oficio.

1.5. Hábitos comportamentales relacionados con la salud en las personas mayores

Frente a los adultos más jóvenes, las personas mayores de 65 años presentan un estilo de vida y unos comportamientos más saludables, a excepción del ejercicio físico regular.

1.5.1. Tabaco

Fumar es uno de los factores de riesgo más importantes de enfermedades neoplásicas (cancerígenas), cardiovasculares y respiratorias. El consumo de cigarrillos constituye la causa aislada y evitable más importante de mortalidad prematura.

Las personas mayores constituyen el grupo de edad con la menor prevalencia de consumo de tabaco.

Pero fumar cigarrillos puede ser uno de los escasos comportamientos placenteros y agradables que disfrutan las personas mayores fumadoras. Un 25% de los fumadores de 60 o más años, así como cerca del 50% de los de 75 años, consideran que fumar no es peligroso para la salud.

Comparados con los no fumadores, los mayores fumadores realizan el mismo grado de actividad física. No obstante, los hombres fumadores de 70 y más años, frente a los no fumadores, presentan una reducción significativa de peso, una menor fuerza muscular, densidad ósea reducida, la función pulmonar disminuida y un peor estado de salud.

Desde un punto de vista sanitario en las personas mayores que dejan de fumar hay una mejora de la capacidad respiratoria y mejora notablemente la función pulmonar. Asimismo, se reduce el riesgo de cáncer de pulmón y la mortalidad por enfermedad coronaria, neumonía y gripe.

1.5.2. Alcohol

El consumo abusivo de bebidas alcohólicas se asocia a una gran variedad de enfermedades (gastrointestinales, neurológicas, hepáticas), lesiones por accidentes, comportamiento antisocial, etc.

El consumo bajo de alcohol no presenta un riesgo importante para la salud e inclusive puede resultar beneficioso para la misma.

1.5.3. Ejercicio físico

Con la edad las personas mayores reducen sus niveles de actividad física, de modo que un porcentaje considerable se declara sedentario. Tener un hábito de vida de tipo sedentario se asocia con un peor estado de salud.

La realización regular y programada de ejercicio resulta beneficiosa para la salud física y mental de la persona mayor: aumenta la forma física, la función cardiovascular, la masa ósea, la fuerza muscular, produce sensación de bienestar, mejora las relaciones interpersonales y disminuyen significativamente los sentimientos de ansiedad, depresión y soledad, la obesidad e inclusive la tasa de mortalidad global.

Practicar un programa regular y moderado de ejercicio físico es un hábito ligado a un envejecimiento satisfactorio. Pasear es una actividad agradable, barata, practicable durante todo el año y saludable, por lo que se recomienda para la gran mayoría de las personas mayores.

1.5.4. Comportamiento alimentario

Con la jubilación pueden cambiar las pautas de nutrición y dieta. Incorporar una alimentación nutritiva y variada, adecuar el aporte calórico a las necesidades, potenciar el consumo de alimentos frescos ricos en fibra, vitaminas y calcio, y controlar el consumo de grasas y carbohidratos son consejos recomendables en estas edades.

1.5.5. Hábitos de sueño

Se trata en el capítulo correspondiente.

1.5.6. Otras prácticas comportamentales: sexo seguro

La edad avanzada no es un seguro frente al contagio de enfermedades que se transmiten por vía sexual. Por ello, no se debe excluir a la población de edad avanzada de los programas de consejo sexual o de las campañas de promoción y preventivas.

La interacción de los factores biológicos y sociales que están presentes en el proceso del envejecimiento genera una psicología de la persona mayor que, si bien es distinta en cada individuo, determina unas actitudes comunes a todos los mayores. Estas actitudes serán reacciones globales de rechazo a los cambios físicos, a la ralentización de los procesos intelectuales y a los cambios en la sexualidad y se traducirán en:

- De interés hacia cosas u objetos nuevos a causa de la falta de perspectivas o de las escasas posibilidades de acceso a ellas.
- Tendencia a la introversión que, generalmente, conlleva un aislamiento de los demás y una obsesión por los cambios físicos hasta el punto de sufrir trastornos hipocondríacos.
- Sentimiento de inferioridad respecto a los más jóvenes, que provoca envidia, agresividad, autoritarismo e intransigencia hacia aquéllos.

Los cuidados que va a necesitar una persona mayor dependen de tres factores básicos: las aptitudes del individuo, el entorno y el nivel de desarrollo del individuo, que van a determinar la aceptación o no del envejecimiento, indicando que la relación dependencia/independencia va a estar condicionada por los recursos individuales. La persona mayor independiente es aquella capaz de solucionar las dificultades que le presentan las actividades de la vida cotidiana. La persona mayor dependiente es aquella que no es capaz de solucionarlas.

Recuerde...

- El envejecimiento es un proceso complejo en el que intervienen factores genéticos y ambientales.
- Las manifestaciones del envejecimiento no son idénticas para todos los individuos: hay grandes variaciones entre las personas.
- Se produce una disminución de las funciones fisiológicas y modificaciones

- anatómicas.
- La adaptación de la persona mayor al proceso de envejecimiento favorece una transmisión no traumática a la nueva situación biológica y psíquica.
-

2

Nutrición e hidratación

2.1. Introducción

Desde siempre se han realizado estudios sobre la nutrición que solían centrarse en la población infantil y adulta. Hoy en día este hecho está cambiando por el aumento de la expectativa de vida de la población. Las personas mayores se han convertido en un colectivo muy numeroso.

El interés por la alimentación en las personas mayores de 65 años viene determinado por dos cuestiones: la malnutrición y la determinación de la dieta que contribuye al aumento de la longevidad y la calidad de vida.

¿Cuáles son los factores causantes de la malnutrición en la población anciana? Se pueden clasificar en factores fisiológicos, patológicos, socioeconómicos y psicológicos.

2.2. Factores fisiológicos

2.2.1. Alteración de los sentidos

Se reduce el número de las papilas gustativas que tenemos en la lengua y que nos permiten percibir el gusto del alimento (salado, dulce, amargo o ácido). Por eso estas personas, al no distinguir bien el sabor de los alimentos, pierden interés por la comida.

2.2.2. Dificultad en el proceso de la masticación

La falta de piezas dentarias y la disminución en la secreción de saliva hace más dificultosa la masticación de la comida. Además, esta escasez de saliva va a provocar

sequedad de boca, sensación de ardor y grietas en labios y lengua, que producen unas molestias considerables en el anciano. El adelgazamiento óseo de la mandíbula, incoordinación muscular, más todo lo anterior, producen una inadaptación en la deglución.

2.2.3. Pérdida de vellosidades intestinales

Esta pérdida lleva consigo una alteración en la digestión al disminuirse la absorción de alimentos.

2.2.4. Alteración en la motilidad digestiva

La movilidad del aparato digestivo está disminuida, por lo que los alimentos progresan más lentamente.

2.2.5. Disminución del factor intrínseco

Al estar disminuido este elemento, se absorbe menos cantidad de vitamina B₁₂ y ácido fólico y es probable que en ancianos haya carencia de estas sustancias, siendo aconsejable vigilar estos parámetros en sangre para dar suplementos en caso de que fuera necesario.

2.3. Factores patológicos

Existen muchas enfermedades que pueden provocar alteraciones nutricionales.

Las enfermedades que producen vómitos y/o diarreas llevan consigo importantes pérdidas de líquidos y electrolitos (Na⁺, K⁺, Cl⁻, ...) que deben reponerse de una forma adecuada para evitar desequilibrio (deshidratación), que adquiere especial relevancia en la población anciana por su mayor frecuencia y gravedad (al igual que en el colectivo infantil).

La diabetes y la hipertensión arterial son muy frecuentes en las personas ancianas (por citar dos de las enfermedades crónicas que van a necesitar una dieta especial). Estos regímenes deben ser indicados por un médico ya que sabe cuáles son las necesidades de la persona y, además, podrá evaluar el resultado de los efectos de la dieta específica.

Los tumores malignos disminuyen el apetito, por lo que una persona que no tenga la suficiente voluntad no comerá y se acelerará su deterioro físico. Es conveniente que se intente preparar los platos lo más apetitosos posibles para que despierten el interés del

enfermo.

Alteraciones neurológicas (demencias, parálisis, etc.) pueden dificultar o incluso hacer imposible la adquisición, preparación y hasta el consumo del alimento. En estos casos será necesario el cuidado de una persona competente que le ayude en lo que necesite.

2.4. Factores socioeconómicos y psicológicos

Están estos factores relacionados con viejos hábitos alimentarios tan arraigados como mal aplicados. Son muchas veces causa de desequilibrios alimentarios.

Los ingresos económicos de estas personas suelen verse bastante disminuidos, factor éste muy importante a la hora de adquirir los alimentos. Suelen comprar productos baratos y sin mucha variedad, esto crea un desinterés por sentarse a la mesa a comer. No están preparados para cocinar alimentos variando su preparación para romper con la rutina y hacer más agradable algo que, en general, ven solamente como una necesidad y no como un placer.

La soledad, pocos ingresos económicos, preparación escasa, etc., influyen determinantemente en el desinterés por la comida en individuos que viven solos, pero no tenemos que olvidarnos de los ancianos institucionalizados.

La ubicación del comedor en las residencias de ancianos desempeña un papel crucial. La convivencia favorece el apetito, pero hay que tener cuidado a la hora de obligar a comer juntas a personas lúcidas con personas dementes o con trastornos en la deglución, ya que, tanto para unas como para otras, puede suponer incomodidad y convertirse la hora de la comida en algo desagradable.

2.5. Necesidades nutricionales

La nutrición es necesaria para cubrir unas necesidades energéticas, plásticas (para reno-var tejidos, enzimas y hormonas) hídricas, vitamínicas y minerales, proporcionando un equilibrio de principios inmediatos.

Los requerimientos nutricionales se condicionan por la reducción de los requerimientos calóricos, por la mayor incidencia de enfermedades incapacitantes y por factores psicológicos.

2.6. Necesidades calóricas

Existe una disminución progresiva de las necesidades de energía entre los 30 y 80 años. El descenso es debido a la reducción del metabolismo basal, disminución de la masa celular activa, disminución del gasto energético y disminución de la actividad física.

Esta reducción de necesidades energéticas entre los 25 y 45 años es de un 3% por cada diez años y del 7,5% en individuos entre 45 y 65 años. Resumiendo, diremos que entre los 20 y 65 años se produce una disminución en la demanda calórica de un 20%.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las personas mayores son las siguientes:

- Se considera hombre mayor medio a un hombre de 65 años y con 70 kg de peso, y para este individuo las necesidades calóricas serán entre 2.000 y 2.500 calorías por día.
- Se considera mujer mayor media a una mujer de 65 años y con 58 kg de peso, y para estas características las necesidades calóricas oscilarán entre 1.500 y 2.000 calorías al día.

También se pueden determinar las necesidades calóricas dependiendo de la actividad física; si es ligera, se necesitarán de 3 a 5 calorías/minuto, y si la actividad es importante, serán precisas de 5 a 9 calorías por minuto.

2.7. Necesidad de principios inmediatos

2.7.1. Proteínas

Supone entre el 12 y el 14% del total de calorías diarias.

Pueden ser de origen animal (carne, pescado, leche y derivados) o de origen vegetal (legumbres, frutos secos, harinas, etc.).

2.7.2. Hidratos de carbono

Supone del 55 al 60% del total de calorías. Aquí nos encontramos con los azúcares, que sólo deberán estar presentes en un 10%.

La miel y el azúcar tienen un alto contenido en hidratos de carbono. Harinas, pastas, frutos secos y frutas frescas, como la uva y el plátano, contienen menos proporción. Apenas tienen hidratos de carbono la leche y la levadura.

2.7.3. Grasas

Suponen aproximadamente el 30% del total calórico de la dieta.

2.7.4. Otros nutrientes

En cualquier régimen nos encontramos también con los llamados micronutrientes. Son elementos como las vitaminas A, D, E y B12, hierro, calcio (especialmente en leche y derivados), fósforo y yodo.

Alimentos ricos en vitaminas

- Vitamina A: leche, mantequilla, huevos, zanahoria, escarola, pimiento, tomate y lechuga.
- Vitamina D: leche y huevos.
- Complejo B: carne, hígado, riñón, leche, pescados, cereales, legumbres y levaduras.
- Vitamina C: vegetales frescos, fruta (especialmente cítricos como naranja, limón, kiwi y pomelo) y patata.

2.8. Alcohol y otras bebidas

El alcohol proporciona muchas calorías, por lo que no se aconseja, aunque no hay ningún inconveniente en ingerirlo en pequeñas cantidades, por ejemplo medio vaso de vino de mesa durante la comida.

No hay inconveniente en tomar bebidas refrescantes a no ser que éstas estén contraindicadas porque exista una patología de base, como puede ser la diabetes. Ocurre lo mismo con el café, que debe tomarse en pequeñas cantidades y sólo si no está contraindicado.

2.9. Errores en la alimentación del anciano

Son frecuentes los desequilibrios nutricionales por ignorancia, comodidad y hábitos erróneos:

- Consumo de leche desnatada. La leche entera posee precisamente en la nata las vita-minas.
- Utilización de alimentos precocinados, ricos en grasas perjudiciales y de bajo valor nutricional.
- El abuso de leche y bollería en sustitución de una comida variada, por comodidad.
- Dejar de comer por miedo a la pesadez o a trastornos digestivos.
- Comer solo.

2.10. Recomendaciones

- Tomar alimentos ricos en hierro para evitar anemias.
- Alimentación variada.
- No cambiar los hábitos de forma radical.
- La convivencia es un factor muy importante para el apetito.
- Ingestiones de 5 a 6 por día (desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y si se queda con hambre, un vaso de leche antes de acostarse).
- Presentar los alimentos de forma atractiva.
- Es importante la toma de verduras por la cantidad de fibra que contienen. Así se evitará el estreñimiento. También lo es por la cantidad de vitaminas que aportan.
- Debe tomarse leche entera porque en la nata se encuentra la vitamina A y D. Es importante también por la absorción del calcio. El calcio de la leche va a prevenir la osteoporosis.
- Disminución de la ingestión de sal para que disminuya la tensión arterial y la retención de líquidos.
- Tomar alimentos dependiendo de la tolerancia individual.
- Es muy importante tomar vitaminas:
 - La vitamina A es buena para la vista, la piel y las mucosas.
 - La vitamina C previene y mejora el catarro común.
 - La vitamina E mejora la piel y las mucosas.
 - La vitamina K sirve para evitar hemorragias.
 - La vitamina B₁₂ previene anemias.

2.11. Recomendaciones para las alteraciones más frecuentes del proceso de envejecimiento

- En el estreñimiento se aconseja tomar una dieta rica en fibra (verduras, frutas y pan integral).
- En la hipertensión arterial se aconseja comer sin sal; se pueden utilizar otras especias para dar mejor sabor a los platos. No consumir fiambres porque tienen un alto contenido en sal y grasas. No usar extractos de carne ni bebidas alcohólicas.
- Para la dificultad en la masticación es importante mantener una buena higiene dental para evitar la infección lavándose los dientes después de cada comida. Deben consumirse alimentos blandos para que la masticación resulte más fácil.
- Las personas mayores diabéticas tienen que reducir el consumo de hidratos de carbono (harinas, bollería, pastas, pan, etc.), las grasas, y, sobre todo, evitar pasar largos períodos de tiempo sin comer, para evitar así bajadas bruscas de los niveles de azúcar. Es aconsejable tomar abundante cantidad de líquidos durante el día, sobre todo agua.

- Para el insomnio, se aconseja favorecer el sueño durante la noche realizando ejercicio físico durante el día (andar, nadar, gimnasia de mantenimiento...), tomar alguna bebida caliente antes de acostarse como puede ser un vaso de leche, evitar las bebidas estimulantes (café, té, “coca-cola”) y procurar disminuir el tiempo de sueño durante el día ayuda a conciliar el sueño por la noche.
- Es conveniente recordar que existen fármacos que van a alterar la nutrición de la persona mayor. Éstos pueden ser, entre otros, los diuréticos y laxantes.

2.12. Hidratación

En todas las etapas de la vida es fundamental la ingesta adecuada de agua ya que ésta constituye el principal componente del cuerpo humano.

La ancianidad es la etapa en que se necesita más aporte de agua ya que el cuerpo va a sufrir unos cambios que pueden producir una alteración en el equilibrio entre la cantidad de líquidos que se toman y la cantidad de líquidos que se pierden. En el anciano se encuentra disminuida la sensación de sed con lo que va a beber menos agua, la capacidad de eliminar productos de desecho y la formación de jugos del estómago, páncreas, hígado, etc.

El agua es imprescindible porque:

- Forma parte de los líquidos corporales.
- Transporta los nutrientes de los alimentos.
- Interviene en el proceso de la digestión.
- Regula la temperatura corporal.

La falta de motivación personal, incapacidad para beber sin ayuda, miedo a que después se les escape la orina, etc., contribuyen a que la persona mayor no beba agua para complementar los líquidos que toma con la comida.

La persona mayor debe beber aproximadamente entre 20-45 ml de agua por cada kilo de peso. Esta cantidad va a variar en determinadas situaciones:

- Temperatura elevada ambiental.
- Fiebre.
- Infección.
- Actividad física.
- Diarrea (para recuperar el líquido perdido con las heces).
- Estreñimiento (para evitar el endurecimiento de las heces).

Cuando nos encontramos con estas situaciones, la ingesta de agua debe ser mayor debido al gasto que el organismo realiza para compensarlas.

La ingestión de agua, entonces evita la deshidratación y, por tanto, no se producirán

complicaciones derivadas de ella, pero debe tenerse cuidado, pues aunque el agua en condiciones normales no se acumula, en algunas enfermedades sí lo hace, y un exceso de líquido puede hacer que aparezcan edemas (hinchazón de una parte blanda del cuerpo) que harán aumentar la tensión arterial. De aquí la importancia de evitar alimentos con un exceso de sal, que favorece la retención de líquidos. Una forma práctica de cubrir estas necesidades de agua es beber durante todo el día cantidades pequeñas de agua aunque no se tenga sed.

Se puede obtener agua de diferentes modos:

- Agua y distintas bebidas.
- El agua de los alimentos (frutas, verduras, hortalizas, leche, yogures y pescado blanco).
- El agua que se produce con la digestión de azúcares.

2.13. Consejos de higiene alimentaria

- Se deben lavar las manos cuando se vayan a manipular los alimentos y antes y después de las comidas
- Colocar los productos de limpieza lejos de los alimentos.
- Evitar el consumo de alimentos enlatados que estén abollados, sucios, oxidados o que desprendan gas al abrirlos.
- No consumir carnes crudas, comidas precocinadas, recalentadas, moluscos sucios o con la concha rota. Tampoco frutas golpeadas o muy maduras.
- Los alimentos con moho deben desecharse por completo y no quitar sólo la parte mohosa.
- La cocción de las verduras debe hacerse con poca agua y previamente calentada.
- La leche que se consuma debe estar adecuadamente tratada.
- Un alimento que se descongele no debe ser congelado de nuevo.

Cualquier duda que tengan la persona mayor o su cuidador respecto a la alimentación debe ser consultada con el médico para no cometer errores que puedan perjudicar en mayor o menor medida a la salud del anciano.

Recuerde...

- Los factores fisiológicos, patológicos, socioeconómicos y psicológicos contribuyen a la malnutrición en la población mayor.

- Una adecuada alimentación debe cubrir las necesidades nutricionales y calóricas, siendo frecuentes los desequilibrios nutricionales por ignorancia, comodidad y hábitos erróneos.
 - Hay una disminución de la sensación de sed en las personas mayores. Esto influye en la importancia de una adecuada hidratación para el mantenimiento de la salud.
 - Para prevenir las enfermedades derivadas de la inadecuada manipulación e ingestión de los alimentos, es recomendable seguir los consejos de higiene alimentaria.
-

Higiene personal

3.1. Introducción

La higiene personal es de gran importancia en las personas mayores, debido a que su mantenimiento está directamente relacionado con la salud, ya que evita la aparición de determinadas enfermedades y, además, favorece el bienestar personal. La higiene personal incluye el aseo diario del cuerpo y el cuidado de la imagen, lo cual hace aumentar la autoestima del anciano.

La familia desempeña un papel primordial en la higiene de la gente mayor, debido a que ésta, en su gran mayoría, suele ser dependiente para realizar ciertas actividades básicas de la vida diaria, entre las que se encuentra el aseo personal. El entorno familiar deberá ser el encargado de fomentar los hábitos higiénicos, teniendo siempre en cuenta su intimidad y respetando sus costumbres personales, pero intentando, en todo momento, que estas tareas puedan ser realizadas con el mayor grado de independencia posible.

Habrà que prestar atención especial al aseo y cuidado de ciertas partes del cuerpo, como son: las manos, el cabello, los pies y la boca. De la higiene de cada una de estas partes se hablarà con mayor detalle más adelante.

3.2. Ducha, baño y baño en cama

El modo de realizar una correcta higiene depende en muchos casos de las características de cada persona y, sobre todo, de las características e infraestructura de la vivienda. Por ello, se citan a continuación tres posibles formas para el aseo personal del anciano, cuya elección podrá variar dependiendo de los recursos, del grado de dependencia y de las preferencias personales.

Los utensilios necesarios para el aseo personal serán comunes tanto en el baño

como en la ducha.

En todos ellos emplearemos:

- Jabón suave.
- Champú suave.
- Esponja.
- Toallas.

A éstos podrán sumarse otro tipo de productos, que no sólo contribuirán a una buena higiene, sino al bienestar y mantenimiento de su autoestima. Éstos son:

- Cremas hidratantes.
- Desodorantes.
- Colonias.
- Vestimenta adecuada.

3.2.1. Ducha

La única diferencia con el baño es que tiene una duración menor y es un sistema de aseo por arrastre.

La ducha es recomendable en aquellas personas mayores sin ningún tipo de problema para entrar, salir o mantenerse de pie en la ducha, pero también pueden ser aplicable a las personas que necesiten de la ayuda de otra persona para entrar, salir o mantenerse de pie durante el tiempo que dure la ducha.

En ambos casos:

- Debe utilizarse agua caliente para la ducha y terminar con agua un poco más fría.
- Coger la ducha teléfono y empezar pasando el agua por los pies y las piernas, e ir subiéndolo hacia arriba hasta llegar al pecho.
- Comenzar el enjabonado desde las zonas más limpias a las más sucias.
- No olvidar utilizar un champú suave para el aseo del cabello.
- Realizar un buen aclarado.
- El secado no debe realizarse frotando, sino aplicando pequeños toques, insistiendo en las regiones donde existan pliegues. Después del secado, puede aplicarse una crema hidratante cualquiera.

En el caso de que la persona mayor necesite ayuda, debe proporcionársele:

- Seguridad psicológica, pues la cuestión del baño/ducha representa para las personas mayores una actividad de riesgo, que les crea miedo y ansiedad.
- Seguridad física, mediante ciertos elementos de precaución como son:

- Alfombrillas de goma adhesiva, que evitan deslizamientos o caídas, al quedar fijadas al fondo de la bañera.
- Taburetes en los que se puede permanecer sentado dentro de la bañera mientras se le ducha.

3.2.2. Baño

El baño no sólo representa otro modo más de realizar la higiene corporal, sino que también contribuye a favorecer la relajación de la persona mayor y la estimulación de su circulación.

Está recomendado igualmente a mayores autosuficientes o que puedan necesitar alguna ayuda.

Las personas mayores que no son completamente independientes deben estar acompañadas en el baño. Se les ayudará a llegar al baño y, una vez allí deberán colocarse los soportes o mecanismos de seguridad que faciliten su independencia al máximo. Estos mecanismos de seguridad son:

- Asiento en bañera: es el más económico, fácil de colocar y bastante útil. Se puede adquirir en establecimientos comerciales.
- Agarraderas de bañera adaptables: para la entrada en la bañera y evitar posibles caídas.
- Alfombrilla de baño adhesiva.

Una vez que la persona mayor esté en el baño:

- Debe comprobarse que la bañera esté llena de agua al nivel adecuado.
- Se comprobará que la temperatura esté entre 38 °C y 39 °C introduciendo un termómetro en el agua o utilizando el codo para valorar que ésta esté caliente.
- No debe permanecer más de 15 minutos en la bañera.
- Después de lavarse bien con jabón, el último aclarado deberá darse con agua un poco más fría. De esta manera, se podrán cerrar los poros de la piel.
- A continuación, debe secarse perfectamente toda la superficie del cuerpo del modo descrito más arriba.
- Se hará hincapié en el secado de pliegues, como son:
 - Pliegues de las mamas.
 - Abdomen.
 - Ingles.
 - Ombligo.
 - Pliegue del prepucio.
 - Espacios entre los dedos (espacios interdigitales).

Con todo esto, se evitará la aparición de maceraciones (reblandecimiento

- de la piel), enrojecimientos y úlceras (heridas).
- Seguidamente se recomienda echar un poco de colonia suave y crema para hidratar la piel. Además, se puede aprovechar este momento para dar un buen masaje (que ayuda a reactivar la circulación).

3.2.3. Baño en cama

Está recomendado para personas que, por sí mismas, les es imposible realizar su aseo personal, bien por una inmovilización temporal o permanente.

Para realizar este tipo de baño se necesitará la ayuda de, al menos, dos personas.

Debe recordarse que una persona mayor tiene que lavarse todos los días, porque con ello se alivian dolores, se reducen molestias e incluso se calman picores.

Antes de comenzar se debe:

- Informar de lo que vamos a hacer.
- Preparar el material necesario:
 - 2 palanganas con agua a 37-38 °C.
 - Esponja desechable.
 - Jabón.
 - Toalla de baño.
 - Crema hidratante.
 - Colonia.
 - Peine.
 - Pijama.
 - Ropa de cama.
 - Cuña.
 - Guantes.
 - Funda de plástico para el colchón.
- Debemos guardar al máximo la intimidad de la persona mayor, de tal forma que nunca quede totalmente desnuda encima de la cama.

La ejecución del baño en cama es como sigue:

- Se le quita el pijama o camisón, guardando en la medida de lo posible su intimidad cubriéndole con una sábana.
- Se le lavará desde las zonas más limpias a las más sucias. El orden sugerido es:
 - Si está en decúbito supino (boca arriba), se empezará por la cara y se seguirá por el cuello, las orejas, los brazos, las axilas, el pecho, el abdomen, las piernas y, finalmente, los pies.
 - Si está en decúbito lateral (de lado), primero se lavará el cuello y a

continuación la espalda, las piernas y las nalgas.

- Después debe cambiarse el agua y colocar una cuña debajo de los genitales para poder asearlos con abundante agua. Debe lavarse de adelante hacia atrás.
- En la mujer encamada, al lavar los genitales, deberán retirarse bien los labios, enjuagando con un gran chorro de agua y también con un antiséptico. Seguidamente, secaremos de modo minucioso.
- En el hombre debe retirarse bien el prepucio y limpiar el glande con cuidado, sin dejar ningún tipo de suciedad (esmegma) en la zona, pues puede llevar a una posible infección del pene. Después, secaremos bien.
- Debe echarse crema hidratante corporal y, a la vez, dar masajes que estimulen la circulación en la piel y faciliten el retorno venoso.
- Se puede aprovechar para dar masajes en la espalda y hacer “clapping”. El “clapping” consiste en dar palmadas suaves y alternativas en la espalda (con la mano ahuecada en forma de cuchara) desde abajo, sin llegar más abajo de las costillas, hacia arriba, favoreciendo así que la persona expulse las secreciones de los bronquios, al desprenderse éstas de sus paredes por las vibraciones que producen las palmadas.
- Nunca debe olvidarse inspeccionar bien la piel, sobre todo en zonas de apoyo como talones, espalda, coxis o rabadilla. Si existe enrojecimiento en alguna de estas zonas deberá informarse a la enfermera o al médico del centro de atención primaria correspondiente.
- En último lugar, para hacer la cama con la persona mayor dentro de ella, se hará en el siguiente orden:
 - En primer lugar se colocará a la persona encamada en decúbito lateral (tumbado de lado) izquierdo o derecho.
 - Se quitarán las sábanas sucias llevándolas desde el borde de la cama hacia el encamado.
 - Se colocará la sábana limpia en ese lado del colchón que ha quedado descubierto, entremetiéndola primero por el cabecero de la cama y después por los pies, extendiéndola y dejándola bien estirada y sin ningún pliegue.
 - Seguidamente, se hará girar al encamado sobre sí mismo en decúbito lateral contrario al anterior, quedando sobre el lado del colchón cubierto por la sábana limpia que acabamos de colocar.
 - Se procede, entonces, a quitar todas las sábanas sucias y a estirar las limpias, entremetiendo y tirando de las mismas con firmeza, pues una arruga en la cama puede originar una úlcera por presión.

3.2.4. Técnica del lavado de cabeza

Esta técnica tiene varios objetivos:

- Conservar limpio el cabello.
- Ofrecer comodidad.
- Activar la circulación en el cuero cabelludo.
- Mejorar la imagen que la persona mayor tiene de sí misma.
- Prevenir la aparición de parásitos.

El lavado de cabeza de un encamado se hará de la siguiente manera:

- Debe ponerse en el borde de la cama y también, si se puede, en el borde de la cabecera.
- Para poder mojar y aclarar bien el cabello, es preciso un plástico o hule que sirva de embudo, que lleve el agua hacia un cubo.
- Se colocarán torundas de algodón en los oídos que eviten la entrada de agua en los mismos.
- Se echará el agua caliente sobre la cabeza poco a poco. Seguidamente, con el champú, friccionearemos el cuero cabelludo y el cabello. A continuación, se aclara perfectamente.
- Una vez lavado, se seca bien con secador y se peina a la vez. Hay instrumentos para peinar específicamente a personas con ciertas enfermedades incapacitantes, por ejemplo: peines con mangos largos, con los que se podrá estimular a estas personas para que se peinen ellas mismas diariamente.
- En caso de encontrarse parásitos, debe aplicarse una loción antiparásitos.

3.3. Afeitado

- No debe olvidarse a aquella persona mayor que tiene por costumbre afeitarse todos los días. El cuidador deberá afeitarlo para proporcionarle mayor bienestar.
- Se le afeitará con máquina eléctrica o con maquinilla manual.
- Si el mayor se vale por sí mismo, se le darán los útiles que necesite (maquinilla, espuma, agua y loción) para que lo haga él mismo.
- Si el inconveniente que hay es que le tiemblan las manos, se le posibilitará una máquina eléctrica.
- Si ninguna de las dos formas pueden ser llevadas a cabo, el cuidador le afeitará dándole después loción con las palmas de las manos en pequeños toques.

3.4. Depilación

- Si la mujer está acostumbrada a depilarse varias partes del cuerpo, se le

- proporcionará los útiles necesarios, como, por ejemplo, crema depilatoria.
- Si ella se ve imposibilitada, la depilación la realizará el cuidador.

3.5. Higiene bucal

- Debe realizarse la higiene bucal tantas veces como sea necesario, y en concreto, después de cada comida.
- Se animará a la persona mayor para que realice por sí misma el cepillado dental.
- Si está incapacitado, se realizará del siguiente modo:
 - Las cerdas del cepillo deberán ser rígidas para que pueda activar la circulación sobre las encías y eliminar los residuos alimenticios.
 - Deben cepillarse en la dirección que crecen los dientes, siguiendo al mismo tiempo un giro de izquierda a derecha por toda la dentadura. Con los molares debe hacerse un movimiento de barrido hacia fuera.
 - No debe olvidarse hacer las maniobras anteriores en la cara posterior de los dientes (tanto superiores como inferiores).
 - Debe evitarse el daño a la mucosa de las encías.
- Si la persona mayor lleva prótesis dental:
 - Debe sacársela de la boca y realizar una limpieza de arrastre de partículas y cepillado de las encías.
 - Para sacar la prótesis, si el anciano no puede, se hará de la siguiente manera:
 1. La placa superior se sostiene por un efecto de vacío o ventosa. Se cogerá la dentadura moviéndola hacia arriba y hacia abajo con suavidad para romper dicho sello de vacío. Una vez roto podemos extraer la placa superior.
 2. La placa inferior no tiene sello de vacío, y sólo con levantarla suavemente podremos extraerla.
 3. Para limpiar la prótesis se utiliza un polvo especial y un cepillo: la placa superior se limpiará con cepillado descendente y la inferior con cepillado ascendente.
 4. También se pueden colocar en un vaso o recipiente con un antiséptico.
- En la persona mayor inconsciente:
 - Se le colocará en decúbito lateral.
 - Se humedecerán unas gasas con una solución antiséptica (por ejemplo: clorhexidina).
 - Después se limpiará el interior de la boca: paladar, cara interna de las

- mejillas, encías, lengua y dientes, cambiando las gasas con frecuencia.
- Seguidamente se secará bien y se le puede poner una loción hidrosoluble sobre los labios, por ejemplo, vaselina.

3.6. Cuidado de las manos, uñas y pies

Debe realizarse un examen cuidadoso de las manos y los pies: observar el estado de la piel y las uñas, inspeccionar los dedos y examinar su movilidad, y también se observarán las zonas interdigitales. Equipo necesario: cortaúñas, tijera y limas; palangana y agua; toalla; crema hidratante, y si se precisa: vaselina y calcetines (también pueden servir unas vendas).

Los pies son especialmente vulnerables a infecciones y requieren un cuidado especial, sobre todo en personas mayores encamadas.

- Tanto los pies como las manos se mantendrán limpios introduciéndolos en una palangana con agua a 37 °C.
- Se secarán bien, sobre todo entre los dedos, así se prevendrá que alberguen micro-organismos, en especial, hongos.
- Seguidamente se aplicará crema hidratante, y así se evitará la formación de grietas en la piel.

En reposos prolongados en cama, se pueden producir acúmulos de capas de piel en pies y manos. Esto supone, además, tener ciertas zonas de presión, en especial en los pies. Por eso que resulta de gran importancia protegerlos, para que el peso de la ropa no cambie su posición natural y evitar también las úlceras por presión.

Si se producen acúmulos de piel que no se pueden retirar, debe extenderse vaselina y proteger con vendas. De esta manera se irán desprendiendo por sí solos.

Las uñas de los pies se observarán en cada lavado, y se limarán o cortarán según necesidad. Para evitar deformaciones, se deben cortar en línea recta, sin que queden demasiado cortas, y si es necesario, se limarán.

Las uñas de las manos se limpiarán, se limarán o cortarán según necesidad y respetando el gusto de la persona mayor.

En caso de tener callos u otras deformidades en los pies, se aconseja acudir al podólogo.

3.7. Ojos

Los ojos de una persona mayor encamada requieren lavados frecuentes con suero fisiológico (también puede realizarse con manzanilla). Se pueden echar unas gotas de suero en unas gasas (lo más estériles o limpias posible) y se pasarán con cuidado por los párpados, arrastrando la suciedad de los mismos.

3.8. Oídos

Deberá observarse si los oídos secretan demasiado cerumen. En este caso, se avisará al servicio de asistencia a domicilio del centro de atención primaria o se acudirá al especialista para proceder a su extracción.

Deben lavarse todos los días, e incluso se puede usar bastoncillos para quitar la suciedad del pabellón auditivo o para secar la entrada del conducto auditivo. Es conveniente no introducir demasiado estos bastoncillos, ya que esta acción favorece el empuje de cerumen al interior del conducto auditivo y la formación de tapones.

<i>Recuerde...</i>

- La higiene personal es de gran importancia en las personas mayores: puede evitar la aparición de determinadas enfermedades y, además, favorece su bienestar. La higiene personal no sólo incluye el aseo diario del cuerpo, sino también el cuidado de la propia imagen. Intente, en todo momento, que estas tareas las realice la persona mayor con la mayor independencia posible.
 - Respete siempre la intimidad y las costumbres personales de los mayores.
 - Si la persona mayor necesita ayuda, debe proporcionarle seguridad psicológica, disminuyendo su miedo, además de seguridad física, mediante medidas de seguridad (alfombrillas de goma, taburetes dentro de la bañera o agarraderas adaptables).
 - El baño en cama está recomendado para personas que les es imposible realizar su aseo personal por estar inmovilizadas. Si baña a la persona mayor de esta manera, hágalo con ayuda. Nunca olvide hacer una inspección exhaustiva de la piel. Informe a la enfermera o al médico de enrojecimientos o lesiones.
-

El vestido en la persona mayor

4.1. Introducción

Es muy importante para la persona mayor seguir vistiéndose bien y a su gusto, para así mantener su imagen personal y aumentar su autoestima. Además, es un factor importante el vestirse solo siempre que esta persona pueda, porque así continúa valiéndose por sí misma y aumenta su autonomía, y con ello su satisfacción, porque se siente mas útil. Por eso debemos facilitarle esta tarea y adecuar la ropa a las características de la persona mayor.

4.2. Material del que está confeccionado la ropa

El material de la ropa debe ser ligero, que no provoque reacciones alérgicas y que sea fácil de lavar, a esta edad la piel es muy sensible y son frecuentes las reacciones alérgicas. Además las personas mayores tienen problemas de incontinencia urinaria y fecal, de dificultad al comer, con lo que es más fácil que se ensucie.

La ropa interior, como son los calzoncillos, las bragas, las camisetas, etc., deben ser de algodón porque evitan las reacciones alérgicas y se absorbe el sudor.

En el caso de las mujeres, debe evitarse el uso de medias con liga o de medias con una goma apretada, ya que comprime los vasos sanguíneos de la circulación de la pierna y dificulta el retorno de la sangre venosa al corazón, por lo que en los pies se forman edemas, apareciendo las piernas hinchadas y algunas veces doloridas, que además favorecen la aparición de varices. También los hombres deben evitar el uso de calcetines apretados, por la misma razón.

Para evitar esto es mejor usar leotardos o “pantys” en invierno y calcetines en verano. Tampoco es aconsejable ponerse medias o leotardos todo el año (salvo que

exista indicación médica) porque producen mucho calor en las piernas y puede aparecer de nuevo el edema.

Tampoco es aconsejable usar mucha ropa porque tienen más dificultad para vestirse. Además aumenta el sudor, que puede producir irritación de la piel o agravar alguna patología o enfermedad de la piel si la hubiere.

4.3. Dificultad para vestirse

Muchas veces las personas mayores no tienen dificultad para vestirse y, por tanto, sus ropas son normales y no necesitan ningún cambio en ellas. En cuanto al color, debemos animar a los mayores a olvidar la ropa negra y a vestirse como quieran.

A pesar de que muchos mayores pueden vestirse sin ningún problema, otros, sin embargo, tienen dificultades. Esto está causado muchas veces por enfermedades típicas de la edad, como la artrosis y la artritis, que hacen que sea más difícil el movimiento de los dedos y de las manos. Por esta razón, la dificultad aumenta en cosas tan sencillas como abrocharse los botones.

Para estos casos, y para personas que tienen pérdida de la sensibilidad o de la movilidad de los dedos (a consecuencia, por ejemplo, de un accidente cerebro-vascular), está muy recomendado el uso del velcro. El velcro consiste en dos tiras de nylon que, al unirse, quedan pegadas, uniendo las dos partes de la ropa con firmeza. Después es muy fácil de despegar simplemente tirando. Los hay de varios colores y tamaños y se pueden ajustar a cualquier tipo de prenda. Hay que tener cuidado con las prendas que sueltan mucha pelusa, ya que pueden adherirse al velcro e impedir que este quede bien unido.

Puede lavarse en la lavandería o con cualquier tipo de ropa, pero siempre con las dos partes del velcro pegadas para que así no se pegue pelusa y dificulte la unión de las dos partes posteriormente.

La forma de colocación es variable. Puede ser pegado o cosido, siendo ésta es una tarea difícil por lo que deberá ser ayudado por su familia ([figura 4.1](#)).

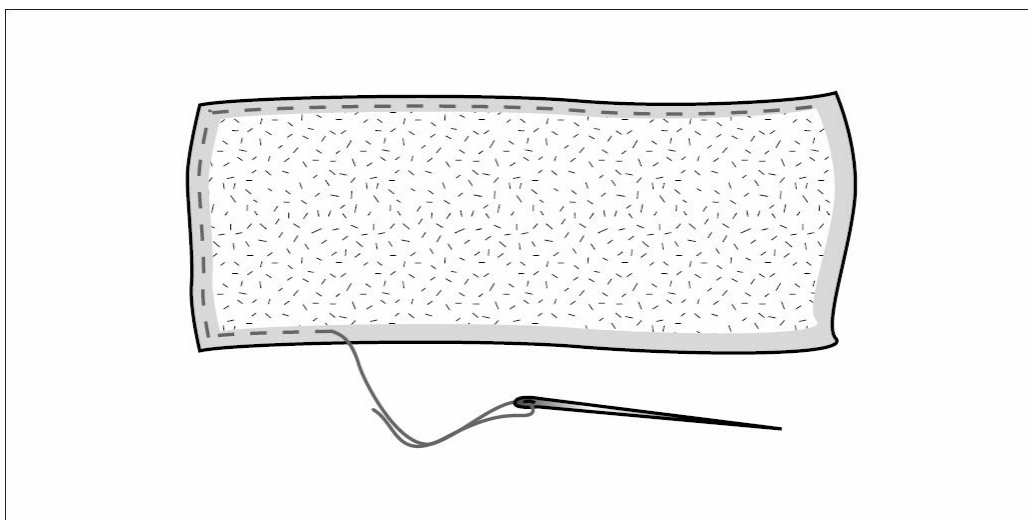


FIGURA 4.1.

El velcro tiene dos tiras de tejidos diferentes, una de ellas más suave y la otra con una especie de pequeños pinchos. Ninguna de las dos tiras debe estar en contacto con la piel porque la pueden irritar y pueden producir reacciones alérgicas por ser de nylon o porque la cara aspera es muy irritante. Es aconsejable que la parte suave del velcro se pegue a la parte de la prenda que tiene más posibilidad de tocar la piel ([figura 4.2](#)).

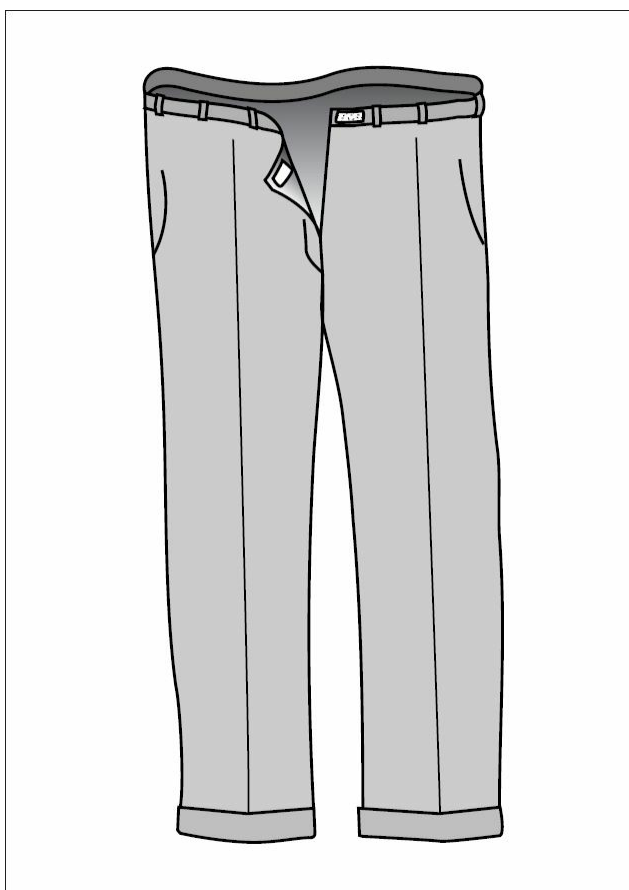


FIGURA 4.2.

El velcro puede ser usado como sustituto de botones, cremalleras, etc. A continuación se dan unas ideas (figura 4.3).

El velcro nunca debe ser usado en mayores que se pasan el día en la cama o sentados porque pueden producir úlceras por presión. Pueden utilizarlo en personas más o menos activas.

Otras medidas que pueden ayudar a la persona mayor es el uso de cremalleras y corchetes en lugares accesibles a ellos.

- Los corchetes del sujetador deben colocarse en la parte delantera, o también puede ir unido con una tira de velcro.
- Los trajes deben tener las cremalleras en lugar visible y de fácil acceso.
- Si ya tiene ropa con la cremallera en lugares difíciles, se puede atar un pequeño cordel a ésta para que se pueda tirar mejor de ella.
- Puede usar cremalleras para la parte inferior de los pantalones, para ubicar en esa zona, lo mejor posible, los sistemas recolectores de orina. Esta medida ayuda a la persona mayor a dar una mejor imagen a los demás y a disimular su problema.

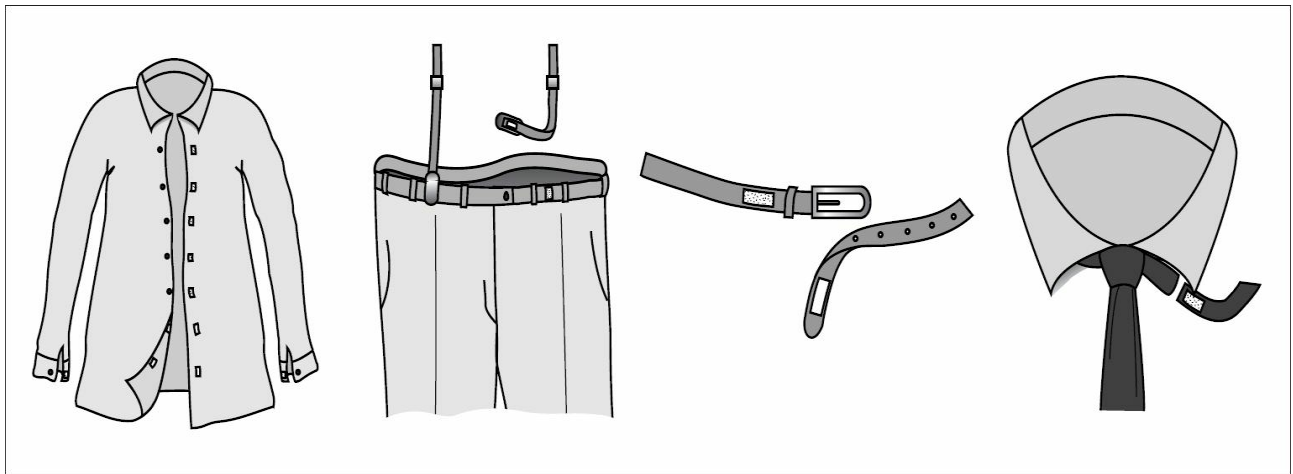


FIGURA 4.3.

Algunas de las personas mayores pueden tener problemas al vestirse porque sean hemipléjicas o no puedan mover una parte de su cuerpo. Cuentan con varias ayudas a la hora de vestirse:

- Vestir primero el lado afectado.
- Vestirse en posición sentada.
- Si es una chaqueta, que es más difícil de poner que unos pantalones, pueden utilizar su bastón para atraer hacia sí la manga del lado que puede movilizar,

- cuando ya se ha metido la del lado inmóvil. Así se puede vestir fácilmente.
- Comprar prendas que sean fáciles de poner.

4.4. Personas mayores encamadas

Estas personas mayores tienen que ser vestidas por la familia o los cuidadores, porque ellas mismas no pueden hacerlo. Para facilitar la tarea, podemos usar camisones de algodón como el del dibujo (figura 4.4).

Siempre introduciremos primero el lado mas afectado y luego el resto.

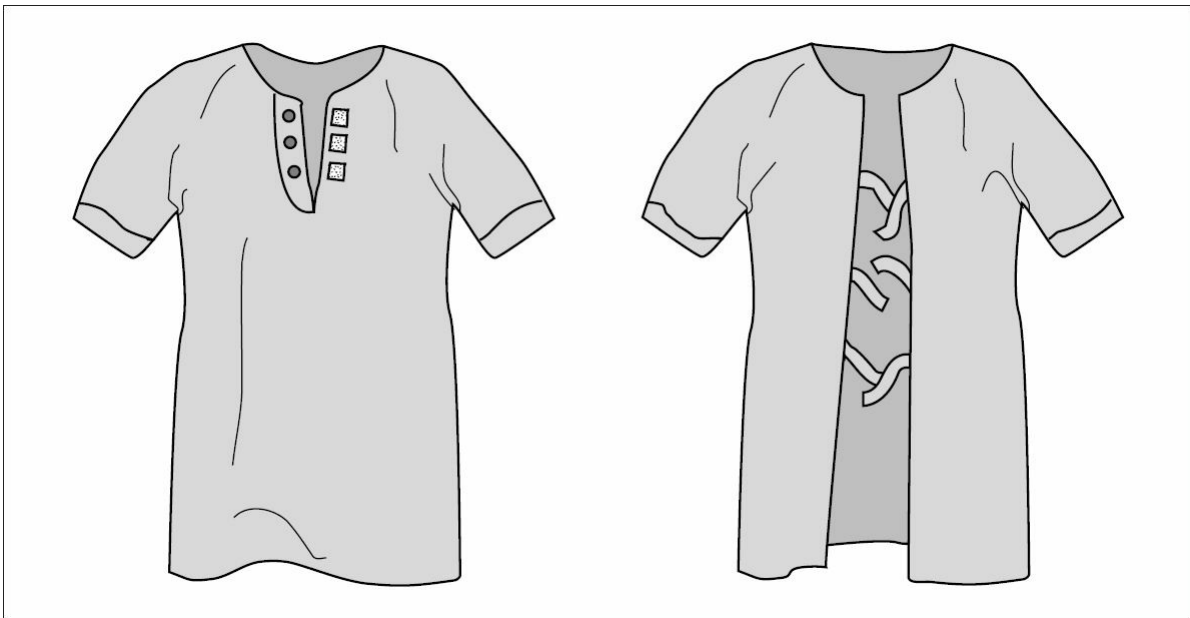


FIGURA 4.4.

Recuerde...

- La persona mayor debe seguir vistiéndose a su gusto, para conservar su imagen personal y aumentar su autoestima. Además, es un factor importante el vestirse solo siempre que ella pueda. Cuando esto no sea posible, deberán ser ayudadas por los cuidadores.
 - El material de la ropa debe ser ligero, que no provoque reacciones alérgicas y que sea fácil de lavar.
 - Para las personas que tienen problemas para vestirse, se recomienda el uso del velcro, cremalleras y corchetes en lugares accesibles.
-

El descanso

5.1. ¿Qué función tiene el descanso en la persona mayor?

El descanso es un aspecto fundamental en la vida diaria de cada persona; por tanto, en la persona mayor resulta también importante cuidarlo y procurarlo, teniendo además en cuenta sus características en esta etapa de la vida.

Mientras se produce el descanso, se combina el estado de reposo, es decir, quietud en relación al medio, con una gran actividad del cerebro que conduce a reparar y preparar todos los sistemas del organismo para el día siguiente.

Cuando se duerme se realizan diferentes ciclos del sueño y cada uno se compone de estas fases: *a)* Fase 1: conciliación del sueño; *b)* Fase 2, 3 y 4, que van sucesivamente creciendo en profundidad, y *c)* Fase llamada REM o MOR (movimientos oculares rápidos), en la que se producen los sueños.

En las fases 3 y 4 se logra recuperar la fatiga muscular y en la REM se recupera la función psíquica (desaparece la fatiga mental).

5.2. ¿Qué características tiene el sueño en la persona mayor?

- Por lo general hay una tendencia en los mayores a aumentar el tiempo total de sueño, aunque hay grupos que duermen nueve horas y otros cinco horas.
- Las fases 3 y 4 del sueño suelen ser menores, y se traduce en una disminución del sueño recuperador mental. Este fenómeno es más pronunciado en hombres que en mujeres.
- Suele presentarse un aumento de somnolencia y adormecimiento durante el día.
- También aumentan las dificultades en conciliar el sueño pero cuando se logra,

enseguida se entra en las fases anteriormente dichas.

Todas estas características, en muchas ocasiones, llevan a la persona mayor a sufrir insomnio, bien por no dormir tiempo suficiente (y entonces se encontrará durante el día somnoliento, falta de reflejos, con la cabeza embotada y dificultades en la concentración), o bien falta de calidad en el sueño, que le llevará a un estado de fatiga general, irritabilidad y decaimiento.

Existe una serie de problemas físicos que van a causar una afectación del sueño, como son las enfermedades pulmonares con tos y dificultad respiratoria, enfermedades que cursen con molestias en las piernas, dolor abdominal o torácico que se produce por acidez gástrica o úlcera (durante el sueño aumenta la secreción gástrica), orinar durante la noche, algún tipo de fármaco (por lo que conviene consultar este aspecto con el médico y atender la pauta de medicación de la orden terapéutica y el prospecto de la medicación), etc.

También hay una serie de trastornos del sueño cuya incidencia aumenta con la edad: como la *apnea del sueño* que consiste en uno o varios ceses momentáneos de la respiración durante el sueño. Hay diversos tipos, como la apnea obstructiva, cuyo mecanismo de producción es una relajación de la musculatura de la parte superior del tracto respiratorio, o bien la *apnea central*, que se debe a una afectación a nivel central de los centros respiratorios. También se pueden combinar los dos tipos anteriores.

Este trastorno puede agravar la situación a enfermos que ya tengan dificultad respiratoria, o bien favorecer otras enfermedades como hipertensión arterial, deterioro de la función cerebral, sueño diurno, etc. Este trastorno se agrava si se asocia al consumo de alcohol y psicofármacos.

Otro trastorno lo constituyen las mioclonías nocturnas de las piernas, que consisten en movimientos bruscos, que duran varios segundos, de flexionar y extender las piernas; suelen relacionarse con enfermedades metabólicas, como la diabetes, o neurológicas.

5.3. ¿Qué se puede hacer para dormir mejor?

Existen diversas medidas que permiten a la persona mayor dormir mejor, y se estructuran en tres bloques sucesivos para realizar.

5.3.1. Medidas de higiene del sueño

Son muy importantes para un buen descanso y su hábito será en muchos casos suficiente para lograrlo. Algunas de éstas son:

A) Habitación

En la medida de lo posible, debe tener suficiente espacio y ser la que se utiliza habitual-mente (porque si no, puede desorientarse). Debe ser silenciosa (sin ruidos de coches, ni de vecinos, etc.), tranquila y acogedora. También es necesario que esté bien ventilada (al menos durante cinco minutos al día, sin la persona mayor en la habitación para evitar que permanezca en la corriente de aire) y que asegure un buen nivel de oxígeno durante la noche (así, por ejemplo, no es bueno la presencia de plantas durante la noche, porque su ciclo fisiológico indica que consumen oxígeno por la noche). Es básico que exista un sistema de luz de referencia para la persona mayor, que lo conozca y esté a su alcance, para que, si necesita levantarse en la noche, nunca lo haga a oscuras, ya que si se unen el estado de somnolencia y la desorientación, pueden procar una caída. la iluminación general durante la noche debe ser la menor posible.

También debe tener la habitación una temperatura adecuada, ni excesivo calor, ni excesivo frío, unos 18-20 grados, y correcto grado de humidificación (es decir, algo de humedad en el ambiente, que se puede lograr con una simple cazuela de agua en la habitación).

B) Comidas

No deben ser muy copiosas, ni abundantes en grasas, sobre todo las cenas, porque puede conllevar una difícil digestión. Tampoco debe consumir alcohol en exceso.

C) Horas previas a acostarse

Evitar excitantes tres horas antes (bebidas, programas televisivos, conversaciones emotivas, noticias importantes, etc. Seguir la pauta de medicación prescrita, intentando no alterar el tiempo del sueño (por ejemplo, no tomar los diuréticos justo antes de acostarse, etc.). Realizar actividades relajantes antes de dormir, como escuchar música, un baño de agua templada, leer algo fácil y distraído, etc. Hacer ejercicio suave al atardecer.

Recién cenado o con hambre, no acostarse. Mejor es tomar una merienda-cena más fuerte, y a la hora de acostarse, un vaso de leche templada. Procurar mantener la misma rutina en los hábitos todos los días, así como mantener los horarios de levantarse y acostarse.

D) La cama

La cama ha de ser adecuada, con muelles en buen estado o de látex. La almohada debe permitir una colocación adecuada del cuello, sin forzar su postura (una mala posición del cuello puede acarrear al día siguiente un fuerte dolor y mareos). Las sábanas deben evitar el cizallamiento (un roce excesivo puede originar heridas, úlceras, etc.), por

lo que no deben ajustarse en exceso a la cama. Es preferible que sean de algodón.

La cama también debe tener, en ocasiones, medidas de seguridad como barandillas laterales y frenos, dependiendo del problema fisiológico o psíquico que tenga el mayor. A veces requiere moduladores de elevación en la inclinación de la cama (así por ejemplo, en una persona mayor con el retorno venoso difícil, debemos mantenerle los pies elevados 15 grados sobre la horizontal de la cama). También hay que tener en cuenta la necesidad de varias almohadas, como se indica en el capítulo de úlceras por la presión.

Es necesario ser consciente que la postura corporal en la cama tiene que cambiarse como mínimo cada dos horas, para evitar las zonas de presión y posteriores heridas (si la persona mayor no puede movilizarse por sí misma en la cama, habrá que ayudarle en esta labor).

5.3.2. Medidas conductuales

En caso de no conciliar el sueño en la cama o comienza a dar vueltas, es preferible levantarse de inmediato, tantas veces como suceda esto, y hacer alguna actividad suave y relajante, que permita volver a coger el sueño. Del mismo modo, es conveniente que la persona mayor conozca medidas de autorrelajación (respiraciones profundas, ir relajando las partes de su cuerpo, abstraer el pensamiento en algo agradable y suave, etc.).

También es importante que la persona mayor crea en el ritmo fisiológico del sueño, que se produce aun sin haber podido hacer el paseo diario o similares; simplemente con un razonamiento sencillo, se alivia la angustia que estas cuestiones pueden originarle.

Del mismo modo, para mejorar la ansiedad que amenaza su sueño, es fundamental mantener una buena comunicación con el mayor; que exprese sus emociones y descargue sus preocupaciones, afronte las situaciones de tensión y, por parte de la familia y cuidadores, evitarlas, ya que el mayor es un componente más de la familia y requiere incluso mayor comprensión que el resto de los miembros.

5.3.3. Medidas farmacológicas

En último grado de la escala, se emplean estas medidas, *siempre* bajo estricto control médico. Se suelen emplear benzodiacepinas de acción intermedia y así se evita el gran riesgo de caídas (riesgo que hay que tener siempre presente) y los trastornos psicomotores. En muchas ocasiones tienen efectos no deseados de rebote (insomnio) o agitación. Por todo ello, por su importancia y por su complejidad, sólo el médico controlará estas medidas. Son mejores los inductores del sueño no benzodiazepínicos (zolpiden, zopiclona) porque producen menos efectos secundarios. Hay que evitar siempre fármacos como barbitúricos, meprobromato, hidrato de cloral o antihistamínicos, por ser sus efectos secundarios más graves.

5.4. ¿Cuándo acudir al médico?

Es necesario acudir al médico si después de las medidas higiénicas y conductuales, el sueño de la persona mayor no alcanza cuatro horas o necesita más de diez horas. También si se percibe que sufre apnea del sueño (por su importantísima repercusión), insomnio, mioclonías nocturnas, nicturia (orinar por la noche) u otras molestias físicas que no le permitan su ritmo de descanso.

En caso de pesadillas hay que recordarle a la persona mayor su carácter transitorio e intentar solventar el motivo de la inquietud.

Recuerde...

- En general, las personas mayores tienen reducidas el sueño profundo y tienen un mayor número de despertares durante la noche que las personas jóvenes.
 - Deben cuidarse los factores ambientales para favorecer la conciliación y mantenimiento del sueño.
 - Los fármacos deben tomarse SIEMPRE por prescripción médica y debe existir un seguimiento médico de la eficacia de la medicación.
-

Prevención de accidentes domésticos

6.1. Introducción

La persona mayor es un miembro más, en toda la amplitud del término, dentro de la familia. Necesita participar en la vida familiar, integrarse en el grupo al que pertenece, realizar sus encargos y tareas, participando en ellos día tras día. De nada le sirve estar sano si no tiene esta posibilidad de mantenerse activa: la familia no debe negársela en situaciones normales.

Sin embargo, el envejecimiento supone, fisiológicamente, una disminución de la capacidad auditiva y visual y, en algunos casos, también del equilibrio, que hacen más vulnerable a la persona mayor ante una serie de condiciones del hogar (mobiliario, objetos, insalubridad, etc.).

Por tanto, es importante conjugar la autonomía y bienestar de la persona mayor con un hábitat seguro, sin barreras arquitectónicas, ni riesgos, que son las principales causas del gran número de caídas y quemaduras que sufre la persona mayor en el hogar. Estos accidentes son, a su vez, una importante causa de incapacidad, a veces de lenta recuperación o permanente dependencia.

Desde una planificación de un hogar seguro en el momento de la jubilación, hasta las precauciones que se señalan más adelante, se intentará en el presente capítulo resaltar la importancia de prevenir accidentes, con un hogar seguro, sencillo y sin riesgos, y, también facilitar apoyo para la autonomía, bienestar y participación de la persona mayor en la vida familiar.

6.2. Prevención en la cocina

En primer lugar, conviene señalar el peligro que supone una superficie deslizante o

una alfombra en relación con una posible caída (que es el resultado de la interacción de la persona y el medio). El suelo deberá ser lo más seguro posible, y, al limpiarlo cada día, se utilizará poca cantidad de agua y una fregona absorbente. Si se derrama cualquier líquido en el suelo, no se debe colocar un paño encima y dejarlo para que lo absorba, sino que se pasará la fregona absorbente de modo inmediato y se dejará que se seque. Todo el instrumental para barrer, recoger o fregar la cocina conviene que tenga mango largo para evitar agacharse.

También deberá mantenerse la situación habitual de los productos de cocina, procurando que los cáusticos como la lejía y similares no los utilice la persona mayor ni estén a su alcance. A veces es necesario guardarlos bajo llave, para evitar equivocaciones o daños involuntarios.

Por el contrario, los ingredientes de la comida deben estar al alcance de la persona mayor y debe procurarse que sean identificables, por ejemplo, con rótulos en letra grande y clara. Lo ideal es que los alimentos y utensilios de cocina se coloquen en el orden en que la persona mayor esté habituada a tenerlos y permanezcan siempre en el mismo sitio y a su alcance, sin tener que subirse a ningún sitio para cogerlos.

A la hora de cocinar debe extremarse el cuidado en la apertura y cierre de la llave del gas:

- Colocar un cartel a la vista de la persona mayor (próximo al la llave) que recuerde esto.
- Impedir el manejo del gas a una persona mayor con demencia.
- Se puede facilitar el encendido con mecheros eléctricos; en este sentido es mejor el uso de microondas (sin que esto suponga cocinar sólo congelados) o placas vitrocerámicas.

Todos los electrodomésticos deben ser de uso sencillo, como, por ejemplo, lavadoras de carga superior para no agacharse (conviene tener en su proximidad un breve listado de instrucciones, aunque lo use también el resto de la familia: para la persona mayor será un apoyo e incentivo para su utilización). No debe olvidarse que la mejor manera de favorecer la salud física y mental de la persona mayor es proporcionarle una vida activa y con un punto de apoyo en la familia. Será, pues, muy positivo que ayude y se responsabilice de labores domésticas.

Respecto a los cubiertos, los hay con mangos especiales, vasos de plástico, protecciones en los platos, etc., que permiten una autonomía a la persona mayor que tenga dificultades para comer sola. También hay bandejas y plásticos antideslizantes que fijan el plato a la mesa, evitando su caída en caso de que sufra temblores.

Por último, hay que señalar que las sillas de la cocina deben tener respaldo para apoyarse y mantener la espalda recta cuando la persona mayor esté sentada. No deben usarse taburetes. Conviene que los muebles no tengan los extremos en pico, sino redondeados. También debe existir una ventana para abrirla tras cocinar y que ayude a la extracción de humos o al secado del suelo.

6.3. Prevención en el cuarto de baño

El cuarto de aseo es uno de los lugares de la casa donde más fácilmente se pueden producir accidentes.

Un suelo húmedo y resbaladizo puede producir una caída que origine lesiones al golpearse contra algunos de los elementos del baño. Por eso es recomendable colocar un suelo antideslizante, que puede ser de goma, polibán o algún tipo de plaqueta rugosa que impida el deslizamiento. En cuanto a la utilización de alfombrillas, éstas deben ser de plástico y estar provistas de ventosas que se adhieran al suelo para que no resbale.

Dentro de la ducha y/o bañera también se pondrá un suelo antideslizante que ha de ocupar toda la superficie utilizable de la misma. En la ducha es muy práctica también la colocación de un asiento abatible, que en casos de inestabilidad dará al mayor más seguridad. Los asideros de seguridad, descritos en el capítulo de este libro dedicado a prótesis y sillas, disminuyen el riesgo de caídas por tener el mayor un punto de apoyo con el cual sostenerse en caso de pérdida de equilibrio. Los jabones, las toallas, etc., han de colocarse en lugares de fácil acceso para evitar pérdidas de equilibrio (figura 6.1). Respecto a la temperatura del agua en la ducha o baño, no conviene que esté por encima de los 38 °C a 39 °C (para prevenir quemaduras) ni por debajo de 30 °C. Esto se puede comprobar con un simple termómetro de agua.

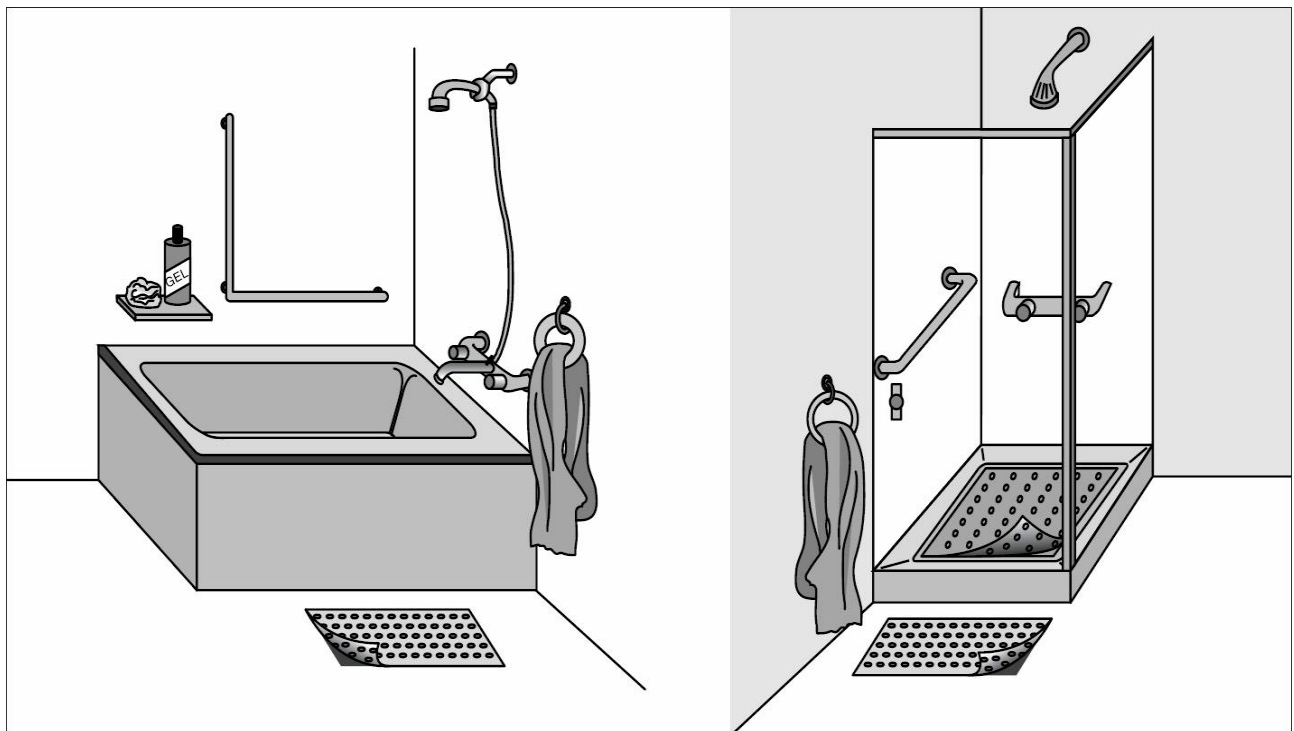


FIGURA 6.1.

6.4. Prevención en el pasillo

En el pasillo, el principal método de prevención de accidentes consiste en quitar cualquier objeto que dificulte el paso como, por ejemplo, macetas. La colocación de un pasamanos, al menos, en una de las paredes del pasillo, puede ser de gran utilidad para las personas mayores, porque les dará apoyo y seguridad. Si existen escaleras, el pasamanos es imprescindible y en el borde del escalón habrá que colocar una tira de material rugoso antideslizante para evitar resbalones (figura 6.2).

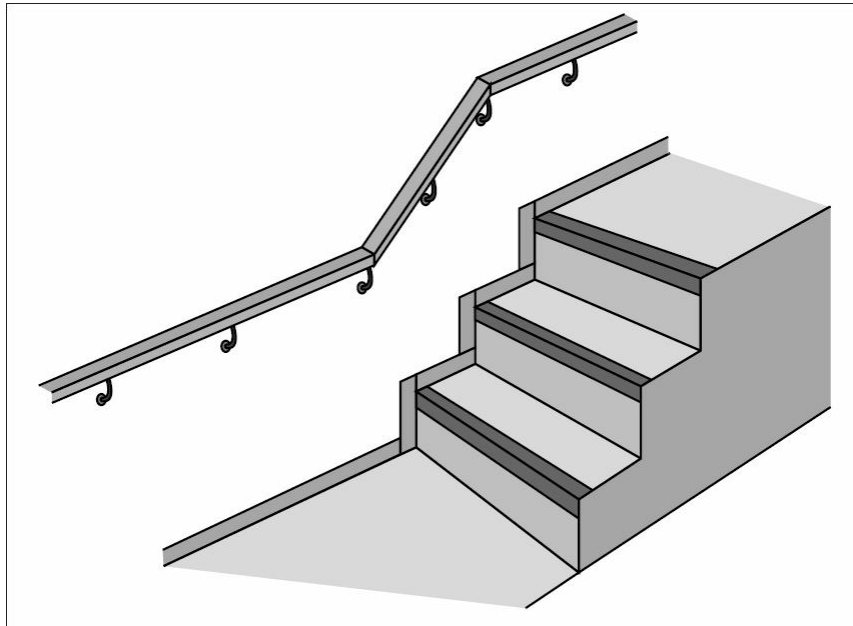


FIGURA 6.2.

6.5. Prevención en las habitaciones (dormitorios, cuarto de estar, etc.)

La habitación adecuada debe ser ante todo sencilla. En primer lugar, señalaremos de nuevo la importancia de un suelo antideslizante, evitando poner alfombras. No deberá tenerse ningún objeto por el suelo: las zapatillas deben dejarse siempre en la cabecera o a los pies, cuando se acueste. Conviene además que la habitación esté insonorizada, es decir, con el mínimo ruido posible, para que el descanso sea adecuado. Además, debe tener un fácil acceso al baño. No debe haber en el cuarto objetos que puedan estorbar el paso.

La cama no debe ser muy alta y tiene que poseer frenos (unos simples tacos de goma bastan); el colchón será de buena calidad. A su cabecera debe tener una mesilla con un sistema de referencia de luz para la noche (llave de luz), por si se tiene que levantar, y con otros objetos que necesite la persona mayor (dentadura, vaso de agua, etc.).

El armario o mueble de la ropa debe estar en un lateral de la habitación, de tal forma que no estorbe el camino básico de la persona mayor, por ejemplo, hacia el baño.

Debe tener los extremos romos, en punta redonda, o con protecciones, para evitar cortes en caso de caída.

La temperatura debe ser adecuada, evitando corrientes de aire y cambios bruscos de temperatura. Las estufas son peligrosas, sobre todo si las maneja una persona mayor con discapacidad física o mental. Los braseros nunca deben usarse por riesgo de intoxicación por monóxido de carbono. Con calefacción central, es preferible llevar una prenda de abrigo antes de empezar a sentir calor. Es útil el uso de humidificadores, y muy discutido el beneficio del aire acondicionado. Es preferible que exista una ventana para la correcta ventilación de la habitación, pero que, de igual manera durante la noche, permita que la luminosidad sea mínima o nula a través de ella.

Recuerde...

- La persona mayor debe participar en la vida familiar. No le niegue la posibilidad de actividad en situaciones normales. Sin embargo, el envejecimiento trae consigo una disminución de diversas capacidades que hacen más vulnerable a la persona mayor ante las condiciones del hogar. La prevención asegura una reducción en el número de accidentes que puede sufrir la persona mayor en el hogar.
 - El suelo debe ser lo más seguro posible. Evite superficies deslizantes, alfombras y muebles en la habitación que estorben el paso. Retire objetos del suelo que puedan provocar tropiezos y caídas.
 - Coloque las cosas que la persona mayor utiliza con mayor frecuencia siempre a su alcance.
 - Impida que la persona mayor que posea alguna discapacidad física o mental maneje electrodomésticos que entrañen riesgos en su uso.
-

Alteraciones de la temperatura corporal en las personas mayores

7.1. Introducción

La temperatura corporal es el equilibrio entre el calor que produce el organismo y su pérdida. La temperatura normal es de 36 °C a 37 °C medida en la axila, aunque es medio grado más alta si se toma en el recto o en la boca. No obstante, la temperatura corporal puede sufrir pequeños cambios, que son normales en las siguientes circunstancias:

- A lo largo del día; de madrugada, la temperatura puede ser de 36,4 °C, y puede alcanzar los 37,5 °C en las últimas horas de la tarde-noche.
- Durante el ejercicio físico y tras las comidas copiosas aumenta la temperatura corporal.
- En situaciones de estrés y ansiedad puede producirse un aumento de temperatura.

El hombre es un ser homeotermo, es decir, tiene una temperatura independiente de la del medio que le rodea. El control de la temperatura lo realiza una estructura que hay en el cerebro llamada hipotálamo, que dispone de una serie de receptores de temperatura (receptores térmicos) situados en mayor proporción en la piel, que informan al hipotálamo sobre las sensaciones de frío y calor.

Además del hipotálamo, existen unos mecanismos que ayudan a regular la temperatura corporal para conseguir el equilibrio térmico: equilibrio entre el calor producido y perdido por el cuerpo. Estos mecanismos son los que siguen a continuación.

7.1.1. Mecanismos productores de calor

- Actividad muscular: por ejemplo, un ejercicio físico intenso puede aumentar 50 veces la producción normal de calor.
- Metabolismo corporal: el organismo transforma la energía procedente de los alimentos en calor.
- Ingestión de alimentos y bebidas calientes.
- Hormonas.
- Temperatura ambiental elevada con excesiva humedad.

7.1.2. Mecanismos que facilitan la pérdida de calor

El principal mecanismo de pérdida de calor es la piel (a través de la piel se pierde hasta un 70% de calor corporal). Los mecanismos por los cuales se pierde calor a través de la piel son cuatro:

- Radiación: el calor pasa de un cuerpo a otro sin que exista contacto entre ellos, por ejemplo, una persona desnuda en una habitación a temperatura normal pierde entorno al 60% de su calor total por radiación.
- Conducción: el calor pasa de nuestro cuerpo a otra superficie más fría cuando nos ponemos en contacto con ella.
- Convección: nuestro calor pasa a una corriente de aire que pasa cerca de nosotros.
- Evaporación: se pierde calor por la respiración y a través del sudor por la piel, sobre todo cuando hay fiebre.

También pueden perderse pequeñas cantidades de calor a través de la orina y de las heces.

7.2. Aspectos a considerar en las personas mayores

- En las personas mayores disminuye una capa de tejido que hay debajo de la piel (llamado tejido celular subcutáneo) y también disminuye la masa muscular. Esto hace que disminuya el poder de aislamiento de la piel.
- Las personas mayores pueden sufrir elevaciones o descensos de temperatura importantes en ambientes moderadamente calientes o fríos, que en personas jóvenes no se producirían. Esto se debe a que con la edad disminuye la capacidad termorreguladora.
- Las personas mayores tienen un umbral más elevado para el inicio de la sudoración y además la eficacia de la sudoración está disminuida, porque existe

atrofia de las glándulas sudoríparas, por lo que tienen más problemas para eliminar calor.

- Las personas mayores tienen disminuida la percepción del frío y del calor y, por tanto, puede que los receptores no detecten la temperatura de forma adecuada, con lo que no se activan los mecanismos encargados de mantener el equilibrio térmico.
- En las personas mayores está disminuida la sensación de sed, por lo que aumenta el riesgo de deshidratación en estas personas cuando están expuestas a elevadas temperaturas, durante un tiempo más o menos prolongado.
- La inactividad y la inmovilidad en las personas mayores les hacen más susceptibles a la hipotermia al reducirse la actividad muscular generadora de calor.
- La exposición de la cabeza, cara, manos y pies afecta en gran medida a la temperatura corporal, ya que a través de ellos el calor y el frío pueden entrar o salir del cuerpo fácilmente.
- Aproximadamente, el 70% de todas las personas que sufren las consecuencias de un golpe de calor sobrepasan los 60 años de edad.

A continuación se describen las alteraciones de la temperatura corporal más frecuentes en las personas mayores y, aunque en todas estas alteraciones debe solicitarse asistencia sanitaria, se indican algunas medidas eficaces y útiles para tratar de paliarlas.

7.3. Fiebre

Es una elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal en estados patológicos. Suele ser un signo de enfermedad. Se considera un mecanismo de defensa. El valor normal que se considera para la fiebre es una temperatura superior a 38 °C tomada en la axila.

La fiebre es más peligrosa en niños y personas mayores, ya que en estos casos las complicaciones de la fiebre comienzan a temperaturas menores.

La fiebre es un proceso muy frecuente y cotidiano, y normalmente las personas saben detectarla por sus síntomas característicos. Dentro de la fiebre se pueden distinguir tres fases, en las cuales existen una serie de síntomas:

- Fase de aparición. En principio, antes de esta fase puede aparecer malestar general, náuseas, dolor de cabeza, etc. Esta fase de aparición se caracteriza principalmente por la presencia de escalofríos. La persona se queja de sentir frío y tiende a acurrucarse. Tiene la piel fría, seca y pálida, y aparece la “piel de gallina”. Además, la persona tiene el pulso y las respiraciones rápidas.
- Curso de la fiebre. Desaparecen los escalofríos y la piel se nota caliente. La persona tiene más sed y no tiene sensación de tener ni frío ni calor. Aparece

- pérdida del apetito, debilidad, dolores musculares, inquietud y adormecimiento. Además, existe una cierta deshidratación.
- Descenso de la fiebre. Se caracteriza porque la persona empieza a sudar y disminuyen los escalofríos. La piel aparece enrojecida y se nota caliente.

7.3.1. ¿Qué debe hacer si la persona mayor tiene fiebre?

En primer lugar, y como en cualquier otro proceso, no debe darse ningún medicamento a la persona que tiene fiebre sin prescripción médica. Un ejemplo lo constituye la aspirina, que es un fármaco al que la mayoría de las personas suelen recurrir, pero que no debería tomarse sin consultar al médico, ya que puede enmascarar los signos inflamatorios y de infección que podrían indicar al médico el origen de la fiebre.

La fiebre con rigidez de nuca (se comprueba cuando no puede tocarse el pecho con la punta de la barbilla), erupciones cutáneas, confusión mental, vómitos prolongados, dificultad para respirar o dolor en el abdomen, debe comunicarse rápidamente al médico.

Debe mantenerse a la persona con fiebre en reposo, ya que la actividad física aumenta la producción de calor.

Es importante crear un ambiente tranquilo y fresco para que la persona mayor pierda calor.

En la fase de escalofríos, no debe abrigarse a la persona con ropas y mantas, ya que va a retener más calor y puede aumentar más su temperatura.

Mantener la piel seca, limpia y las mucosas (como el interior de la boca) húmedas, para favorecer la pérdida de calor.

Dar comidas ricas en proteínas, hidratos de carbono y grasas. Impedir que la persona deje de comer. Hay que prevenir la deshidratación. Para ello, debe darse a la persona con fiebre líquidos como agua, zumo, etc.

Si la persona tiene vómitos, se le administrará limonada alcalina, que se prepara de la siguiente manera: se exprime un limón en un litro de agua, se añade una cucharada de azúcar y una pizca de bicarbonato, y se remueve.

Aplicar paños de agua fría en la frente, pecho, espalda, abdomen, pero sobre todo en la ingle, axila y en las muñecas, ya que permiten perder calor.

Baños con agua entre 30 °C-36 °C, que reducen la temperatura. Cubrir a la persona con sábanas húmedas, el agua entre 30 °C-31 °C, cuando la fiebre es constante, aunque esto puede resultar incómodo.

Valorar el calor y la temperatura de la piel. Tomar de vez en cuando la temperatura, por ejemplo cada dos horas, para ver si desciende.

Por último, hay que mencionar que una fiebre muy elevada, por encima de 41 °C (aunque en los niños y personas mayores se considera elevada a los 38 °C o 38,5 °C), puede provocar graves complicaciones como deshidratación, pérdida de conciencia, convulsiones, etc.

7.4. Hipertermia

En esta situación, el aumento de la temperatura no se produce por ninguna enfermedad o infección de base, sino que se produce por alteraciones en la termorregulación, es decir, por un desequilibrio entre los mecanismos de producción y de pérdida de calor.

En este caso, las manifestaciones clínicas de la persona son: temperatura en la axila superior a 40 °C, náuseas, vómitos, dolor de cabeza, puede haber pérdida de conocimiento, dificultad respiratoria, ausencia de sudoración.

Las medidas a seguir son similares a las de la fiebre, pero al ser ésta una situación más grave, requiere tratamiento médico más inmediato.

Para prevenir la hipertermia:

- Evitar prendas o ropa de vestir demasiado calurosas.
- Aumentar el consumo de líquidos durante el clima caluroso y el ejercicio.
- No realizar ejercicio en climas calientes.
- Llevar un sombrero durante la exposición al sol.

7.5. Golpe de calor

El golpe de calor es frecuente en las personas mayores, sobre todo durante una ola de calor. El riesgo es más elevado si durante más de 48 horas se mantiene una temperatura ambiente superior a 32-34 °C. con una humedad relativa superior al 50-60%.

Se caracteriza porque la persona comienza a tener dolor de cabeza, mareos y náuseas. Después tiene fiebre alta (por encima de 41 °C) y postración. La persona no suda y tiene la piel seca y caliente.

El golpe de calor es una urgencia vital, y la persona debe ser trasladada rápidamente al hospital. Las medidas que deben realizarse antes y durante el traslado de la persona al hospital son: colocarle a la sombra o en lugar frío, desnudarle, enfriarle con los métodos disponibles, se le coloca tumbado hacia un lado o acurrucado, se le baña con esponjas o paños con agua helada y se le debe airear con ventiladores potentes, si se dispone de ellos.

Algunas medidas para prevenir un golpe de calor en las personas mayores, sobre todo en la época estival, son:

- Ventilar las viviendas, por ejemplo abriendo las ventanas.
- Mantener una buena hidratación (aunque las personas mayores no tengan sed, se les debe animar a que beba agua).
- Usar ropa ancha, cómoda y ligera, y a ser posible de color blanco, porque refleja los rayos solares e impide que incidan sobre el cuerpo, a diferencia de lo que ocurre con el color negro.

- Reducir el ejercicio físico, sobre todo si la temperatura ambiente es superior a 27 °C o 28 °C, y también si es muy intenso y se realiza después de comer.
- Controlar a menudo la temperatura corporal.

7.6. Hipotermia

Se considera hipotermia la temperatura corporal por debajo de 35 °C medida en la axila, y por debajo de 36 °C medida en el recto.

La hipotermia en las personas mayores puede ser debida al propio envejecimiento, por la exposición prolongada al frío, por la mala alimentación, por el uso de una ropa inadecuada, por enfermedades (como una bajada del azúcar en sangre), por consumo de fármacos o alcohol, etc.

En la hipotermia se observa que la persona está fría, rígida y pálida. Inicialmente tiene tiritona intensa. Puede tener dificultad para hablar y no comprender el lenguaje. Tiene pulso lento. Si la temperatura es menor de 27 °C, la persona mayor puede tener pérdida de conocimiento.

Ante una situación de hipotermia, existen algunas medidas adecuadas como mantener a la persona en una habitación seca y caliente (con una temperatura entre 21 o 22 °C), usar varios jerséis, tapar a la persona con mantas, ponerle calcetines y guantes si es necesario. En situaciones en las que la persona mayor alcance menor temperatura, es útil darle un baño de agua caliente. Si la persona tiene la ropa húmeda, se quitarán y se sustituirán por ropas secas.

Algunas recomendaciones para prevenir la hipotermia en las personas mayores son:

- Evitar la exposición prolongada al frío, y si no se puede evitar, usar gorro, guantes, calcetines y zapatos calientes para evitar la pérdida de calor.
- Animarle a que limite sus salidas cuando las temperaturas ambientales sean muy frías.
- Usar ropa interior de punto apretada para prevenir la pérdida de calor.
- Indicarle que puede necesitar más ropa por la mañana, cuando es menor la producción corporal de calor.
- Explicarle la relación que existe entre la edad y el riesgo de hipotermia.
- Aconsejarle que beba de 8 a 10 vasos de agua al día y de que consuma pequeñas y frecuentes cantidades de líquidos calientes.
- Evitar el alcohol durante los períodos de tiempo muy fríos, ya que favorece la pérdida de calor corporal.
- Evitar bañarse en aguas demasiado frías.

Recuerde...

- Los aspectos a considerar en las personas mayores relacionados con la regulación de la temperatura corporal.
 - Las medidas a adoptar frente a una persona mayor con fiebre.
 - Los procesos de hipertermia, hipotermia y golpe de calor.
-

8

Incontinencia urinaria

8.1. Introducción

Más de 4 millones de personas mayores de 65 años tienen problemas de control de esfínteres urinarios o fecales. No es un problema aislado, la persona que la padece no está sola, ni es algo nuevo.

Es un problema que perfectamente puede solucionarse y pueden reducirse al mínimo las incomodidades y los riesgos existentes. En la solución participan los profesionales sanitarios, la familia, los cuidadores y la persona afectada.

Es necesario evitar la ocultación de esta situación, ya que cuanto antes la conozca el médico y los profesionales sanitarios, antes se podrá poner tratamiento para resolverlo.

Un punto importante en las actuaciones frente a este problema será promover los cuidados en el propio domicilio de la persona afectada. Estos cuidados pueden englobar desde la higiene básica, los cuidados de colectores, sondas, movilizaciones en la cama, etc.

Los profesionales sanitarios siempre estarán dispuestos a ayudar, pero es necesario comprender que la ayuda de la familia y de los cuidadores es imprescindible, ya que serán los que más tiempo pasen con el afectado y los que detectarán precozmente los problemas.

8.2. Definición y tipos

La incontinencia urinaria suele definirse como la pérdida involuntaria de orina que provoca en los individuos, problemas higiénicos, psicológicos y sociales. Podemos distinguir:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo: Situación en que la persona experimenta una pérdida de orina por debajo de 50 ml y se produce a consecuencia de un aumento de la presión abdominal.
- Incontinencia urinaria de urgencia: El individuo experimenta una pérdida involuntaria de orina poco después de sentir una gran sensación de urgencia al orinar.
- Incontinencia urinaria por rebosamiento: Situación en que la persona experimenta una pérdida involuntaria de orina, que se produce cada cierto tiempo, de algún modo pronosticable y que tiene lugar cuando la vejiga alcanza un determinado volumen de orina.
- Incontinencia urinaria funcional: Situación en que la persona experimenta pérdidas de orina involuntaria e impredecible y suele estar asociada a enfermedades u otras alteraciones.
- Incontinencia urinaria total: Situación en que el individuo experimenta pérdidas de orina de forma continua e involuntaria.

8.3. Factores predisponentes

Habrán una serie de factores que favorecerán la aparición de incontinencia.

8.3.1. Factores ambientales

Uno de los más importantes, es la existencia de las denominadas “barreras arquitectónicas”; son aquellos objetos, muebles, parte de la arquitectura de los edificios, etc., que impiden o dificultan el acceso de manera rápida y eficaz al aseo por parte de la persona incontinente. Ejemplos de éstas son: mobiliario mal colocado (que puede predisponer a caídas), escalones altos, alfombras dobladas, suelos resbaladizos, etc.

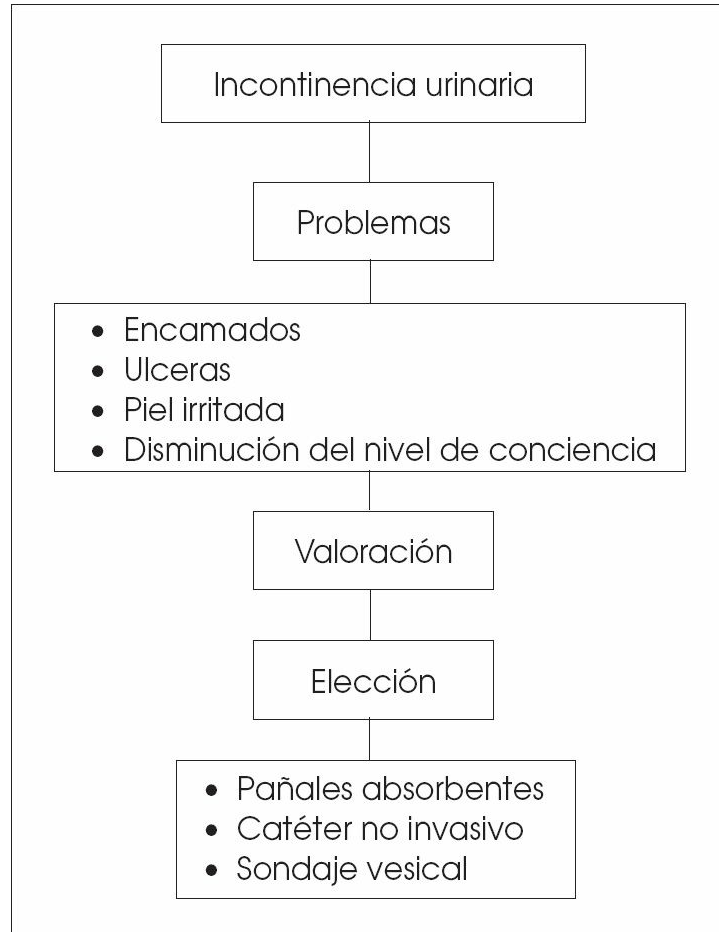
- Iluminación deficiente.
- Compartir habitación, dificulta la intimidad.
- Características de la familia, edad, tipo de relación existente, nivel socioeconómico, etc.

8.3.2. Factores personales (biológicos y orgánicos)

- Existencia de un impedimento físico: encamado, enfermo terminal, minusvalías, etc.
- Que tenga impedimentos psíquicos: demencia, desorientación, etc.
- Que viva solo, aislamiento, etc.

8.4. Esquema de actuación

El siguiente esquema representa de manera resumida algunos de los problemas derivados de las incontinencias y el esquema de actuación.



8.5. Cuidados

Hay que dejar claro desde el principio que no está solo; todos, su familia, cuidadores y los profesionales sanitarios, están para apoyarle y ayudarle. Será necesario recordarle que existen los medios y los conocimientos necesarios para resolver el problema. Es importante facilitar el camino hasta el cuarto de baño lo más cómodo y directo posible, evitando los obstáculos como sillas, plantas, etc. En el cuarto de baño debe mejorarse la iluminación, colocar pasamanos y asideros.

Las ropas serán amplias y fáciles de abrir y quitar, vestidos con broches automáticos, velcros, etc.

Evitar el estreñimiento, porque aumenta la presión en la vejiga y facilita la aparición de la sensación de ganas de orinar. ¿Cómo lo evitamos? Proporcionando comidas ricas

en fibra, legumbres, verduras, fruta fresca (valorar que no existan contraindicaciones del médico).

Controlar las micciones diarias y la cantidad, registrándolas y estableciendo horarios para que vayan al cuarto de baño y evitar en lo posible la urgencia (pedir consejo a la enfermera para que le explique los distintos tipos de registro y la mejor forma de control y seguimiento).

En caso de necesidad urgente de orinar, realizar respiraciones profundas y no contraer el abdomen, ya que de esta manera se evitará que aumente la presión en la vejiga.

No ser demasiado insistente en preguntar al mayor si está seco o mojado, o si tiene necesidad de orinar. Es importante dar estímulos positivos, apoyar y compartir los episodios de incontinencia, evitar frases del tipo “ya está otra vez, es que no se puede aguantar”, y la marginación.

Evitar el consumo excesivo de líquidos excitantes como colas, café y también el alcohol, porque irrita la vejiga y aumenta la necesidad de orinar. Establecer un horario de micción, favorecer una rutina para tener la vejiga vacía.

Realizar ejercicios para fortalecer los músculos del suelo de la pelvis (ejercicios de Kegel) y favorecer un tono adecuado que ayude a controlar la orina. Algunos de estos ejercicios son:

- Debe estar sentado o de pie, sin tensión en los músculos de las piernas o del abdomen. Imagine que quiere controlar su deposición y contraiga los músculos del ano. Estos ejercicios no son visibles y los puede practicar en cualquier momento.
- Al comenzar a orinar debe interrumpir el chorro contrayendo los músculos de la zona. Al contraerlos, cuente hasta 4 y relájelos de nuevo. El número de contracciones se irá aumentando progresivamente. Realizarlos una vez por hora durante al menos 3 meses.

No debe impacientarse si ve que los resultados no se alcanzan inmediatamente, puede pasar algún tiempo hasta que los ejercicios surtan efecto.

Si la persona mayor está en la cama y no puede por sus medios ir al cuarto de baño, existen aparatos, cuñas y orinales que pueden ser útiles ([figura 8.1](#)). Intentar usar los pañales como último recurso ([figura 8.2](#)).

Evitar usar la palabra “pañal”, usar sinónimos como “protector” o similar, para evitar avergonzarles o hacerles sentir mal.

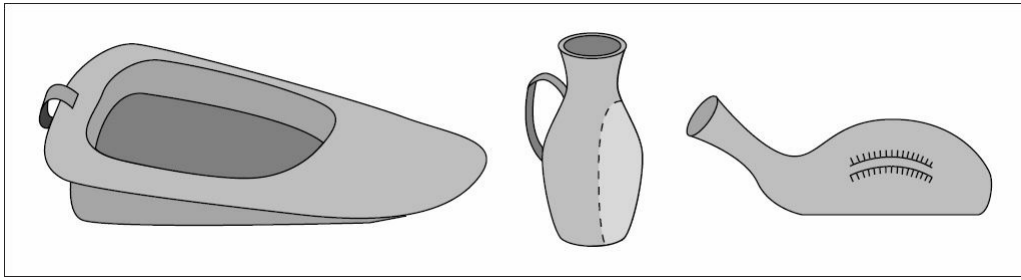


FIGURA 8.1

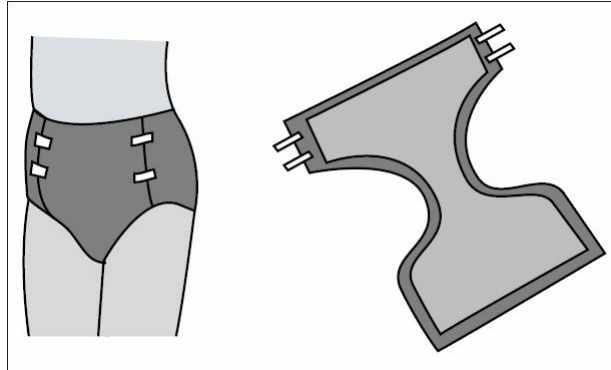


FIGURA 8.2

Es necesario que, al elegir el protector u otra medida, el afectado participe en la elección. Hay que aumentar el cuidado y la vigilancia de la piel en contacto con estos protectores, porque tienden a estar húmedas, favoreciendo la aparición de irritaciones, infecciones y lesiones en la piel.

Destaca la importancia de una correcta higiene, lavar con jabones suaves, secar con toques o empapando suavemente para evitar friccionar la piel.

Evíteses una infección urinaria, gracias a la higiene y la ingesta adecuada de líquidos (aproximadamente de 2 a 3 litros si no existe contraindicación médica). No beber 2 o 3 horas antes de acostarse, para evitar la necesidad de orinar por la noche.

8.6. Complicaciones

Las posibles complicaciones de la incontinencia urinaria, si no se trata a tiempo, podrán ser:

- Complicaciones psicológicas y sociales:
 - Desajustes familiares, aumento de los gastos, dedicación constante, etc.
 - Aislamiento social.
 - Cuadros depresivos.
 - Automarginación y aislamiento.

- Complicaciones orgánicas:
 - Alteración de la piel.
 - Hemorragias.
 - Rotura de vejiga.
- Complicaciones yatrogénicas (por las técnicas, material o procedimientos sanitarios) del sondaje vesical:
 - Lesiones en la uretra.
 - Contracción de los músculos de la vejiga.
 - Obstrucción de la sonda.
 - Deterioro de la sonda.

8.7. Dispositivos de recogida de orina

Colector no invasivo tipo preservativo (desechable) ([figura 8.3](#)) y funda antigoteo ([figura 8.4](#)).

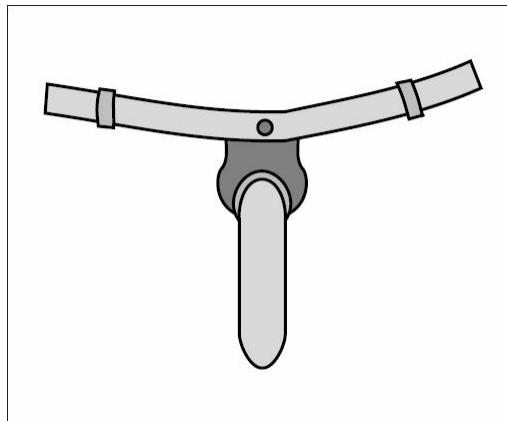


FIGURA 8.3

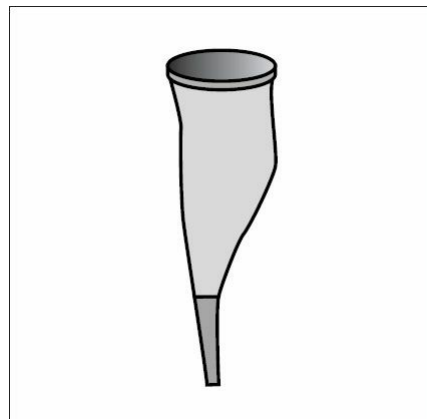


FIGURA 8.4

Ambos son para uso de los varones. Pueden ayudar al individuo a recuperar parte de su independencia, sin embargo, pueden producir:

- Irritación de la piel.
- Infección.
- Salida del dispositivo del pene.

Algunos consejos que deben tenerse en cuenta:

- Colocar el pene hacia abajo para que la orina salga mas fácilmente.
- Cambiar el dispositivo tantas veces como sea necesario.
- Cada vez que vaya a cambiar un dispositivo debe lavarse las manos, antes y después.
- Cuando haga el cambio de dispositivo, anímele para que intente orinar.
- Una vez retirado el dispositivo usado lave cuidadosamente el pene con jabón neutro y séquelo sin restregar.
- Si es posible, espere unos momentos antes de colocar otro dispositivo.
- Procure que no se acueste con el dispositivo puesto.
- Si el dispositivo es reutilizable, siga las instrucciones de lavado del mismo, indicado por el fabricante.
- Vigilar la coloración del pene para prevenir la mala circulación de sangre en el mismo.
- Si se nota algún problema en el pene, debe consultarse con el médico.

8.8. Protectores (pañales)

Aquellas personas mayores que utilicen este método deben tener en cuenta los consejos anteriormente explicados, haciendo hincapié en:

- Mirar con frecuencia los pañales para ver si necesitan ser cambiados en caso de que la persona mayor no nos avise.
- Cuidar la piel cada vez que se cambien los pañales.
- Vigilar la piel en busca de signos de lesiones.

8.9. Signos y síntomas de alarma

En caso de observar alguno de los siguientes signos o síntomas recomendamos que acuda a su médico:

- Orina turbia.

- Hemorragia o sangre en la orina.
- Fiebre.
- Escalofríos.
- Malestar general.
- Pérdida del apetito.
- Orina mal oliente.

Es de destacar que, si tiene dispositivos externos, puede presentarse:

- Irritación de la piel.
- Lesiones en zonas cercanas.
- Inflamación.
- Cambios en la coloración del pene.

8.10. Incontinencia fecal

Tiene gran importancia y está seleccionada con la incontinencia urinaria.

La incontinencia fecal es la pérdida involuntaria de heces, provocando, si cabe, mayores problemas de higiene, psicológicos y sociales que la incontinencia urinaria.

8.10.1. Consejos para su cuidado

- Deben lavarse las manos antes y después de tener contacto con las heces (aunque se usen guantes).
- Mantener la piel limpia y seca.
- Realizar una higiene adecuada con agua tibia, jabón de pH neutro y secar con toques, sin friccionar.
- La zona que rodea al ano debe protegerse con óxido de zinc, vaselina, crema hidratante o similar.
- Establecer higiene y pautas de defecación regulares, estableciendo un horario y un registro de las deposiciones.
- Ayudar al individuo en la colocación de la cuña, llegar al cuarto de baño, etc.
- Usar sábanas y protectores suaves cuando se produzcan escapes.
- Usar prendas fáciles de utilizar, cambiar o desabrochar.
- Ventilar la habitación.
- Prevenir el estreñimiento (véanse los consejos nutricionales).
- Hay que actuar con mucho tacto, sugiriendo el uso de ropa interior especial, con pañales desechables, con el fin de que se sienta a gusto al moverse.

8.10.2. Consejos nutricionales

- Estimular la ingesta oral de líquidos y alimentos, siempre que no exista contraindicación médica, ya que si no podría existir una deshidratación por la expulsión continua de heces.
- Puede ser útil comer alimentos en pequeñas cantidades, eligiendo preferiblemente los alimentos de consistencia blanda porque son más fáciles de ingerir.
- Procurar presentar la comida de una manera más apetecible.
- Siempre que sea posible, deben evitarse los líquidos excesivamente calientes o fríos, porque facilitan los movimientos del intestino y favorece la expulsión de heces.
- Deben evitarse los alimentos con muchas especias.

Para más información acerca de la nutrición en el anciano, remitirse al capítulo correspondiente.

Actualmente el INSALUD ofrece ayudas como la distribución de pañales. En algunas áreas de salud, los propios centros los dispensan, y se espera que con el tiempo todas las áreas funcionen igual. Su administración es gratuita; en la farmacia, presentando simplemente la receta del médico de cabecera. En caso de plantearse dudas, solicítese más información en su centro de salud.

<i>Recuerde...</i>

- Tener presente que los sentimientos de vergüenza, culpabilidad y de aislamiento pueden aparecer en cualquier momento.
- Tener mucho tacto y dejar claro que no está solo y que existen medios para resolver el problema.
- Dar estímulos positivos, animarles a participar en las actividades y toma de decisiones. Es muy importante que la familia y los cuidadores estén apoyándoles continuamente.
- Intentar identificar las causas desencadenantes y eliminar aquellos factores que podrían predisponer a padecer la incontinencia.
- Registro de las micciones diarias, cantidad de orina realizada, ingesta de líquidos: cuándo (a qué horas), cuánto (cantidad), etc.
- Tener la consulta de enfermería como lugar de referencia ante posibles dudas respecto al mantenimiento de los colectores, limpieza, nuevas ayudas técnicas, etcétera.
- Evitar en lo posible la existencia de barreras arquitectónicas, alfombras

- dobladas, objetos en el suelo, sillas en medio de la habitación, etc.
- Es importante el cuidado de la piel en los genitales y zonas adyacentes. Es necesario una higiene periódica y lavarse las manos antes y después de manejar colectores, tocar genitales, después de usar guantes, etc.
 - Pedir información al trabajador social de su centro de salud de referencia (si dispone de él) para conocer las ayudas estatales, beneficios, etc.
-

9

Cuidados del sondaje vesical y los colectores urinarios

9.1. ¿Qué alteraciones sufre la persona mayor en la eliminación urinaria?

El proceso normal de la micción requiere que se haya acumulado una cantidad suficiente de orina en la vejiga.

En la persona adulta la micción ocurre cuando en la vejiga hay entre 250 y 450 ml de orina. Expulsar esta orina depende de muchos factores, como son la cantidad de líquido ingerida, el estrés, la actividad física, los medicamentos y diversos procesos patológicos, por lo que una adecuada actuación sobre estos factores redundarán en un mayor control sobre la micción.

En caso de que no se pueda controlar la micción tendremos que acudir a medidas de apoyo para paliar en lo posible las complicaciones derivadas de no poder controlar la micción. Entre las medidas de apoyo podemos encontrar las sondas vesicales y los colectores urinarios. El tiempo de permanencia de estos dispositivos es variable, pudiendo ser incluso permanente, por lo que es muy importante un adecuado mantenimiento de los mismos. El cuidado de estos dispositivos se traducirá en un mejor estado de salud para la persona mayor, además de una mejora en su calidad de vida.

9.2. ¿Qué es un sondaje vesical y un colector urinario?

El sondaje vesical es un modo de recolección interno de la orina mediante una sonda o catéter, que introducido por la uretra llega hasta la vejiga ([figura 9.1](#)). Sirve tanto para hombres como para mujeres.

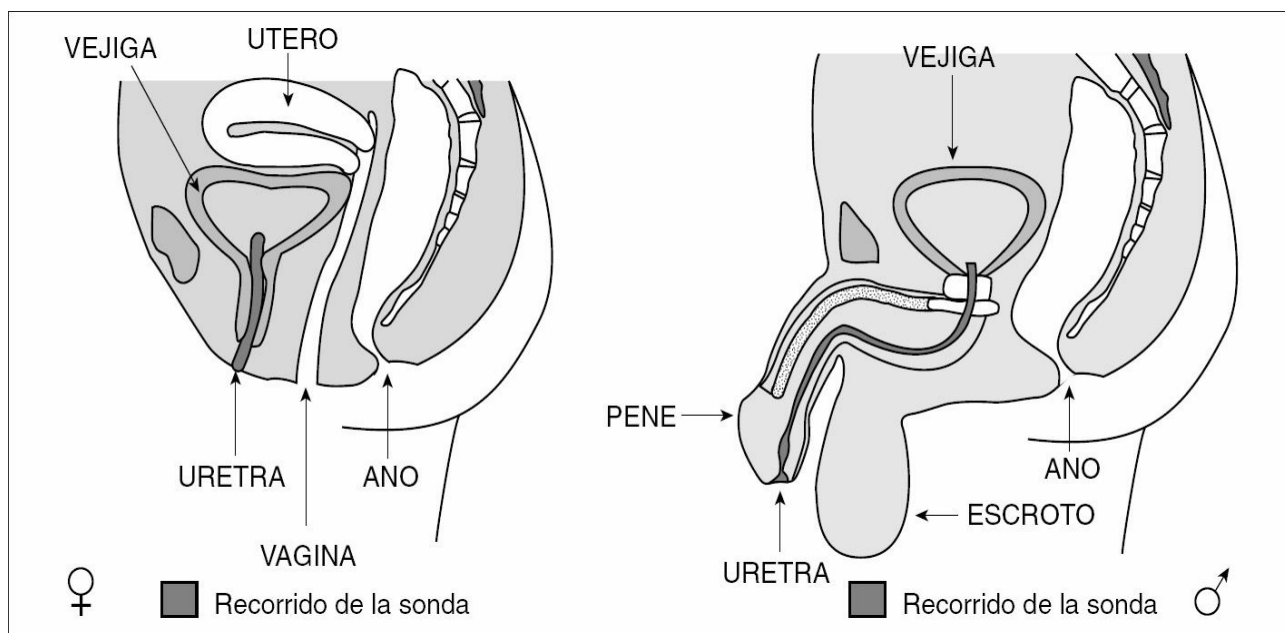


FIGURA 9.1

El colector urinario es una bolsa o reservorio conectada a la sonda que recoge la orina drenada por dicha sonda. Permite la extracción de muestras y es vaciable y/o desechable (figura 9.2a).

Además de los colectores conectados a una sonda, existen también otros de colocación externa (figura 9.2b) y de naturaleza absorbente (tipo pañal) que se adaptan a la anatomía y fisonomía de la persona mayor (figura 9.2c).

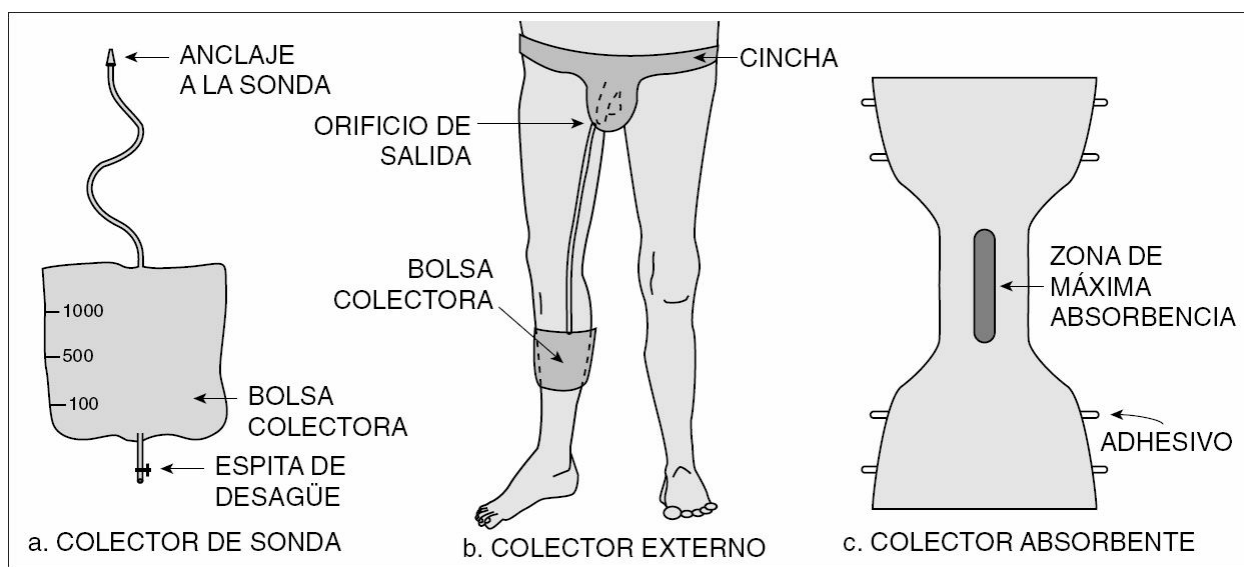


FIGURA 9.2

9.3. Tipos de sondas y colectores

9.3.1 Sondas

A) Tipos

- Sondas blandas: es un catéter flexible de silicona o látex que se coloca de forma temporal o permanente y que puede tener dos o tres orificios o luces. Pueden ser de distinto tamaño y calibre, según sean para hombre o mujer, o teniendo en cuenta el ancho de la uretra.
- Sondas rígidas: es otro tipo de catéter de uso más esporádico debido a que su rigidez impide el uso continuado. Suele tener una sola luz.

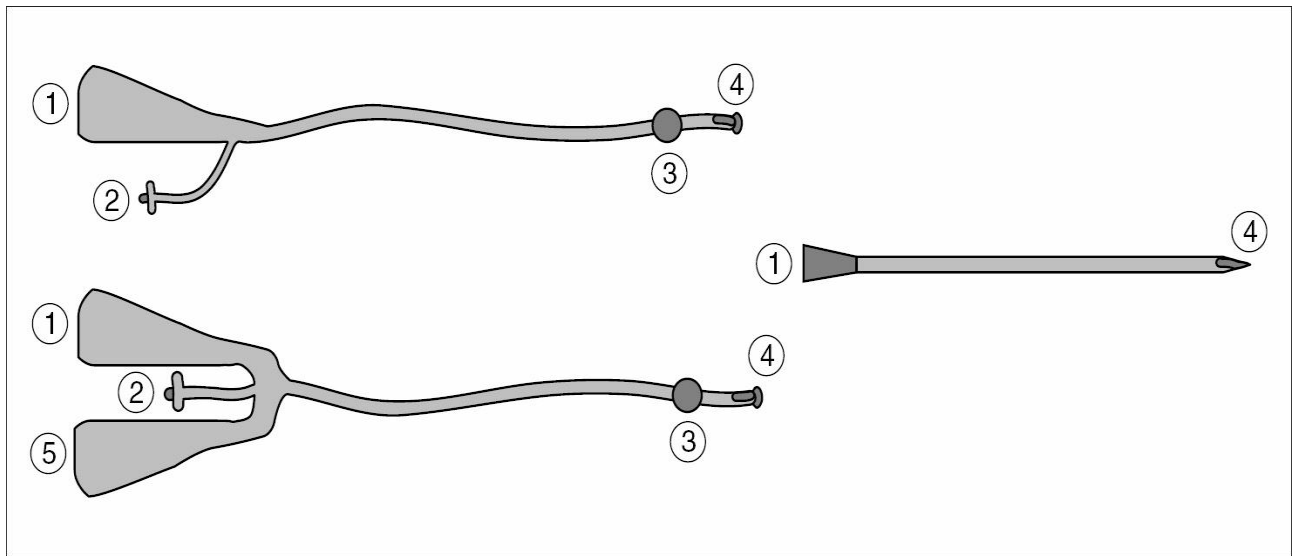


FIGURA 9.3. Explicación en el cuadro 9.1.

B) Funciones

- Aliviar o eliminar la retención urinaria.
- Controlar la cantidad de orina excretada en fracciones de tiempo determinadas: horaria o 24 horas.
- Irrigación vesical.
- Toma de muestras para análisis.

CUADRO 9.1
Conozca la sonda. Ver [figura 9.3](#).

- Orificio de salida de la orina hacia la bolsa colectora (1).
- Luz (recorrido interior hueco de la sonda) que sirve para introducir el líquido que infla un globo, cuya misión es la de ser anclaje de la sonda, o sea, impedir que la sonda salga de la vejiga. En el borde externo se indica el calibre de la sonda y la capacidad

- del globo (2).
- Recorrido de la sonda.
- Globo que se infla con el líquido introducido por 2 y que sirve de anclaje de la sonda en la vejiga (3).
- Orificio final de comunicación con la cavidad de la vejiga (4).
- Orificio destinado para la irrigación de la vejiga a través de la sonda (5).

9.3.2. Colectores

Hay tres tipos de colectores urinarios:

A) Colectores absorbentes

Son protectores que absorben la orina, desechables y tienen forma de pañal o braguita/calzoncillo. Deben cumplir una serie de características:

- Buen grado de absorción.
- No producir irritación de la piel.
- Comodidad.
- Facilidad para ponérselo y quitárselo.
- Pequeño tamaño.
- No sonar al andar.
- Económico.

B) Colector no invasivo externo

Este tipo de colector, al igual que las sondas o catéteres, necesitan de unos tubos de drenaje y un recipiente que recoja la orina. Es distinto para hombres y para mujeres. En hombres, el colector rodea el pene a modo de preservativo con adhesivos. En las mujeres el colector rodea toda la zona genital, pero tiene el inconveniente de ser difíciles de fijar debido a la anatomía genital femenina. Los colectores tienen que tener ciertas características:

- No producir irritación.
- Comodidad.
- Facilidad para utilizarlo.
- Buena adaptación anatómica.
- Económico.

Las funciones más importantes de estos dos tipos de colector son:

- Recolección de la orina.
- Evitar en la medida de lo posible el sondaje temporal o permanente del enfermo.

C) Colector de sonda vesical

Es un reservorio de plástico conectado a la luz de salida de orina de la sonda. Puede ser permanente o desechable en función del material y de que tenga o no espita de vaciado.

9.4. Cuidados generales

Para un adecuado funcionamiento y mantenimiento, y para evitar posibles complicaciones, son necesarios:

- Higiene de la piel.
- Cuidados de la sonda y del colector.

9.4.1. Higiene de la piel

El sistema ideal de sondaje y recolección de orina ha de proteger la piel de las posibles fugas de orina para que el tiempo de contacto de la orina con la piel sea mínimo.

La conservación de la integridad de la piel está en función de una limpieza regular y de una ausencia total de humedad. Para conseguirlo, deben realizarse las siguientes actividades:

- Limpieza de la zona genital mediante el uso de agua y jabón con un pH ligeramente ácido, para eliminar posibles restos de orina. En las mujeres esta limpieza debe realizarse desde el orificio de la uretra y la vagina hacia el exterior de la zona genital y siguiendo siempre una misma dirección: de delante hacia atrás. En los hombres, la limpieza debe realizarse retirando con cuidado el prepucio, si lo tienen en caso de no estar circuncidados, y frotando suavemente el glande. Una vez terminada la limpieza es muy importante volver a colocar el prepucio en su posición original.
- Para evitar la humedad, debe secarse cuidadosamente la piel, teniendo cuidado de no frotar con fuerza y prestando especial atención a los pliegues de la piel. Siempre que sea posible, hay que exponer al aire la región genital para que se seque bien.
- En el caso de que la ropa de la persona mayor o de la cama se hayan mojado

con orina, hay que cambiar ambas inmediatamente, para evitar la humedad prolongada de la orina sobre la piel.

- Tras la higiene, es aconsejable utilizar algún producto para mantener y mejorar las condiciones de la piel de la zona genital. Entre los diversos productos que existen para ello, podemos destacar:
 - Cremas y lociones hidratantes.
 - Desodorantes: se aplican en las bolsas que se fijan en la pierna, nunca directamente sobre la piel.
 - Polvos: ayudan a eliminar la humedad excesiva que pueda haber en la piel.

9.4.2. Cuidados de la sonda y el colector

Las sondas y las bolsas de drenaje requieren ciertas normas en cuanto a su cuidado:

- Cambiar la bolsa cada 8 horas o tan pronto como se llene, evitando retrasar el vaciado si está repleta, porque la orina puede retroceder, por rebosamiento, hacia la vejiga, provocando infecciones.
- Vaciar la bolsa por la espita (orificio de vaciado), sin tocar la punta del tubo, limpiando ésta con una solución de povidona yodada.
- Mantener siempre la bolsa de drenaje más baja que la sonda, puesto que así la orina no ascenderá en contra de la gravedad hacia la vejiga.
- Beber líquidos y agua en la cantidad aconsejada por el médico (suele ser de 2-3 litros diarios).
- Cambiar la sonda cada 3-4 semanas, observando regularmente si hay secreciones secas y obstrucciones.
- Evitar que la sonda o la bolsa colectora entren en contacto con el suelo, superficies contaminadas o con suciedad.
- Preguntar al médico o al profesional de enfermería por las posibles infecciones que pueden aparecer y la clínica para detectar precozmente la infección urinaria.
- Si la sonda y/o el colector están sujetos a la cama, debe dejarse que el tubo forme un pequeño arco, para que al cambiar de posición a la persona mayor no se produzcan tirones en la sonda y salga de la vejiga.
- Fijar la sonda ([figura 9.4](#)) con tiras adhesivas o similares. Esto evitará los tirones y posibles lesiones de la uretra.

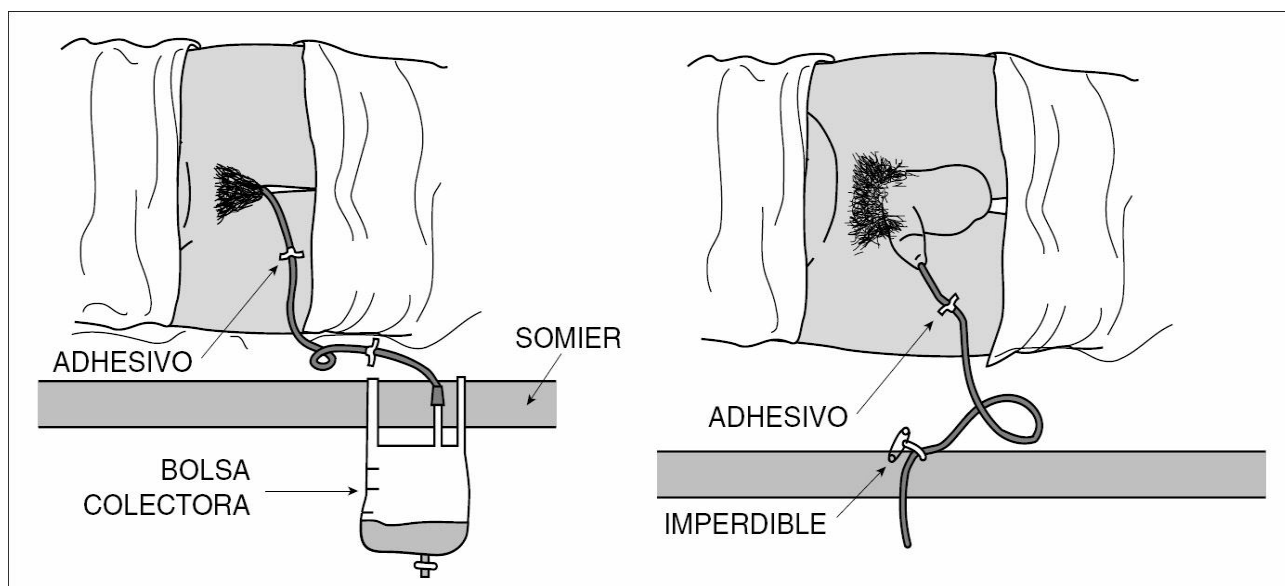


FIGURA 9.4

En el caso de colectores absorbentes, los cuidados están vinculados a los de la piel de la zona y, además, hay que cambiarlos periódicamente o cada vez que la persona mayor los moje para evitar lesiones y úlceras en la piel.

En los colectores externos no absorbentes hay que vigilar con especial cuidado la piel por el sistema de fijación y las zonas de presión, atendiendo a la posible descolocación del colector y la consiguiente salida de orina.

9.5. Procedimientos especiales: irrigaciones urinarias

La irrigación consiste en bombear una solución determinada para limpiar un órgano, en este caso la vejiga. Estas irrigaciones se realizan habitualmente para limpiar la vejiga con una solución antiséptica o para comprobar que el catéter o sonda no se ha obstruido, y en su caso eliminar dicha obstrucción. Para realizar estas irrigaciones es necesario que el individuo tenga puesta una sonda de tres luces.

Para detectar o eliminar obstrucciones debemos realizar una irrigación de limpieza con suero fisiológico siguiendo este procedimiento:

- Prepare el material necesario, que consiste en:
 - Suero fisiológico.
 - Jeringa de 50 ml.
 - Aguja (si se precisa).
 - Guantes.
 - Gasas.
 - Povidona yodada.
 - Recipiente para orina.

- Lavado cuidadoso de las manos.
- Vacíe la bolsa colectora de la orina en un recipiente.
- Impregne las gasas con povidona yodada y desinfecte con ellas la luz destinada a la irrigación.
- Coger suero fisiológico con la jeringa, utilizando la aguja o no, según sea el envase de suero.
- Encajar la jeringa en la luz de la sonda e introduzca el suero fisiológico lentamente.
- Observar que el suero fisiológico sale a la bolsa colectora y prestar especial atención a sus características.
- Si es de color rojo o rosado, acuda a su centro de salud (por una posible pérdida sanguínea).
- Si se nota obstrucción, comprobar que la sonda no está acodada.
- Si persiste la obstrucción, no haga fuerza para introducir el suero fisiológico, suspenda el procedimiento y si no llega orina a la bolsa en 4 horas, acudir al centro de salud.

La frecuencia de este proceso debe ser indicada por el médico. En el caso de que se quiera realizar la irrigación con una solución antiséptica, como tratamiento de las infecciones urinarias, debe realizarse el mismo proceso. La única diferencia es que en vez de suero fisiológico se utilizará la solución prescrita por el médico.

9.6. Detección de complicaciones y medidas preventivas

9.6.1. Infección

Dado el alto riesgo que tienen estas personas al haber un cuerpo extraño en la vía urinaria, que supone una puerta siempre abierta al exterior, la infección es la complicación más habitual. Por ello, ante los siguientes signos y síntomas puede sospecharse de una infección urinaria:

- Necesidad frecuente e imperiosa de orinar.
- Dolor en la parte baja de la espalda o en la región pélvica.
- Escalofríos o fiebre.
- Falta de apetito o de energía.
- Material arenoso o sedimentado en la orina.
- Orina con mal olor o turbia.
- Orina con sangre.

Para prevenir la infección urinaria, lo más importante es la higiene:

- Ducharse o bañarse a diario.
- No tocar la sonda con las manos sucias o sin guantes, y evitar el contacto de la

- sonda con el suelo o superficies sucias.
- En mujeres, no arrastrar materia fecal hacia el meato urinario al lavarse, haciéndolo de delante atrás sin conducir nada hacia el meato.
- Las mujeres tampoco deben emplear productos de higiene perfumados o que creen medio propicio para la infección.

Consultar al médico si se cree que existe algún síntoma de infección urinaria, puesto que puede dar lugar a complicaciones más serias como: daño vesical y renal, cálculo renal y retención urinaria.

9.6.2. Lesiones en la piel

La prevención es la mejor manera de combatir las lesiones cutáneas. Para llevarla a cabo hay que mantener la higiene y los cuidados de la piel descritos anteriormente.

Las lesiones más frecuentes son las ulceraciones, que son descamaciones y pérdida de tejido cutáneo, y para detectarlas precozmente observaremos los siguientes síntomas y signos:

- Ligero dolor en la zona.
- Enrojecimiento local.
- Picor.
- Herida poco profunda.

En caso de que apareciesen estas señales, habrá que realizar:

- Higiene de la zona afectada después de cada micción.
- Hidratar la zona enrojecida.
- Aplicar un leve masaje circular en la zona.
- Exponer al aire en la medida de lo posible.
- Evitar la presión local continuada.
- En caso de que no remitiese en 2-3 días, acudir al centro de salud.

9.6.3. Consideraciones psicológicas

Ante una persona mayor con sondaje vesical y su familia, es conveniente:

- Reforzar la instrucción del individuo y/o el cuidador, puesto que el conocimiento disminuye la ansiedad de los procedimientos que se realizan rutinariamente.
- Animar a la persona mayor y su familia para hablar de sus preocupaciones y sentimientos, para así reducir el miedo y el estrés.

9.6.4. Obstrucción de la sonda

Si la sonda no drenase en un período aproximado de 4 horas, se realizará una irrigación de limpieza para eliminar posibles sedimentos que obstruyan la luz de la sonda. Si aun así no drenara, se acudirá al centro de salud.

<i>Recuerde...</i>

- La persona mayor debe saber qué es el sondaje, por qué se le sonda y qué beneficio le reportará.
 - La persona mayor y el cuidador deben conocer el tipo, el número de calibre y las características de la sonda y la bolsa colectora que emplea.
 - En el domicilio debe haber el material necesario para el cambio de todos los componentes del sondaje.
 - La higiene es fundamental en una persona sondada.
 - Observe en todo momento cantidad, color, olor, presencia de sangre, turbiedad y/o sedimentos en la orina.
 - Prevenir los signos de infección.
 - Controlar el buen estado de la piel y evitar las lesiones cutáneas.
 - Ayudar y apoyar al anciano a aceptar su situación.
 - Vigilar que no haya períodos de más de 4 horas de ausencia de drenaje de orina.
 - En caso de complicación (obstrucción o herida en la piel), acudir al centro de salud.
-

Estreñimiento

10.1. ¿Qué es el estreñimiento?

El estreñimiento es la expulsión de heces escasas, duras y secas, o su ausencia durante cierto tiempo.

En los últimos años está aumentando la incidencia del estreñimiento en la población, especialmente en la gente mayor, por lo que es frecuente el abuso de laxantes, que suponen un alivio inmediato, pero a la larga producen un agravamiento del problema.

Por eso es importante saber identificar este problema, así como conocer el ritmo intestinal de cada individuo antes de hacer el diagnóstico de estreñimiento, ya que hay personas que su ritmo intestinal les hace defecar dos veces al día, y otras personas, escasas ocasiones a lo largo de la semana. No tiene que ser lo normal para todas las personas realizar una deposición al día.

Hay que subrayar que con la edad se asocian más factores favorecedores de estreñimiento, pero esto no quiere decir que el envejecimiento sea causa del estreñimiento por sí mismo.

10.2. ¿Por qué se produce?

En la persona mayor los principales factores que predisponen al estreñimiento son:

- La disminución de la actividad física o la inmovilidad, que producen una debilidad progresiva de los músculos, entre otros, los músculos que intervienen en la defecación.
- Alteraciones de la dieta relacionadas con una disminución en la ingestión de líquidos y fibras. El aporte de líquido insuficiente contribuye a la formación de

heces más duras y secas, que producen una mayor dificultad en su expulsión. Además, si se le une una ingestión pobre en fibras no se produce el adecuado arrastre de la materia fecal. También producen estreñimiento cambios en la dieta habitual del individuo, como puede ser la instauración de un nuevo régimen alimentario.

- Hábitos intestinales irregulares: cuando no se responde al deseo de defecar, se producen heces más duras y la necesidad de defecar se hace cada vez más débil.
- Uso habitual de laxantes y enemas: implican un aumento progresivo de la dosis y la frecuencia para conseguir el mismo efecto.
- Cambios en el medio ambiente: falta de intimidad necesaria en el momento de realizar la deposición y cambios en la actividad diaria que produzcan, por ejemplo, una menor disponibilidad de tiempo.
- Trastornos del aparato digestivo y otras enfermedades, como estrés, depresión, y más frecuentemente en el anciano, las demencias, que producen una disminución de la respuesta a la necesidad de defecar, o incluso producen que no se responda a tal necesidad. También se favorece el estreñimiento con cierto tipo de fármacos.
- Edad: aunque con el envejecimiento se producen cambios en el aparato digestivo, no es causa por sí misma del estreñimiento.

10.3. ¿Cómo se identifica?

Se caracteriza por:

- Poca frecuencia de las deposiciones.
- Heces duras y secas.
- Esfuerzo a la hora de hacer la deposición.
- Defecación dolorosa.
- Sensación de plenitud.
- Disminución del apetito.

10.4. ¿Qué se puede hacer?

A) Realizar ejercicios de fortalecimiento abdominal

Sebe pasearse como mínimo una hora diaria. Si es posible, se recomienda practicar la natación, porque favorece la motilidad, ayuda a la evacuación y fortalece la musculatura.

Es necesario la realización de contracciones isométricas, pudiendo realizarse dos tipos de ejercicios:

- El anciano se colocará tumbado mirando hacia arriba y procederá a contraer los músculos abdominales tirando de ellos hacia dentro. Debe mantenerse en esta posición un máximo de diez segundos y luego relajarse. Deben repetirse de cinco a diez veces al día, según el estado del enfermo.
- Permaneciendo en la misma posición, se contraerán los músculos del muslo durante diez segundos, de cinco a diez veces, cuatro series al día.

En la mayoría de las ocasiones la consulta con un fisioterapeuta es fundamental.

B) Consumir alimentos que eviten el estreñimiento

Son recomendables los alimentos ricos en fibra: salvado, frutas, frutos secos, legumbres, tubérculos (patatas, zanahorias), cereales y pan.

CUADRO 10.1
Dieta para evitar el estreñimiento.

- Comer gran cantidad de fruta. Toda la que se pueda sin pelar.
- Tomar mucha verdura.
- Comer pan integral de barra.
- Beber al menos dos litros de agua. Pueden tomarse también zumos de naranja y tomate.
- Tomar todos los días salvado de trigo, administrados de la siguiente forma:
 - Desayuno: 2 cucharadas.
 - Comida: 2 cucharadas.
 - Cena: 2 cucharadas.
- Hacer ejercicio físico.
- Otros tratamientos, según pauta médica.

Ingestión de al menos dos litros de líquido al día, sin contar el té o el café. Es recomendable un vaso de limonada caliente (30 ml de zumo de limón, una cucharadita de azúcar y 180 ml de agua caliente), y a ser posible 30 minutos antes del desayuno 90 ml de zumo de ciruela pasa caliente, a la que se le puede añadir nuez moscada o canela.

No es bueno abusar de alimentos pobres en residuos como el arroz, huevos y carne, ya que su movimiento por el intestino es más lento.

C) Establecer un hábito diario de eliminación

Con ello se estimula la regularidad intestinal, como por ejemplo acudiendo al baño

cinco o diez minutos después del desayuno. Además puede acompañarse con una bebida caliente que favorezca la motilidad intestinal.

Hay que evitar la urgencia para defecar, por ejemplo, debe procurarse el uso de retretes públicos cuando sea necesario y no esperar a llegar a casa.

No se buscará la regularidad a fuerza de tomar laxantes por cuenta propia.

D) Evitar los laxantes

En muchas ocasiones no es lo más adecuado la utilización de laxantes porque son fármacos que inducen la defecación, pero a largo plazo producen un estreñimiento crónico. Con una buena posición y otras medidas preventivas no tiene por qué ser necesario la utilización de medidas farmacológicas.

En algunos casos el estreñimiento puede resultar peligroso. En una cirugía abdominal o perianal reciente, el sobreesfuerzo en la defecación puede hacer que se suelten los puntos. Además, el esfuerzo al contener la respiración en personas con deterioro cardíaco, cerebral o respiratorio puede desencadenar agravamiento de sus enfermedades previas. De aquí la importancia de una buena prevención.

Posición adecuada: la persona se mantendrá erguida, con los pies apoyados en el suelo, las rodillas y caderas flexionadas en posición de semicuclillas en la medida de lo posible. El movimiento de balanceo de la parte superior del cuerpo contribuirá a una eliminación más cómoda sin ejercer tanta fuerza en la zona abdominal.

En las personas encamadas es necesario el uso de la cuña (figura 10.1), colocándose la zona más estrecha hacia la espalda porque facilita una mejor colocación, sobre todo si el paciente no puede elevar las piernas (figura 10.2).

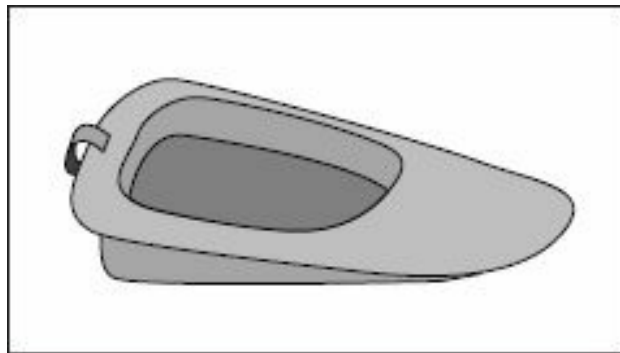


FIGURA 10.1

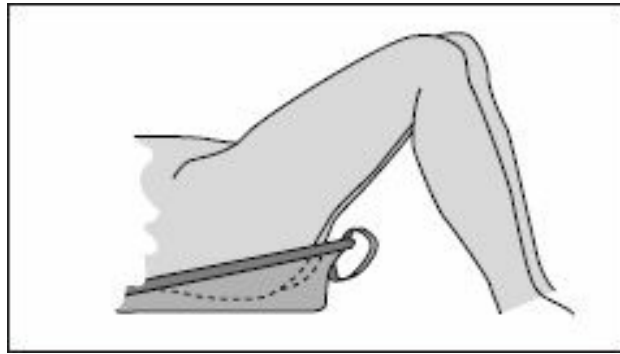


FIGURA 10.2

E) Algunos consejos

- Facilitar en el domicilio luces piloto nocturnas y/o barandillas para que el paciente pueda tener fácil acceso al cuarto de baño por la noche con menor riesgo de caídas.
- Prendas de vestir fáciles de quitar.
- Técnicas de relajación si la persona mayor se angustia fácilmente, como puede ser la realización de respiraciones profundas.
- Cuando la evacuación es dificultosa, hay que tranquilizarle explicándole que más tarde se puede volver a intentar.
- Evitar ruidos y estímulos externos a la hora de defecar.
- En personas dependientes, se debe procurar la mayor intimidad posible y mentalizarles que su situación es natural y no debe suponerles un problema. Hay que mantener su intimidad y procurarles todo el material necesario para que sea lo más autosuficiente posible: toalla, esponja, jabón, ropa interior limpia, servicio cercano y si no es posible, tener a mano la cuña u orinal.
- Si el estreñimiento está producido por una enfermedad o un fármaco, debe acudir a su médico para que le indique el tratamiento adecuado.

Es fundamental, antes de recurrir a los laxantes, que se haga una dieta con abundante ingestión de líquidos y fibra.

10.5. Administración de medicamentos

Existen preparados orales en forma de sobres, jarabes y pastillas. También están los supositorios que ablandan las heces y liberan gases; la persona que lo va a administrar debe colocarse un dedil o un guante y lubricar el supositorio antes de insertarlo (con una sustancia grasa, como puede ser la vaselina). Se tiene que introducir casi todo el dedo, y luego mantener presionadas las nalgas del enfermo para que no expulse el supositorio.

El mejor momento para introducir el supositorio es unos treinta minutos antes de la

deposición del mayor o después del desayuno, que es cuando hay más movimiento intestinal.

Es importante cumplir el tiempo de tratamiento prescrito por el médico, incluso cuando el estreñimiento no se ha producido o se ha dejado de dar.

Nadie debe tomar laxantes sin prescripción médica, ya que siempre van a tener efectos secundarios.

Otra forma de tratar el estreñimiento es mediante la administración de enemas, que consiste en la introducción de líquido en recto y colon, cuya función es la eliminación de heces y gases.

Se clasifican según sus indicaciones, siendo los más frecuentes y los que tienen menos complicaciones los enemas de limpieza.

Con los enemas de limpieza se consigue una distensión intestinal, producida por la cantidad de volumen introducido que irrita la mucosa intestinal y se favorece así la eliminación de las heces retenidas. En un paciente con estreñimiento es más usual aplicar enemas de limpieza pequeños, con ellos introducimos unos 500 ml de solución. Es importante el consejo de la enfermera de su centro de salud, ya que será ella la que le aplique el primer enema y le enseñe a prepararlo.

Siempre que se aplique un enema será por prescripción médica, única y exclusivamente, así como el tipo de enema y la frecuencia de aplicación.

Lo primero que hay que realizar es la preparación del material necesario: equipo de enema, lubricante, pañales absorbentes, papel higiénico (o toalla), cuña, soporte con percha en alto y unos guantes para la persona que lo administra. Debe explicarse a la persona mayor lo que se le va a hacer para que así colabore en la medida de lo posible.

Al mayor se le coloca tumbado, apoyado sobre el lado izquierdo de su cuerpo completamente en horizontal, y con pañales debajo de sus piernas para no manchar la cama. Una vez preparado el enema (según pauta médica) hay que comprobar si se ha añadido la cantidad de agua adecuada (si se añade mucha la solución puede ser ineficaz, incluso puede producir complicaciones y, si tiene poca agua, la solución resultante es muy concentrada y puede producir irritación). Después se comprueba que la temperatura del agua oscile de 40 a 43 °C.

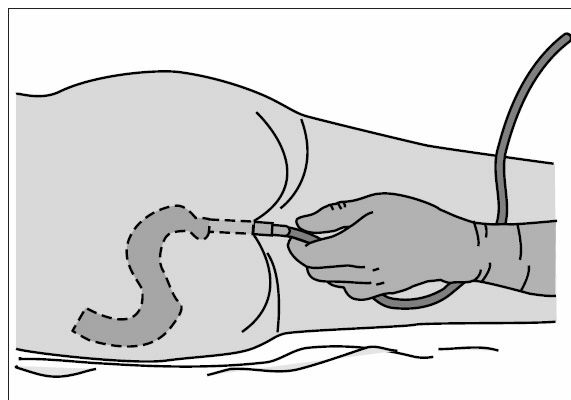


FIGURA 10.3

La persona que administra el enema se pondrá los guantes, elevará la bolsa a no más de 30 cm sobre el nivel de la persona mayor y llenará toda la sonda hasta que derrame algo de líquido. La sonda elegida se lubrica y, pinzada, se introduce suavemente siguiendo la dirección del ombligo unos 10 cm ([figura 10.3](#)).

Es normal encontrar resistencias, que se intentarán solucionar, pero nunca se deberá forzar, es mejor desistir y buscar la ayuda de alguien con más experiencia y destreza. La enfermera de su centro de salud será la persona más adecuada para explicar todo lo que se debe hacer en cada caso, o incluso deberá hacerlo ella misma.

Si la sonda pasa sin problemas y la persona mayor se encuentra bien, con la bolsa en alto se despinza la sonda. Lo ideal es que pase todo el líquido, pero si el enfermo no lo aguanta se retirará la sonda.

Es necesario que la persona mayor retenga el enema unos 5 o 7 minutos apretando las nalgas, luego se le gira unos 2 minutos. Si sigue aguantando, se le voltea sobre el lado derecho de su cuerpo. Estos cambios de posición favorecen la eficacia debido a la anatomía del colon ([figura 10.4](#)). Si el paciente sigue reteniendo, se le tumbará mirando hacia arriba con la cuña bien colocada para facilitar así la eliminación.

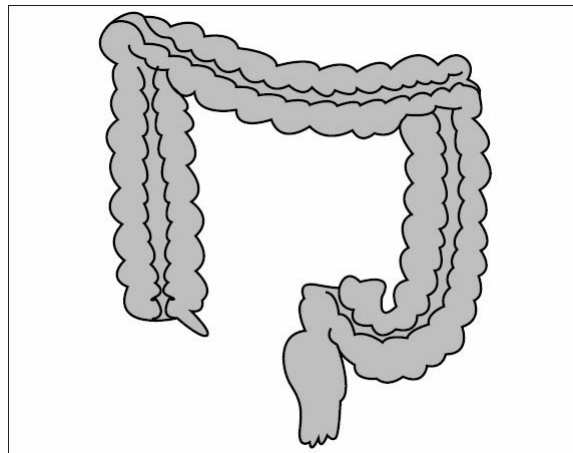


FIGURA 10.4

10.6. Masajes

Otras alternativas para el tratamiento del estreñimiento son las aplicaciones de masajes en el abdomen y en la región glútea, ya que puede proporcionar estimulación y relajación del intestino y de los esfínteres anales.

Para que el masaje sea eficaz se necesita que el enfermo se encuentre tendido en una superficie firme y no demasiado blanda. La altura debe ser adecuada para que la persona que va a realizar el masaje esté lo más cómodo posible, aproximadamente tiene que estar a la altura de la cadera ([figura 10.5](#)).

El fisioterapeuta será quien le indique la forma más adecuada de hacer presiones sobre el abdomen. Para su realización, las manos han de estar limpias, secas y calientes.

Una vez colocados, el peso del cuerpo debe recaer sobre las piernas y manos evitando posturas que castiguen la espalda y los brazos. Antes de empezar deben untarse las manos con aceite o cremas para que se deslice mejor por la piel (tampoco abusar de ellos porque las manos pueden escurrirse demasiado).

Es recomendable la combinación de diferentes técnicas: compresión, percusión, movimientos circulares, etc., según la masa de grasa de la persona mayor, siendo el fisioterapeuta el que nos indique el más adecuado.

Para iniciar el masaje la persona mayor debe estar tumbada con las manos estiradas y el abdomen relajado ([figura 10.6](#)); se comenzará por el lado derecho haciendo fricciones mediante movimientos circulares siguiendo la dirección de las agujas del reloj, procurando hacer cada vez más presión, sin llegar a hacer daño.



FIGURA 10.5

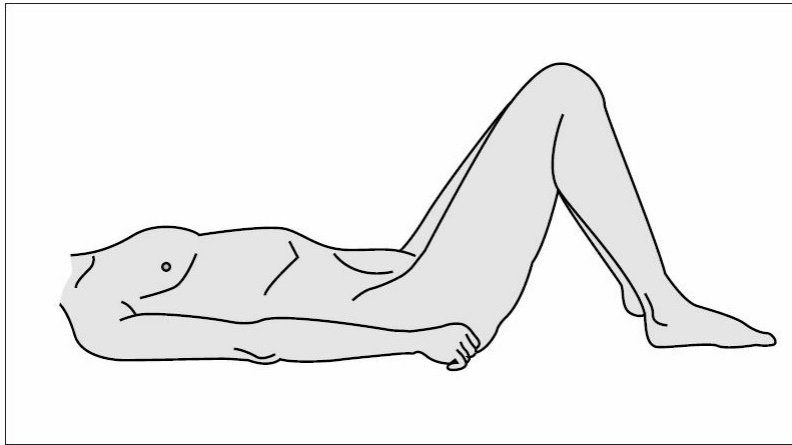


FIGURA 10.6

También se puede llevar a cabo un masaje de la región glútea; en este caso, la persona mayor se tumbará boca abajo y se realizarán fricciones profundas, que comienzan en la región sacra, las manos se dirigen hacia abajo y hacia afuera de los glúteos ([figura 10.7](#)). A la vez, se realizan movimientos de amasamiento y golpeteo con los puños cerrados, que son muy útiles para la relajación anal, y además tienen la ventaja de que son más fáciles de realizar que otros automasajes ([figura 10.8](#)).



FIGURA 10.7

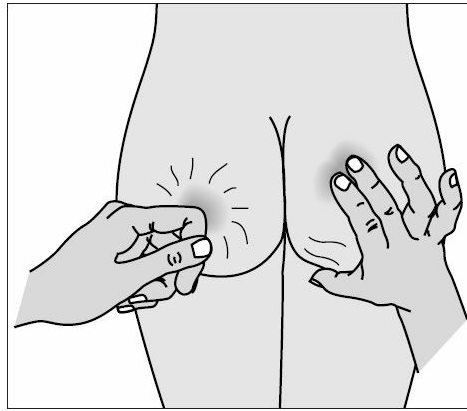


FIGURA 10.8

Además, si en el momento de la deposición, la persona mayor procura proteger el periné de la excesiva distensión, aproximando los glúteos, haciendo presión con los dedos pulgar, índice y corazón, le resultará menos doloroso e incluso más rápido.

Recuerde...

- Los factores que predisponen al estreñimiento en la población mayor.
 - El abuso de laxantes crea dependencia a los mismos y no solucionan el problema.
 - Las técnicas de administración de enemas y la aplicación de masajes para aliviar el estreñimiento.
-

Alteraciones de la marcha y el equilibrio

11.1. Introducción

La capacidad para poder trasladarse de un sitio a otro conservando la postura recta permite valorar el estado físico y psíquico de un individuo. El propio individuo relacionará el poder conservar esta capacidad con su estado de salud. Cuando se conserva, el individuo se siente independiente y útil, pero cuando se pierde, en mayor o menor medida, se siente impotente y dependiente.

Para que la marcha y el equilibrio se conserven adecuadamente se precisa del correcto funcionamiento de:

- Músculos, huesos y articulaciones: al contraerse y relajarse, los músculos mueven los huesos unidos por las articulaciones, permitiendo el movimiento.
- Sistema nervioso: va a ser el encargado de recibir la información que le llega desde la vista, el órgano del equilibrio del oído, las articulaciones y la piel para poder mandar ordenes a los músculos.

La estabilidad y el equilibrio máximos se logran cuando:

- Se mantiene la cadera justo encima de la superficie delimitada en el suelo por la separación de los pies. Al separar los pies, se consigue una superficie mayor y una mayor estabilidad.
- Se distribuye el cuerpo de manera simétrica con respecto a la línea vertical que iría desde el centro de la cadera al suelo.

11.2. Factores que influyen en la marcha y el equilibrio

A) Estado de salud general

Puede haber alteraciones físicas o psíquicas que impidan o limiten el movimiento (alteraciones músculo-esqueléticas, alteraciones neurológicas o sensoriales, depresión, fatiga, etc.).

B) Nutrición

Deberá aportar nutrientes, vitaminas, minerales y energía que permitan el correcto funcionamiento y mantenimiento de los huesos y los músculos.

C) Hábitos o estilos de vida incorrectos

- Torsión o encorvamiento de la espalda durante la realización de diferentes actividades.
- Empujar o levantar objetos pesados.
- Caminar sobre superficies resbaladizas o irregulares.
- Uso de ropa ajustada, que impide la libertad de movimientos.
- Mobiliario no ajustado a la constitución física del individuo.
- Uso de lentes bifocales que alteran la alineación de la cabeza para poder ver adecuadamente.

11.3. Importancia de la marcha y el equilibrio en la persona mayor

Los efectos del envejecimiento sobre el aparato muscular y esquelético y sobre la capacidad de moverse son generalizados. Sin embargo, el deseo de mantener la movilidad y un estado de vida independiente determinará una actitud positiva de la persona mayor.

Algunos signos y síntomas van a ser consecuencia del envejecimiento normal; otros nos van a avisar de futuras alteraciones o son consecuencia de enfermedades y alteraciones que ya se han hecho presentes en la persona mayor. Dichas alteraciones pueden producir incapacidades que podrán ser prevenidas, retrasadas o modificadas, siempre y cuando se lleve a cabo una detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación precoces.

Para que esto sea posible, será necesario cambiar la actitud de la persona mayor y de las personas de su entorno (familia y cuidadores). Las limitaciones relativas al movimiento son, con frecuencia, aceptadas como algo normal, resignándose a ellas y quitándoles la importancia que se merecen.

Al perder la autonomía en la locomoción, la persona mayor se vuelve más dependiente dentro del grupo que convive con ella, pierde la confianza en sí misma y la

autoestima. Además, cuanto más limitado sea el movimiento del individuo, más se agravará la incapacidad de moverse y la dependencia.

Las manifestaciones de independencia se comprueban en:

- Desplazamiento autónomo y mantenimiento de una postura alineada.
- Destreza de movimientos y mantenimiento de la agilidad en la realización de actividades de la vida cotidiana.
- Realización de actividades recreativas adecuadas a sus requerimientos y limitaciones.
- Motivación y estabilidad emocional.

11.4. Características de la marcha de la persona mayor

La persona mayor va a adoptar una postura de flexión general. Esto se debe a que la edad produce una disminución de la elasticidad y flexibilidad de los tendones y ligamentos, que da lugar a la flexión de las articulaciones de los huesos largos, muñeca, cadera y rodilla ([figura 11.1](#)).

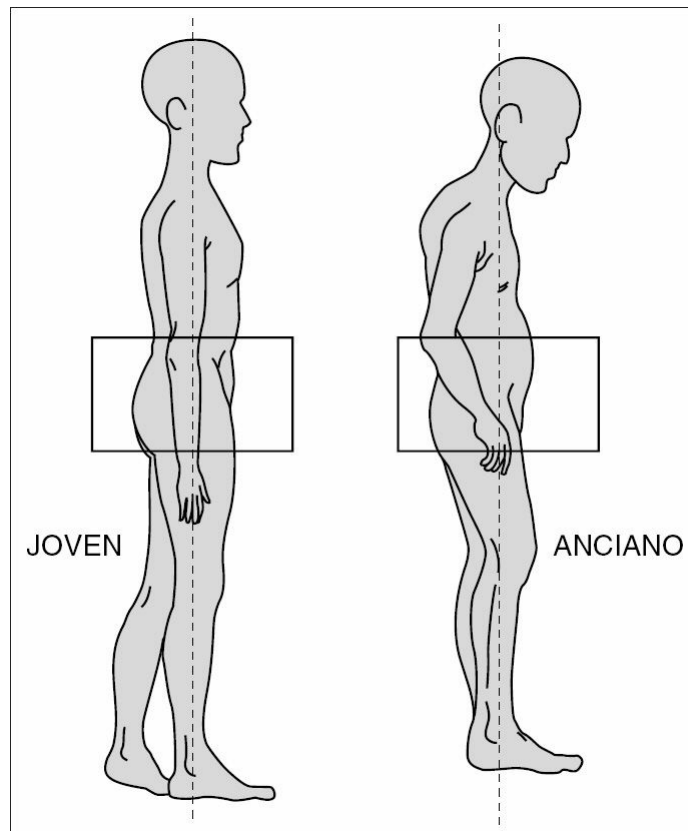


FIGURA 11.1

Para compensar el desequilibrio se produce:

- Flexión hacia delante del tronco.
- Adelantamiento de la cabeza.
- Hombros redondeados.
- Disminución del balanceo de los brazos.
- Disminución de la longitud de la zancada.

11.5. ¿Qué produce los trastornos de la marcha y el equilibrio en los mayores?

A) Cardio-vasculares

El corazón disminuye en peso y volumen, por lo que bombeará una menor cantidad de sangre hacia los vasos y aumentará el número de latidos.

Los vasos pierden elasticidad por el depósito de sustancias calcáreas en sus paredes, produciendo un aumento de la tensión arterial.

B) Neurológicas

El cerebro disminuye en tamaño y peso como consecuencia de la pérdida irreparable de las células que lo forman. Estas células también son las encargadas de formar los nervios que comunican el cerebro con las diferentes partes del cuerpo.

C) Sensoriales

- Vista:
 - Se pierde agudeza y amplitud del campo visual.
 - Disminuye la capacidad de diferenciar colores.
 - Aumenta el tamaño del cristalino, dificultando su acomodación y alterando la visión cercana.
 - Se altera la adaptación de la pupila a la cantidad de luz que entra a través de ella.
 - Se reduce la secreción lacrimal.
- Tacto:
 - Se encuentran disminuidas las sensaciones táctiles, dolorosas y térmicas.
 - Equilibrio:
 - Degeneran las células que forman el órgano del equilibrio, el cual informa al cerebro sobre la posición del cuerpo en el espacio.
 - Aparecen trastornos: vértigos o sensación de que los objetos giran

alrededor del individuo.

D) Músculo-esqueléticas

- Envejecimiento óseo:
 - Los huesos sufren la pérdida de calcio.
 - Disminuye la separación entre las vértebras, produciendo una disminución de la talla y alteración en la postura corporal.
 - Aumenta la encorvadura de la espalda.
 - Giro del pie hacia fuera, que favorece la aparición de callosidades.
- Envejecimiento muscular:
 - Disminución de la masa, de la fuerza y del tono muscular.
 - Aparición de situaciones de pérdida brusca del tono muscular.
 - Aumento de la grasa corporal.
- Envejecimiento de las articulaciones:
 - Deterioro de las superficies articulares por un crecimiento irregular de los extremos de los huesos.
 - Aparición de dolor por compresión de los nervios y por las deformidades articulares.
 - Aumento de la elasticidad de los ligamentos, que produce una excesiva movilidad de las articulaciones.

Las repercusiones sobre la marcha y el equilibrio se manifiestan por:

- a) Intolerancia al ejercicio. Los músculos no reciben la cantidad de sangre que necesitan para funcionar adecuadamente, produciéndose fatiga muscular, pesadez y debilidad. Otras veces aparece un intenso dolor que obliga a parar hasta que éste cese.
- b) Alteración en la movilidad. Se da un enlentecimiento en la transmisión de los impulsos nerviosos y en la realización de los movimientos. También se produce una falta de precisión en los movimientos o un ligero temblor en las extremidades, sin que se produzca incapacidad por ello.
- c) Aumento del riesgo de lesión. Disminuye la alerta ante peligros presentes en el entorno. También se da una falta de adecuación de las barreras arquitectónicas presentes en el medio donde se mueve la persona mayor. Estos factores aumentan la inseguridad del individuo, favoreciendo la inmovilidad y el aislamiento social. La persona adopta mecanismos de defensa como la inmovilidad, la ingestión de fármacos o la adopción de posturas incorrectas, que van a producir un empeoramiento de las

dificultades.

Las deformidades articulares que afectan a las piernas favorecen las alteraciones del equilibrio y la marcha, aumentando así el riesgo de lesiones y caídas. Al sufrir la pérdida de minerales, el hueso se hace más frágil y se favorece la aparición de fracturas.

- d) Pérdida de autoestima. La aparición de deformidades alteran su imagen corporal; surgen dificultades para llevar a cabo el propio autocuidado y las actividades de la vida cotidiana; aparecen alteraciones psicológicas en forma de signos de duelo: llanto, enojo, retraimiento, irascibilidad, exigencia y dependencia total. La persona mayor puede llegar a rehusar la rehabilitación y perder el interés en el mantenimiento de su cuidado.

11.6. Valoración de los trastornos de la marcha y del equilibrio

11.6.1. Valoración subjetiva

La persona mayor será capaz de describir:

- Cuáles son las actividades de la vida cotidiana que puede hacer y cuáles no, así como, el esfuerzo que necesita para llevarlas a cabo.
- Su estado de ánimo y motivaciones individuales.
- Si se desenvuelve bien en el entorno donde vive, tanto en su propio hogar, como en su zona de residencia.

11.6.2. Valoración objetiva

Mediante la observación de los movimientos de la persona mayor, la familia o los cuidadores pueden ayudar a descubrir cualquier problema que pudiera afectar a su salud.

- Postura general. Hay que observar si mantiene el cuerpo rígido o encorvado, el grado de flexión de las extremidades y la aparición de contracturas.
- Bipedestación. Se observará la distancia entre los pies cuando se encuentre de pie y si coloca la punta de los pies hacia adentro o hacia afuera.
- Marcha. Se observará si arrastra los pies al andar y la altura a la que levanta el pie y el balanceo de los brazos al caminar.
- Velocidad. Se determina si la velocidad se mantiene constante en toda la distancia, o bien, aumenta o disminuye. También se determina si parece fácil o difícil de parar.
- Esfuerzo. Para levantarse o sentarse, para subir o bajar escaleras. Hay que determinar la fuerza para agarrar objetos.
- Equilibrio. Necesidad de buscar apoyos en muebles, pasamanos, etc. Hay que

observar si mantiene la mirada fija en el suelo cuando se desplaza, además de la inestabilidad para permanecer de pie con los ojos abiertos y/o cerrados. También se observará la inestabilidad para girar o sentarse.

- Aparatos de ayuda (andador, bastón y muletas). Determinar la aceptación de su uso, si la técnica de utilización es la adecuada y valorar si el aparato es adecuado a la talla del individuo o a sus necesidades personales.

Esta valoración es una parte de la valoración geriátrica imprescindible en la persona mayor. Está será llevada a cabo por diferentes profesionales sanitarios, y con los datos que se recojan en ella podrán:

- Conocer la situación de la persona mayor y determinar su evolución.
- Facilitar la identificación y el diagnóstico de problemas de salud.
- Establecer los cuidados y tratamientos que permitan el logro de objetivos realistas.
- Facilitar el acceso a servicios sociales o asistenciales en caso de que sean necesarios.
- Mantener a la persona mayor integrada en la familia y la comunidad.

11.7. Técnicas de ayuda

Los mayores que pueden andar, pero necesitan la ayuda de otra persona, pueden ser manejados correctamente con estas técnicas (si no puede ser manejado con seguridad, debe utilizarse la silla de ruedas o pedir ayuda al fisioterapeuta).

11.7.1. Soporte frontal

Es un sistema muy adecuado para personas débiles y asustadizas, sobre todo, si tienen miedo a caerse de espaldas. El ayudante se coloca frente a él y le sostiene colocando las palmas de sus manos hacia arriba, sujetando las manos de la persona mayor o por debajo de su antebrazo. El ayudante empieza a andar paso a paso hacia atrás, animándole a que se incline hacia adelante. Si la persona mayor tendiera a caerse, el ayudante dará un paso rápido hacia adelante, colocando sus brazos alrededor de la espalda de aquél para evitar su caída.

11.7.2. Soporte lateral

Es un método excelente para mayores débiles y especialmente para hemipléjicos (personas mayores con un lado del cuerpo paralizado). El ayudante andará al lado derecho de la persona mayor y un poco por detrás de ella, tomando la mano derecha del

mayor con su mano derecha, y colocando su mano izquierda en la espalda del mayor para agarrarlo en el caso de que se tambaleara hacia atrás. También puede moverse y colocarse fácilmente detrás de la persona mayor para sujetarlo con su cuerpo ([figura 11.2](#)).

Hay otra variante de esta forma de soporte lateral para las personas que han sufrido una hemiplejía y que necesitan recuperar la marcha. Si el lado afectado es, por ejemplo, el derecho, el ayudante se situará en ese lado para dar seguridad a la persona mayor. Deslizará su brazo izquierdo por debajo de la axila de la persona mayor, cogiendo la mano derecha con su mano derecha y estirando en lo posible el brazo afectado. El ayudante colocará el dorso de su mano izquierda sobre el pecho de la persona mayor (como se indica en la figura), que podrá agarrar con su mano libre esta mano. En caso de que la persona mayor se tambalee hacia los lados o hacia delante, el ayudante podrá corregir su posición y darle estabilidad sin demasiada dificultad. Cuando, con el tiempo, la persona mayor haya recuperado fuerza en el lado afectado, el ayudante deberá colocarse en el lado sano. La operación descrita será a la inversa si el lado afectado es el izquierdo ([figura 11.3](#)).

11.7.3. Soporte dorsal

Se trata solamente de una ayuda moral para mayores que andan casi de una manera independiente, pero que todavía no tienen suficiente confianza. El ayudante se coloca detrás o ligeramente a un lado. Como la persona mayor no puede verle, está mucho menos nervioso, sin embargo, el ayudante tiene sus manos preparadas a los lados y a la menor señal de inestabilidad se coloca detrás del individuo y corrige su equilibrio.



FIGURA 11.2



FIGURA 11.3

11.8. Aparatos de ayuda

Son los diferentes aparatos que ayudan a los mayores sanos a caminar. Cada tipo de persona usará un modelo determinado, dependiendo de sus características individuales. Estos aparatos se mantendrán siempre al alcance de la persona mayor.

11.8.1. Bastones

El bastón de madera es el aparato más simple y el más usado por personas mayores que sufren una pequeña debilidad o artritis de un lado del cuerpo, por aquellos con ligeros trastornos del equilibrio y por los que tienden a apoyarse en los muebles. La persona que sufra parálisis de un lado del cuerpo o haya sufrido una fractura de cadera, deberá sujetar el bastón con la mano contraria a la afección. Al caminar, irá adelantando la pierna afectada al mismo tiempo que el bastón ([figura 11.4](#)). Si la persona mayor sufre de artritis, sujetará el bastón del mismo lado en el que sufre su dolencia.

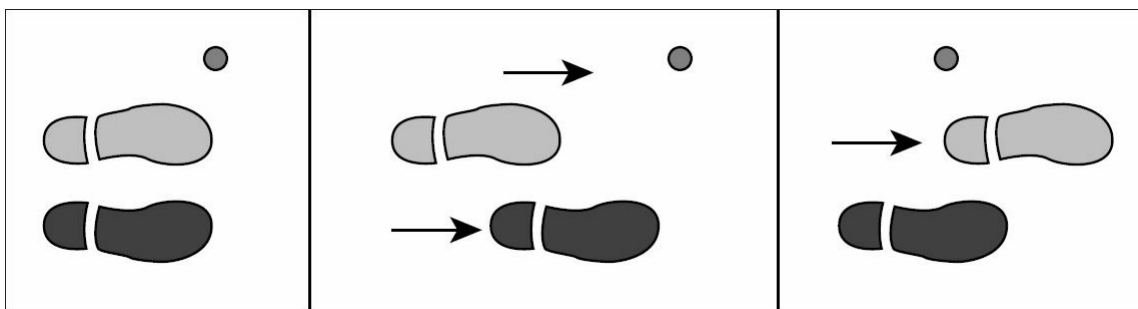


FIGURA 11.4. Forma de dar los pasos usando un bastón: pie derecho (en negro), pie izquierdo (en gris), punto gris (bastón) y flechas (dirección de avance).

El bastón debe reunir las siguientes características:

- Tiene que estar hecho de fresno duro.
- Debe tener una buena empuñadura.
- La altura debe ser tal, que puesto en posición vertical sobre el suelo y un poco por delante de la persona mayor, su brazo esté casi recto. Cuando se sitúe al lado de la persona mayor, la empuñadura del bastón deberá alcanzar la altura de la cadera.
- La base del bastón va cubierta por un taco o contera protectora preferiblemente adhe-siva para que se agarre bien al suelo, evitando que el bastón resbale si no se coloca derecho.

La persona mayor debe disponer de un sitio seguro cerca de su cama, silla o retrete, donde pueda dejar el bastón sin que se caiga, pues muchos se caen al intentar recoger el bastón del suelo. Deberá evitarse el uso de dos bastones, ya que el manejo coordinado de ellos es muy difícil y es casi imposible poner ambos en el suelo alternativamente.

Los bastones con tres o cuatro puntos de sostén amplía la base de apoyo (figura 11.5), proporcionando mejor soporte que un bastón corriente. Son usados especialmente en el tratamiento de los trastornos de la marcha debidas una alteración de origen cerebro-vascular. Tienen una empuñadura estilo “manillar de bicicleta”, pudiendo ajustarse a la altura y tamaño deseados, y lleva unas buenas conteras de goma en todas sus patas, pudiendo mantenerse de pie por sí mismo.

11.8.2. Muletas

Las más usadas son axilares, Lofstrand y las extensoras del codo (figura 11.6). Las Lofstrand tienen la máxima utilidad como sustituto del bastón. El manguito para el antebrazo y la barra metálica estabilizan la muñeca y hacen más segura la marcha. La persona puede soltar la barra para usar la mano y el manguito conserva la muleta en su sitio. Con las muletas, el peso corporal debe apoyarse en los brazos y no en las axilas. La persona mayor debe estar erguida para conservar el equilibrio y evitar daños musculares

o articulares. Antes de empezar a usarlas es necesario fortalecer los músculos.

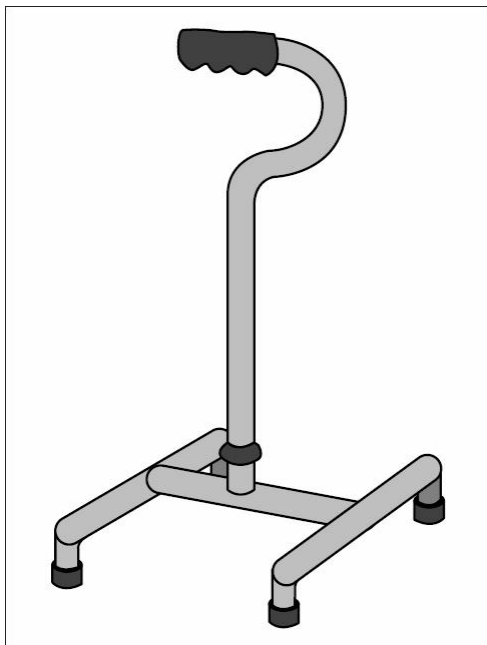


FIGURA 11.5

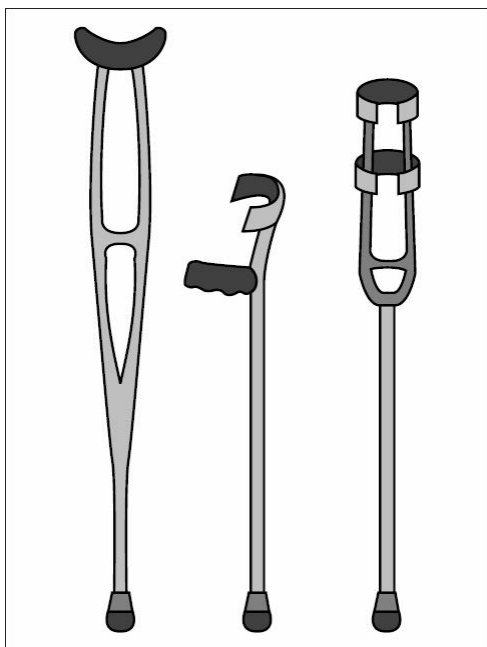


FIGURA 11.6

11.8.3. “Zimmer” y otras ayudas de poco peso

Este tipo de aparato se sujeta con ambas manos (figura 11.7). El individuo lo levanta y lo coloca firmemente sobre sus cuatro patas, unos treinta o cuarenta centímetros delante de él, dando dos pasos hacia delante, levantándolo de nuevo y realizando la misma operación (figura 11.8).

Este aparato adelanta y aumenta la base de la persona mayor, dándole una mayor estabilidad y evitando, al mismo tiempo, cualquier tendencia a caerse hacia atrás. Es muy útil, particularmente para aquellas personas que tienen mucho miedo y para aquellas otras con tendencia a las caídas y que se sujetan en todos los muebles a su alcance, para quienes padecen artritis en las caderas o rodillas o han sufrido una fractura. Ayuda a no descargar el peso sobre las articulaciones. No es recomendable para las personas mayores que han sufrido trastornos circulatorios en el cerebro. Como este aparato proporciona una marcha no muy natural, debe intentarse que los pacientes renuncien a él según vayan mejorando.



FIGURA 11.7

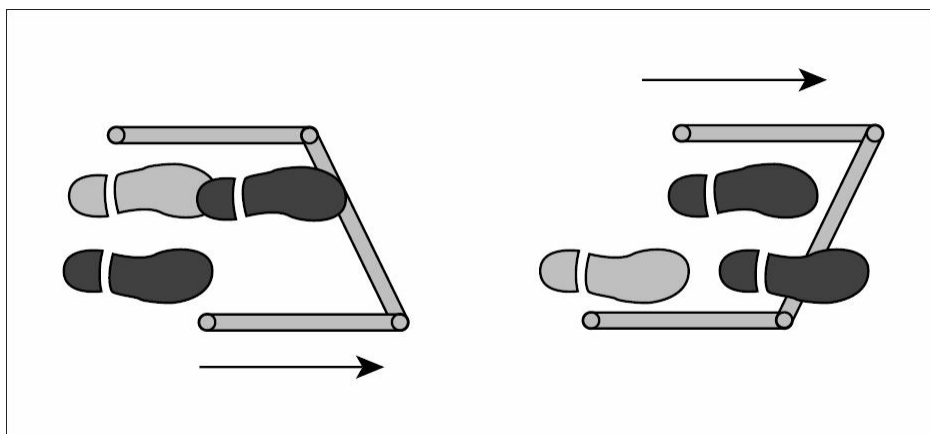


FIGURA 11.8

Los aparatos con ruedas no son generalmente muy aconsejables debido al peligro de que se puedan escapar de las manos de la persona mayor; pero en este tipo de andador, tal desventaja está compensada, ya que las patas traseras están cubiertas con conteras de goma. La persona mayor empuja el aparato de frente como si fuese el cochecito de un niño. Resulta ser un estupendo aparato para los enfermos de Parkinson que necesitan un soporte, pero que tienen gran dificultad en manejar un Zimmer por la rigidez que sufren sus brazos. Como desventajas, necesita un suelo muy estable, ocupa mucho espacio y tiene dificultad para pasar por las puertas.

En el aparato intercambiable, cada lado del caballete de apoyo puede moverse hacia adelante alternativamente. Así, la persona mayor es soportada con mayor firmeza, completamente estable y con gran libertad de movimientos ([figura 11.8](#)).

11.9. Prevención

Los ejercicios rehabilitadores o terapéuticos pretenden restablecer una capacidad perdida o disminuida. Requieren de la participación de profesionales especializados, para valorar el grado de afectación y proponer un programa de rehabilitación específico, al que se pueden añadir técnicas especiales tales como termoterapia, hidroterapia, cinesiterapia, mecanoterapia, medidas ortopédicas y/o medidas especiales.

Las caídas traen consigo complicaciones físicas, psíquicas y sociales. Pueden deberse a: enfermedades crónicas, fármacos, alcohol, vestuario, ambiente, episodios de pérdida de fuerza y al envejecimiento normal. Sería recomendable la consulta del capítulo de este libro que hace referencia a las medidas de seguridad para evitar las caídas.

11.10. Consideraciones finales

Este capítulo es solamente orientativo. Ante cualquier duda, deberá recurrirse a su

centro de salud o a los centros sociales comunitarios destinados a la atención de personas mayores. En estos centros se encuentran profesionales capacitados para atender los diferentes casos de manera individual.

Recuerde...

- El envejecimiento tiene consecuencias sobre los músculos y los huesos y sobre la capacidad de moverse. Esto no significa que la persona mayor, los familiares y cuidadores se resignen y acepten estas limitaciones como algo normal. Anime a la persona mayor que se muestre independiente.
 - Si no puede ayudar con seguridad a caminar a la persona mayor, debe utilizar la silla de ruedas. Nunca la utilice por comodidad o pereza.
 - Antes de empezar a usar cualquier aparato de ayuda para caminar, es necesario fortalecer los músculos. Son muy recomendables los ejercicios rehabilitadores que pretenden restablecer una capacidad perdida o disminuida.
 - Ante cualquier duda, deberá recurrirse a su centro de salud. En estos centros se encuentran profesionales capacitados para atender los diferentes casos de manera individual.
-

La osteoporosis

12.1. ¿Qué es la osteoporosis?

La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por la pérdida de densidad del hueso, lo que provoca una disminución de su resistencia hasta tal punto que éste llega a romperse con facilidad. La complicación más habitual de la osteoporosis son las fracturas óseas tales como las de cadera (más grave y menos frecuente) y la fractura de antebrazo.

La osteoporosis es una enfermedad extremadamente frecuente, que afecta a tres millones y medio de personas en España. Un 30-50% de las mujeres sufren osteoporosis con la llegada de la menopausia y la mayoría de las personas de ambos sexos con más de 65 años también están afectadas por la enfermedad.

CUADRO 12.1

Tipos de osteoporosis

PRIMARIA O INVOLUTIVA	SECUNDARIA, PRODUCIDA POR
- Tipo I (postmenopáusica) - Tipo II (senil)	- Enfermedades - Inmovilidad - Fármacos - Otras causas, en especial nutricionales

La masa ósea aumenta de forma constante desde la infancia hasta

aproximadamente la tercera década de la vida, momento en el cual alcanza su valor máximo, valor que se denomina pico de masa ósea. A partir de ese momento, cesa el incremento y comienza una pérdida progresiva pero constante de masa ósea (osteoporosis involuntaria) en ambos sexos. En la mujer se produce un desequilibrio hormonal manifestado por un descenso de las hormonas segregadas por los ovarios: los estrógenos. Estas hormonas son las que impiden la destrucción del hueso.

Todo ello se traduce en una disminución importante de la densidad ósea que caerá dentro de los límites de la definición de osteoporosis, especialmente en aquellas personas con un pico de masa ósea insatisfactorio o que presentan un ritmo de pérdida elevado.

Centrándonos más en la clasificación, la osteoporosis de tipo I corresponde a la que típicamente se presenta tras la menopausia y afecta principalmente a las vértebras y a los huesos de la articulación de la muñeca.

Por el contrario, la osteoporosis tipo II, la senil, se caracteriza por la disminución de formación del hueso (función osteoblástica), afecta a ambos sexos por igual, con mayor afectación de vértebra y cadera.

Además de las osteoporosis primarias, nos encontramos con un grupo del que no se conoce la causa, las denominadas osteoporosis idiopáticas.

Las osteoporosis secundarias son aquellas que aparecen como consecuencia de otros procesos:

- Enfermedades: hiperparatoidismo e hipertiroidismo.
- Estilos de vida: sedentarismo, inmovilidad permanente, tabaquismo, alcohol, etc.
- Fármacos: corticoides.
- Nutricionales: dieta pobre en calcio, excesivo consumo de proteínas.

12.2. Manifestaciones

El proceso biológico que acontece en los huesos y conduce a la osteoporosis es lento y silencioso. Por tanto, las manifestaciones clínicas de la osteoporosis son, por desgracia, tardías y derivadas de las fracturas osteoporóticas. Son personas que acuden a la consulta aquejadas de dolores crónicos lumbares, sordos, difusos, mal localizados, que aumentan con el esfuerzo y la deambulación, de modo que son más intensos al final del día. Otras veces lo hacen a causa de un dolor brusco en espalda, que indica aplastamiento vertebral. En ocasiones acuden inquietos por la deformación de su espalda o por el acortamiento de su estatura. El estado general está conservado y es frecuente que la persona adquiera un aspecto más robusto, que puede llegar hasta la obesidad.

La osteoporosis es, hoy en día, un importante problema de salud pública precisamente porque las personas que la padecen sufren fracturas, de las cuales sería necesario conocer sus mecanismos de producción para trabajar en su prevención.

12.3. Fractura de cadera

El 90% de estas fracturas ocurre en personas mayores de 50 años, de las que el 80% son mujeres. Es la más frecuente a partir de los 80 años de edad.

En personas muy mayores y/o con osteoporosis extrema, la caída ocurre después de que la cadera se haya fracturado de manera espontánea. En estos casos, puede estar precedida por dolor al andar o al estar en pie durante los días o semanas previos, debido a que ya existe una fractura incompleta.

Las personas mayores se caen con más frecuencia dentro de casa o en el centro geriátrico donde viven, a causa de escaleras poco iluminadas, la utilización de ceras en suelos y lustres en pasamanos de escaleras, juguetes abandonados en el suelo, alfombras, cables de las estufas, lentes mal graduadas, zapatos de tacón, etc.

Un porcentaje alto de caídas se produce cuando la persona mayor se dirige al cuarto de baño y puede que la urgencia para orinar sea un factor más a tener en cuenta (dado que a estas edades el control del esfínter también se pierde).

La fractura de cadera requiere la hospitalización inmediata del paciente para su tratamiento adecuado y precoz, teniendo que ser intervenidos quirúrgicamente en muchas ocasiones y tienen una estancia media entre quince y treinta días. Algunas personas mayores que viven solas pueden yacer en el suelo sin ayuda durante horas antes de ser trasladados al hospital. Esos casos presentan a veces hipotermia, neumonías y úlceras por presión.

12.4. Fracturas vertebrales

Es la fractura más frecuente en la osteoporosis. En la población mayor de 50 años se da casi el doble de casos de este tipo de fractura que en la de cadera. En la mujer aumenta notablemente el número de casos tras la menopausia, y en general es unas dos veces más frecuente que en el hombre. Estas fracturas ocurren habitualmente tras un esfuerzo mínimo, como toser, levantar un objeto, levantarse de una silla o por un traumatismo moderado como, por ejemplo, caer sentado. Son más frecuentes las fracturas múltiples que las únicas y con localización en la región dorsal (vértebras en las que comienzan las costillas) y la región lumbar de la columna vertebral.

Sólo un tercio de estas fracturas requieren atención médica. Las manifestaciones clínicas principales son: dolor, deformidad de la columna vertebral y pérdida de estatura. La persona mayor adopta una posición que reduzca el dolor, generalmente acostado, ya que el menor movimiento aumenta el dolor. La tos, los estornudos, la defecación y los movimientos respiratorios pueden verse severamente limitados en los primeros días.

12.5. Fractura de antebrazo

El 80% se producen en la porción del hueso radio más cercana a la articulación de

la muñeca (fractura de Colles) por desplazamiento de la mano hacia atrás y afuera. Su causa es una caída al suelo con apoyo de la mano extendida hacia delante. Es cuatro veces más frecuente en la mujer que en el varón. Son fracturas dolorosas, requieren uno o más períodos de inmovilidad, y en muchas personas mayores provocan su hospitalización. Una complicación frecuente es la rigidez de la mano, la opresión del nervio mediano y, si se daña la superficie articular, artrosis de muñeca.

Las personas mayores con fracturas pueden sufrir muchas complicaciones: shock, neumonía, tromboflebitis, embolia pulmonar, incontinencia urinaria, desorientación, herida o úlcera por presión, cálculos renales e infecciones verticales. El tratamiento de las fracturas se complica por otras enfermedades que afectan a las personas mayores (diabetes mellitus, alteraciones renales, enfermedad cardiovascular, hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva).

12.6. Prevención y tratamiento

Además de seguir en cada caso las recomendaciones del médico, las medidas generales que todas las personas pueden adoptar son:

12.6.1. Realizar una alimentación equilibrada y completa rica en calcio

Parece claro que es necesaria una ingestión de calcio adecuada durante la infancia y la adolescencia para conseguir un mayor pico de masa ósea. También es necesario mantener una ingestión adecuada a lo largo de la vida. Esas necesidades se vuelven a elevar tras la menopausia y en la edad avanzada.

Por ingestión adecuada de calcio se entiende la cantidad necesaria a consumir para que un individuo consiga una masa ósea a lo largo de su vida y reduzca al mínimo la pérdida de la misma en años posteriores.

El consumo de calcio recomendado en los adultos de 25 a 65 años varía según el sexo y período de edad. Así, en los hombres en estas edades la cantidad de calcio óptima es de 1.000 mg al día. Sin embargo, en las mujeres, se deben hacer dos grupos:

- Entre 25-50 años deberán consumir 1.000 mg/día.
- Tras la menopausia, se estima que las mujeres que no toman estrógenos tienen una necesidad de calcio de 1.500 mg/día, porque así se puede limitar la pérdida de masa ósea. Pero este tratamiento no debe considerarse un sustituto de los estrógenos. En las mujeres postmenopáusicas, hasta los 65 años, la absorción intestinal de calcio suele estar disminuida (menor de 600 mg/día). Por todo ello, se pueden acelerar las pérdidas óseas que experimentan las mujeres mayores.

En hombres y mujeres mayores de 65 años, parece prudente aconsejar un consumo de 1.500 mg/día de calcio.

Hay que tener en cuenta que existen una serie de fármacos y alimentos que van a inter-ferir negativamente en la asimilación del calcio:

- Los anticonvulsivantes alteran la absorción de calcio como consecuencia de un trastorno en el metabolismo de la vitamina D (vitamina que favorece dicha absorción).
- Las grandes cantidades de sodio y proteínas animales y los fármacos antiácidos que contienen aluminio van a aumentar la eliminación por la orina del calcio.

CUADRO 12.2
Contenido en calcio de algunos alimentos

ALIMENTO	CONTENIDO CÁLCICO (MG/100GR)
<i>Verduras</i>	
Repollo	400
Soja seca	226
Acelgas	110
Judías pintas	106
Lentejas	79
<i>Cereales</i>	
Pan blanco enriquecido	84
<i>Frutos secos</i>	
Avellanas	250
Almendras secas	234
Nueces	99
Cacahuetes	74
Frutas	15-24
<i>Pescados</i>	
Sardinas en aceite	354
Lenguado	70
<i>Carnes y huevos</i>	
Carnes	8-12
Huevos	40
<i>Confitería</i>	
Melaza	273
Chocolate con leche	228
<i>Lácteos</i>	
Leche entera en polvo	909
Leche entera pasteurizada	123

Leche desnatada	133
Queso emmental	1.180
Queso bola	900
Queso cabrales	700
Queso roquefort	700
Yogur natural	137
Yogur sabores	122
Bio natural	134
Arroz con leche	98
Petit Suisse natural	120
Natillas	121
Cuajada	169

- El alto contenido de oxalatos y fitatos de las verduras y de algunos alimentos pueden reducir la disponibilidad del calcio.
- Los corticoides disminuyen la absorción del calcio.
- Además, un consumo de calcio superior a los 4 gr/día puede provocar una serie de efectos adversos:
 - La absorción del calcio va disminuyendo conforme aumenta la ingestión de éste.
 - Debe extremarse la precaución a la hora de aconsejar suplementos de calcio en los individuos con tendencia a padecer cálculos renales.
 - El aumento en la ingestión de calcio puede interferir en la absorción de otras sustancias nutritivas como, por ejemplo, el hierro (pudiendo provocar una anemia).
 - El calcio puede alterar la absorción de ciertos medicamentos como las tetraciclinas.
 - Puede producir efectos secundarios como estreñimiento, flatulencia, exceso de calcio en sangre y en orina (hipercalcemia e hipercalcemia).
 - Los alimentos como la leche entera, ricos en calcio, tienen un alto contenido en colesterol.
 - Los individuos con intolerancia a la lactosa deberán limitar o eliminar los productos lácteos líquidos, pero pueden conseguir una ingestión de calcio adecuada utilizando productos lácteos de bajo contenido en lactosa o leche sin lactosa.

12.6.2. Practicar regularmente el ejercicio físico y evitar el sedentarismo

- **Función preventiva.** El ejercicio físico realizado hasta los 30 años de edad supondrá un factor importante en la prevención de la osteoporosis, ya que éste va a determinar la densidad ósea del hueso, a partir de esos años la tendencia biológica se basa en perder más masa ósea, la cual va a depender de la actividad física que se mantenga. Para prevenir la osteoporosis debe fomentarse un estilo de vida más activo, frente al sedentarismo y la mecanización a la que nos invita la vida moderna.
- **Función terapéutica.** Una buena actividad física con programas activos posturales o de actividad física general serán muy importantes a la hora de conseguir un efecto positivo global y también sobre músculos y huesos en la columna y los miembros.
- **Función rehabilitadora.** Cuando se producen las fracturas a causa de la osteoporosis, como en el caso de las fracturas de cadera, muñeca, hombro, etc., el ejercicio físico va a ser muy importante para recuperar la función que se ha perdido. De todas estas fracturas deriva una pérdida funcional, la cual también mejora con el ejercicio físico.

12.7. ¿Cómo comenzar el ejercicio físico?

Está claro que el ejercicio físico refuerza los huesos y evita la progresión de la osteoporosis. Andar, correr, nadar, ir en bicicleta, hacer gimnasia, son ejercicios que van a poder realizar la mayoría. Sin embargo, en el caso de la persona mayor es más interesante realizar las tareas físicas o recreativas cotidianas que las actividades gimnásticas o recreativas desacostumbradas. Además, se le puede animar a practicar ejercicios creativos y divertidos que favorezcan la integración social al realizarlos en grupos.

Si la persona mayor ha estado inactiva durante mucho tiempo, hay que introducir lentamente la actividad física:

- Comenzar con períodos cortos de tiempo de entre 5 y 10 minutos, dos veces a la semana.
- Aumentar de forma progresiva añadiendo unos cuantos minutos más, hasta que el período oscile entre 20 y 30 minutos durante 3 o 4 veces por semana.
- Es aconsejable, durante unos minutos, realizar antes unas fases de calentamiento y después de enfriamiento, así como practicar los estiramientos adecuados.
- Es aconsejable consultar a un especialista antes de empezar a realizar cualquier tipo de ejercicio.
- Es importante escoger el momento del día más adecuado para practicarlos, ya sea solo o en grupo.

La inmovilización impuesta por el reposo en cama, incrementa la desmineralización del hueso, por lo que es aconsejable limitar la inactividad al tiempo necesario más corto. En todo caso, la persona que, inevitablemente, debiera permanecer largo tiempo en cama, deberá realizar en ella ejercicios simples de miembros y ejercicios respiratorios, según sus posibilidades. Emplear de manera incorrecta los métodos para movilizar y cambiar de postura a la persona mayor encamada, pueden producir fracturas si la pérdida de hueso es grave.

12.7.1. Suficiente exposición al sol

Por ser un factor importante en la formación de la vitamina D, que es una sustancia que facilita la absorción del calcio. Muchas personas mayores no tienen oportunidad de exponerse a la luz del sol adecuadamente, por lo que necesitan dosis suplementarias de vitamina D. Estas personas necesitarán un control en la ingestión de vitamina D, ya que su abuso puede provocar toxicidad.

12.8. Recomendaciones

- Caminar diariamente, como mínimo, una hora.
- Tomar el sol, al menos, durante una hora.
- Consumir productos lácteos (leche, yogur, queso, etc.) en la cantidad que su médico le haya aconsejado.
- Los vegetales como la lechuga, las espinacas y acelgas y las ostras y los pescados como la sardina y el salmón son ricos en calcio.
- La vitamina D se encuentra en cereales, leche, yema de huevo, pescado azul e hígado.
- Una taza de leche (250 ml) contiene 300 mg de calcio y 100 UI (unidades internacionales) de vitamina D.
- Nunca es demasiado tarde para comenzar el tratamiento con calcio y vitamina D, con ello se puede disminuir el porcentaje de fracturas en 18 meses.
- Evitar un exceso de proteínas, ya que provocan la pérdida de calcio a través del riñón. Para un adulto es suficiente 44 gr de proteínas al día: una pechuga de pollo tiene 26 gr, un bistec de 85 gr tiene 20 gr de proteínas.
- La ingestión elevada de alcohol, cafeína y el consumo de tabaco aumenta la necesidad de calcio y favorece la pérdida de masa ósea en el organismo.
- Realizar la gimnasia diaria que el médico o enfermera/o le hayan aconsejado. No debe hacerse por cuenta propia ejercicios de flexión.
- Intentar disminuir el riesgo de caída. Para ello es aconsejable:
 - Llevar las gafas bien graduadas.

- Tener cuidado con los suelos resbaladizos.
- Al sentarse, deben evitarse los sillones y butacas blandas, es aconsejable un asiento rígido con apoyo para los brazos. Si se precisa, debe colocarse una almohada detrás de la zona lumbar.
- Cuando se tenga dolor intenso de espalda:
 - Hacer reposo en la cama o una silla.
 - Suspender temporalmente la gimnasia.
 - Si se precisa, ponerse en contacto con el médico de familia y la enfermera/o.

<i>Recuerde...</i>

- La osteoporosis es una enfermedad que se caracteriza por la pérdida de densidad del hueso y una disminución de su resistencia hasta tal punto que éste puede romperse con gran facilidad. La osteoporosis se da en la mayoría de las personas de ambos sexos con más de 65 años.
 - Las caídas pueden ser la causa de una fractura. Reduzca los riesgos.
 - Para prevenir la osteoporosis realice una alimentación equilibrada y completa, rica en calcio. En hombres y mujeres mayores de 65 años, es aconsejable una ingestión de 1.500 mg de calcio al día. La persona mayor debe practicar regularmente ejercicio físico. También es muy recomendable tomar el sol.
-

13

Problemas de la visión

13.1. Envejecimiento de la vista

Con la edad se producen cambios en la estructura del ojo, unos son fisiológicos y normales del propio envejecimiento y cuya intensidad variará en cada individuo, y otros patológicos, que trataremos a lo largo del capítulo.

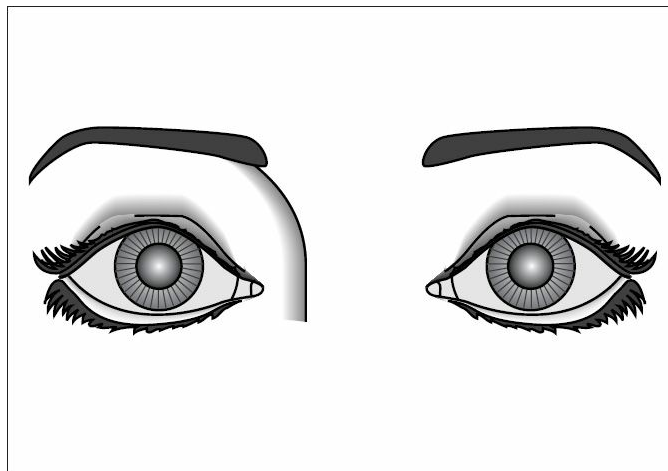


FIGURA 13.1

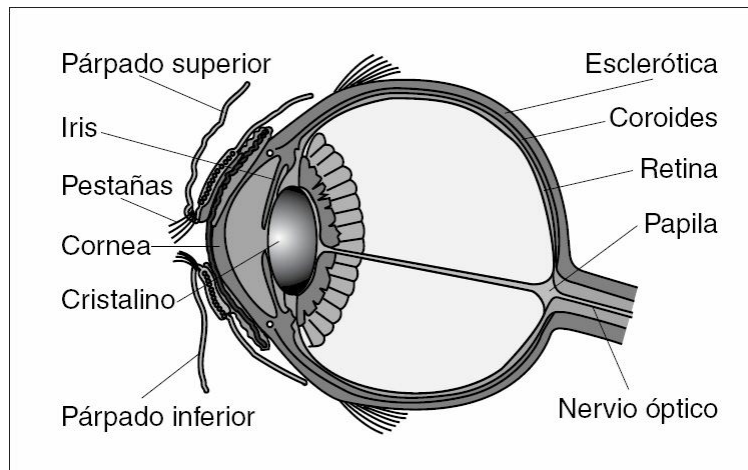


FIGURA 13.2

Los cambios que se producen con la edad en el ojo son:

- Disminuye la cantidad de grasa retrorbitaria, lo que produce hundimiento del ojo dentro de la órbita.
- Se producen alteraciones en la posición de los párpados, al disminuir la elasticidad y la cantidad de grasa.
- Al alterarse el sistema lagrimal hay una mayor tendencia al lagrimeo espontáneo.
- Por la alteración de la pupila se produce una menor adaptación a los cambios de luz, y esto hace que, cuando se presenten modificaciones en la intensidad de la luz bruscamente, la persona tarde más tiempo en adaptarse y tenga problemas de visión.
- El cristalino, con la edad, se vuelve más opaco; en un principio no tiene mayor importancia, pero evoluciona agravándose, probablemente asociado a otros factores, y origina alguna patología (cataratas).
- Se llama acomodación a aquellos cambios necesarios para conseguir una buena visión cuando se enfocan los ojos sobre un objeto cercano tras haber estado enfocados sobre un objeto alejado. En las personas mayores se produce una alteración de dicha acomodación. A esto se le denomina presbicia.
- Existe una menor respuesta ante los estímulos dolorosos por modificaciones en la córnea.
- Se produce pérdida de pelo en las pestañas y cejas, por lo que el ojo queda más desprotegido, teniendo más riesgo de lesión.

13.2. Cómo detectar la aparición de alteraciones visuales

Los familiares o las personas que convivan con el anciano pueden detectar la aparición de posibles alteraciones visuales mediante la observación de:

- Manchas de alimento en la ropa, con mayor frecuencia que antes.
- Aumento en el uso de medios de comunicación en los que no son necesarios la visión, por ejemplo la radio, en lugar de la televisión y el periódico.
- Mayor número de tropiezos con objetos en el hogar (sillas, mesas, zapatos en el suelo, etc.).
- Peticiones de ayuda para encontrar determinados objetos cuando se cambian de lugar.
- Dificultad para diferenciar los colores, por ejemplo, ponerse calcetines de distintos colores.
- Renuncia a salir a la calle por inseguridad.
- No reconocer a las personas que conocen (por falta de visión).
- Dificultad para hacerse la comida, ir de compras, etc.

Debe tenerse en cuenta que muchas de las personas con alteración visual intentarán quitarle importancia, diciendo que no les apetece ver la televisión porque no les gusta lo que hay, o porque les duele la cabeza, etc.; en realidad lo que les ocurre es que tienen dificultad para verla, pero no aceptan la posibilidad de tener una alteración.

13.3. Consejos generales

13.3.1. Aplicación de pomadas

Lo primero que se debe hacer es preparar el material que se necesita para la aplicación de la pomada: la medicación o pomada prescrita, gasas o torundas de algodón secas y torundas de algodón humedecidas con suero fisiológico normal estéril o agua hervida con sal, para limpiar los párpados las y pestañas. Tras esta labor, hay que lavarse y secarse meticulosamente las manos.

Se colocará a la persona mayor sentada y con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás, o bien, si lo prefiere se le tumbará boca arriba. Deben limpiarse los párpados y las comisuras con una torunda de algodón humedecida. Se limpia el ojo con una torunda humedecida desde la zona interna del mismo (zona más próxima a la nariz) hasta la parte externa. Se utiliza una torunda de algodón diferente para cada ojo.

Se quitará el tapón del bote de la pomada y se deja sobre una superficie limpia cerca de la persona mayor (colocando la parte interna del tapón hacia arriba). Hay que decir al anciano que mire hacia arriba fijando su mirada en un punto. Con el dedo índice de una mano se eleva el párpado superior y el dedo meñique de la mano en la que tiene la pomada lo apoyará en la mejilla del anciano y tirará de la piel suavemente hacia abajo para poner la muestra de la pomada en el saco conjuntival (parte inferior del ojo) ([figura 13.3](#)).

Si la pomada ya está abierta, hay que desechar un poco de la misma, para evitar posibles infecciones por contaminación.

Comenzará echándose la pomada en la comisura interna, aplicando una fina banda

de ésta en el saco conjuntival inferior, y dirigiéndola hacia la parte externa del ojo. Hay que procurar que el tubo no toque el ojo, el párpado o la pestaña.

Diremos al anciano que parpadee varias veces para que la pomada se extienda y se absorba mejor. Hay que decirle que no debe apretar el ojo, para evitar que se salga la pomada.

Tapar el tubo y lavarse las manos, tras realizar esta técnica.

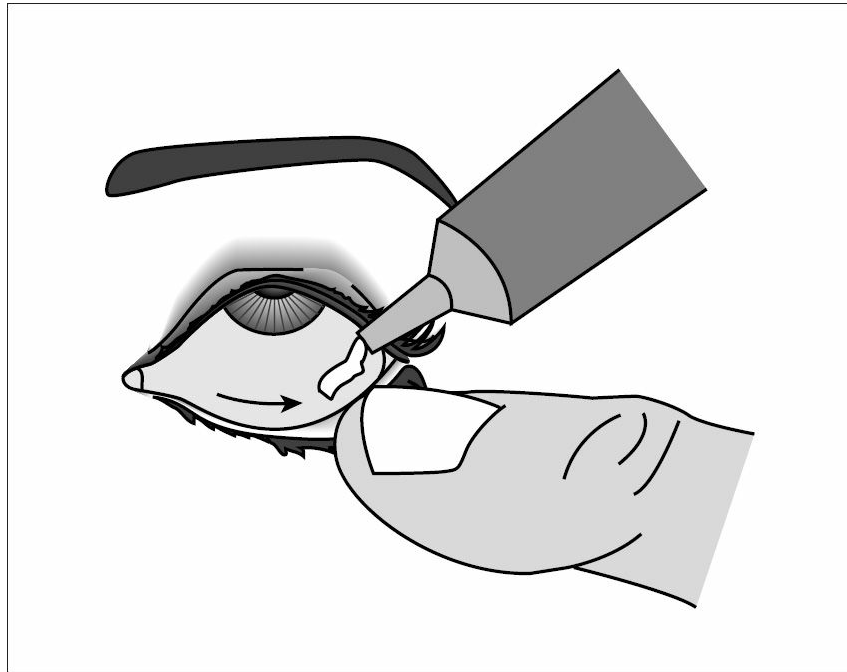


FIGURA 13.3

13.3.2. Aplicación de colirios

Como en la aplicación de pomadas hay que preparar el material necesario, lavado y secado de manos, colocación del paciente y limpieza de los ojos; estos puntos son los mismos que en la aplicación de pomadas.

Se dirá a la persona mayor que mire a un punto fijo. Se levanta el párpado superior con el dedo índice, la otra mano se coloca sobre la mejilla del paciente, y se tira suavemente del párpado inferior hacia abajo ([figura 13.4](#)).

Debe desecharse la primera o las dos primeras gotas si el colirio ya estaba abierto, y se echan las gotas en el saco conjuntival, evitando que toque el bote del colirio con la parte interna del ojo. Pídense a la persona mayor que cierre los ojos durante dos minutos aproximadamente.

Si hay que aplicar otro fármaco después del colirio, habrá que esperar cinco minutos antes de hacerlo. No deben administrarse dos fármacos a la misma vez en el ojo. Si se usan colirios y pomadas, debe aplicarse primero el colirio y después, esperando

cinco minutos, la pomada.

Téngase en cuenta que debe tirarse un colirio que lleve abierto más de 20 días, ya que puede estar contaminado y provocar complicaciones.

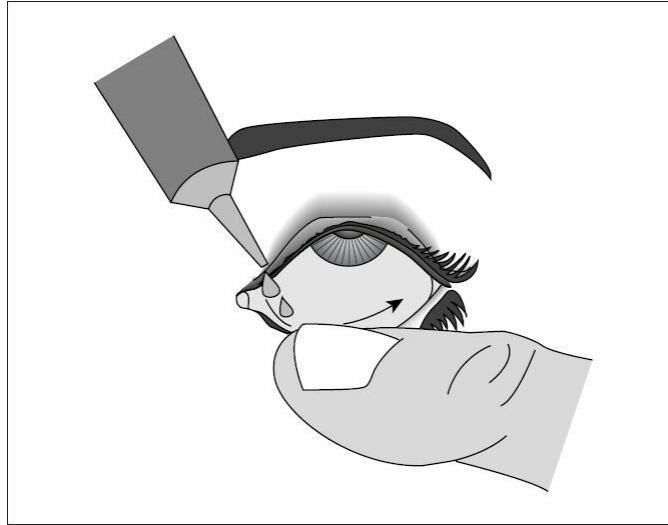


FIGURA 13.4

13.3.3. Administración de fármacos

Como todos los medicamentos que se usan a nivel ocular llevan conservantes y otras sustancias, su administración indiscriminada (automedicación) puede producir efectos adversos, como infecciones, inflamaciones, incluso llegar a producir ceguera. Por todo esto, si presentan alguna alteración por mínima que sea, no deben automedicarse, sino acudir a su médico de referencia.

Además, hay que tener una serie de precauciones con los fármacos, los colirios y las pomadas:

- No mantener los frascos abiertos durante mucho tiempo.
- No exponerlos a la luz intensa o al calor.

Con esto se intenta evitar la contaminación de los fármacos y la pérdida de eficacia de los mismos.

13.4. Cuidados de las gafas

La elección de las gafas, tanto de la montura como del tipo de cristal adecuado, es muy importante, ya que de existir una elección incorrecta pueden producirse mayores alteraciones en el individuo que las lleve. Por ello debe acudir a un oftalmólogo o a un

óptico, para que le aconseje en la elección.

Deberán limpiarse según la necesidad y suciedad de las mismas. Podrá realizarse con agua y jabón y a continuación se secarán con papel o con una toalla que no deje pelusa. La funda de las gafas deberá ser rígida para evitar que se rompan si se caen.

Además de seguir estos consejos, deberá hacerse revisiones periódicas en el oftalmólogo, porque la graduación puede variar con los años. Si no se varían los cristales, pueden agravarse las alteraciones de la visión.

13.5. Alteraciones más frecuentes en la edad avanzada

Las alteraciones más frecuentes que suelen presentarse en edad avanzada son las que se desarrollan a continuación.

13.5.1. Alteraciones en la posición de los párpados

Se producen por pérdida de fuerza de los músculos oculares. Estas alteraciones son:

- *Entropión.* El borde del párpado se da la vuelta de tal manera que las pestañas se meten dentro del ojo. Esto produce una irritación que puede originar una úlcera, sensación de cuerpo extraño, enrojecimiento, secreción, lagrimeo y miedo a la luz (fotofobia). Es más frecuente en el párpado inferior. El tratamiento definitivo es quirúrgico, pero hasta que éste se realice se aplicará un tratamiento antibiótico para evitar infección por el roce de las pestañas.
- *Ectropión.* Se produce rotación del párpado hacia fuera. Al igual que el anterior, es más frecuente en el párpado inferior. Provoca acúmulo de lágrimas, por lo que el individuo a veces llora sin causa alguna. El tratamiento definitivo también es quirúrgico.

13.5.2. Conjuntivitis

La conjuntivitis es una inflamación, por lo general de los dos ojos, de carácter benigno, aunque en ocasiones puede originar serios trastornos de los ojos.

La conjuntivitis se caracteriza por:

- Inflamación.
- Secreción.
- escozor.
- Irritación.
- Sensación de cuerpo extraño.

- Molestias de la luz.
- No hay dolor.
- No hay afección de la vista, salvo raras ocasiones.

La conjuntivitis puede presentarse de forma aguda o crónica.

En el tratamiento de las conjuntivitis infecciosas, debe intentar aplicarse el antibiótico específico para cada tipo. Además, deben realizarse una serie de medidas, como: eliminar las secreciones para evitar el acúmulo de bacteria, para ello deben hacerse lavados con suero fisiológico o con agua hervida y sal, estos lavados disminuirán en frecuencia a medida que disminuya la secreción; además, deben evitarse los vendajes, ya que favorecen la acumulación de dichas secreciones.

13.5.3. Cataratas

Es la opacidad del cristalino, se producen en personas mayores de 70 años como consecuencia de la vejez.

Las cataratas pueden ser de varios tipos:

- Centrales. Afecta a la zona central del cristalino. Las personas con esta afectación ven mejor con la luz tenue que con la luz brillante, por eso debemos evitar esta última y así evitar posibles caídas.
- Dispersas. En este caso existen varias opacidades (cataratas) en el cristalino, por lo que la luz muy brillante empeora la visión. Por ello recomendamos el uso de gafas oscuras, sombreros, etc.
- Periféricas. Son opacidades (cataratas) que se encuentran en la periferia del cristalino. Normalmente no producen alteraciones, con lo cual se detectan en consulta. En caso de que éstas invadan la pupila, provocarán visión doble.

¿Cómo se detectan las cataratas?

Existen signos que pueden orientar en la detección de cataratas, como:

- Defectos en la visión.
- Dolor de cabeza.
- Visión borrosa múltiple.
- Fatiga ocular.
- Aumento de la sensibilidad a la luz.
- Aumento de la irritabilidad como consecuencia del esfuerzo de la persona para poder ver e identificar distintos objetos y personas.

En el caso de que se presenten estos síntomas y los generales anteriormente

comentados, debe acudir al especialista para que diagnostique la posible enfermedad.

Si la persona presenta cataratas, tiene dos alternativas, en cuanto a su tratamiento:

- Uso de lentes, cuando la alteración visual no le impida realizar las actividades de la vida diaria.
- Cirugía, que se realizará en el caso de que la opacidad produjese grandes trastornos visuales que impidan la actividad diaria.

Existe una idea errónea, y es que la catarata debe tener un determinado grado de evolución para poder ser operada; esto es incorrecto, por tanto, puede realizarse la intervención de la catarata independientemente de su grado de evolución.

Tras la operación, el individuo tiene que tener en cuenta lo siguiente:

- Debe cubrirse el ojo operado con un parche.
- Evitar agacharse, inclinarse, levantarse bruscamente y realizar giros bruscos con la cabeza.
- Precaución ante posibles caídas.
- En caso de dolor, se puede tomar un analgésico prescrito por el médico.
- Debe tener cuidado a la hora de cocinar.
- No conducir.
- Debe evitar toser, estornudar, vomitar y el estreñimiento.
- No realizar excesiva actividad física.
- Administración de colirios y pomadas, prescritos por el médico, siguiendo las normas explicadas anteriormente.
- La administración de insulina en pacientes diabéticos no influye en la evolución de la catarata.

13.5.4. Degeneración macular senil

Presentan esta alteración un 30% de los individuos mayores de 75 años. Se produce una degeneración de la mácula (área de la retina responsable de la visión fina o de detalle), alterándose la visión central. Su causa se desconoce, se piensa que está relacionado con la disminución del riego sanguíneo en esta zona. Normalmente suelen estar afectados los dos ojos. Se caracteriza por:

- Dificultad visual, que empeora gradualmente.
- Visión central oscura.
- Deformidad de la imagen.

Todo esto hace que los individuos con degeneración macular senil no puedan ver la televisión, leer, conducir, hacer labores manuales, reconocer las caras, etc.

Pero, al permanecer la visión periférica, pueden seguir realizando actividades como: cocinar, limpiar y otras actividades fundamentales de la vida diaria.

No existe actualmente un tratamiento curativo. Se está usando la aplicación del láser para evitar hemorragias producidas por la formación de vasos sanguíneos anormales que se originan en esta alteración. Su prescripción debe ser precoz, ya que estas anomalías sólo se pueden tratar durante las primeras semanas.

En pacientes con esta alteración se recomienda aumentar el consumo de vitamina A y E. Las personas con esta alteración nunca llegan a recuperar totalmente la visión, pero esto no les incapacita para realizar las actividades de la vida diaria, por tanto, podrán llevar una vida independiente.

13.5.5. Sequedad de ojos

Se produce por disminución de la secreción de las glándulas lagrimales. Se piensa que está relacionado con los cambios hormonales, ya que se da con mayor frecuencia en mujeres postmenopáusicas.

No produce ceguera, pero se caracteriza por:

- Sensación de cuerpo extraño en el ojo.
- Tendencia a cerrar mucho los ojos.
- Rechazo de la luz porque les molesta.
- Se frotan con mucha frecuencia los ojos.
- Dificultad y dolor para abrir los párpados.

No existe un tratamiento radical que termine con la sequedad de ojos. Actualmente, se usan, durante el día, lágrimas artificiales, y por la noche, pomadas grasas.

Este tratamiento es importante aunque no elimine por completo la sequedad de ojos, de procurarse que todo individuo con esta alteración siga este tratamiento y que no se desanime, intentando que acepte su situación.

13.5.6. Glaucoma

Aumento de la presión intraocular del humor vítreo. El glaucoma puede producirse como consecuencia de una infección, una lesión, de cataratas hinchadas o tumores. La incidencia aumenta de los 40 a los 70 años, por tanto, deben hacerse exámenes oculares con mayor frecuencia; si existen antecedentes familiares, la revisión debería realizarse todos los años.

Existen dos tipos:

- Glaucoma de ángulo amplio o crónico simple.

- Glaucoma de ángulo estrecho.

El glaucoma, en general, se caracteriza por:

- Dolor de cabeza matutino, que desaparece poco después de levantarse.
- Sensación de que cada vez es más difícil ver o sensación de esfuerzo ocular.
- Alteración en la visión.

En el caso del glaucoma de ángulo estrecho, la situación más grave, que requiere tratamiento de urgencia, se caracterizará:

- Reducción del campo visual.
- Dolor ocular intenso.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Ojos brillantes y llenos de lágrimas.
- Visión borrosa.
- Pupila dilatada.
- Visión de halos de colores.
- No soporta la luz (fotofobia).

El tratamiento dependerá del tipo de glaucoma que presente el individuo y de las características del mismo.

Todo paciente con glaucoma debe seguir estas recomendaciones:

- Debe administrarse el tratamiento con un horario invariable.
- Debe llevar un estilo de vida tranquila.
- Las gotas deben aplicarse antes de acostarse, porque las pupilas se dilatan durante el sueño.
- Si la persona no recuerda si se ha administrado las gotas o no, es preferible que vuelva a administrárselas antes que dejar de ponerse una dosis. Por tanto, es aconsejable que se relacione la administración de gotas con alguna actividad de la vida diaria (comer, antes de dormir la siesta, etc.).
- Toda persona con glaucoma, antes de tomar un medicamento, deberá asegurarse que éste no le perjudique aumentando la presión intraocular.
- En caso de estar resfriado deberá evitar los medicamentos con antihistamínicos.
- También deben evitarse los medicamentos con cafeína y los medicamentos para el estómago que contengan atropina.
- Siempre que acuda tanto a consulta como a un servicio de urgencia deberá informar al personal sanitario que padece glaucoma.
- Sería conveniente que todo individuo con glaucoma llevase una placa o tarjeta de identificación en la que constase su enfermedad.
- Como el glaucoma es una alteración del nervio óptico, aunque se haga un

transplante, la visión no se recuperará por completo, ya que el transplante es de ojo y no de nervio óptico.

13.5.7. Diabetes y ojos

Una de las complicaciones crónicas de la diabetes es la retinopatía diabética, que constituye la segunda causa de ceguera. Es una complicación de la retina, esencialmente por alteraciones en los vasos.

Las personas diabéticas deben estar informadas de la posibilidad de desarrollar una retinopatía diabética y de la importancia de llevar un control adecuado dietético para su prevención; deben informar de cualquier síntoma visual nuevo que aparezca, y realizar revisiones oftálmicas anuales, como mínimo.

La hipertensión arterial agrava la situación, de ahí que se recomiende controlarse la tensión periódicamente. El glaucoma va a reducir las lesiones en la retina al igual que la miopía.

Cualquier alteración ocular que produzca cicatrices en la retina, ya sea traumática, inflamatoria, etc., también va a enlentecer el desarrollo y la evolución de la retinopatía.

El tratamiento puede ser de tres tipos:

- *Médico*. Es fundamentalmente un tratamiento preventivo, para evitar lesiones precoces. Podemos actuar en el control de la glucemia (glucosa en sangre), lo cual es muy importante sobre todo en los primeros años de enfermedad, porque con ello se consigue una mejor adaptación de la retina.
Muchas veces, aunque la glucemia esté bien controlada, la retinopatía diabética sigue su curso, aunque, si no se controla la glucemia, aumentarán las complicaciones. También podemos actuar sobre los distintos componentes de la cadena metabólica de la glucosa, y administrando diversos fármacos (antidiabéticos orales, insulina, etc.).
- *Con láser*. Se realiza tanto cuando el paciente tenga una buena visión como si está reducida. Se hace de manera preventiva.
- *Quirúrgico*. Pretende tratar las posibles complicaciones. Esta intervención se denomina vitrectomía.

13.5.8. La hipertensión y el ojo

Todas las personas con hipertensión arterial tienen mayor riesgo de desarrollar una alteración visual. Las alteraciones visuales que se pueden dar son: contracciones continuas e involuntarias de los ojos, hemorragias, secreciones, etc.

Para tratar las alteraciones visuales derivadas de la hipertensión arterial hay que solucionar primero el problema de base (hipertensión arterial) y conseguir mantener la

tensión arterial por debajo de 140/90 mm Hg, para ello deberá seguir un tratamiento adecuado prescrito por el médico de referencia y mantener un seguimiento de la misma en la consulta de enfermería.

Recuerde...

- Cómo detectar la aparición de alteraciones visuales en las personas mayores.
 - Las técnicas de administración de medicamentos en las enfermedades oftalmológicas.
 - Los principales problemas oculares que afectan a la población mayor.
 - La repercusión que algunas enfermedades como la diabetes y la hipertensión pueden tener sobre el ojo.
-

Alteraciones del oído

14.1. Introducción

Es importante valorar la pérdida de la audición en la persona mayor como consecuencia de múltiples alteraciones que se pueden producir:

- Alteraciones en la salud en general.
- Alteraciones en el estado emocional: depresión.
- Alteraciones en la movilidad.
- Aislamiento social.
- Confusión, falta de atención.
- Disminución de la seguridad e información auditiva.

En caso de existir demencia, se ha demostrado que la corrección del deterioro auditivo no la evitará, pero si mejorará sus síntomas.

La pérdida auditiva en la persona mayor es, a menudo, un proceso gradual. Podemos afirmar que oyen, pero no entienden. La pérdida puede considerarse inevitable a medida que pasan los años y para la que no existe ayuda real.

Las personas mayores con riesgo de tener mayor afectación de su vida cotidiana al padecer una pérdida auditiva son:

- Trabajadores.
- Personas que participan en servicios comunitarios o sociales.
- Los que proporcionan cuidado y apoyo a otras personas (cuidar nietos, etc.).

14.2. Cómo se detecta la pérdida auditiva

Los que están más cerca del anciano son los primeros en notar la pérdida, bien porque éste les pide repetir lo que se le ha dicho o porque malinterpreta. Dirá que los demás hablan entre dientes o no lo hacen con claridad.

Los ancianos, a veces no responderán, ya que no se dan cuenta de lo que se les ha preguntado; cuando estén en grupos grandes pueden parecer menos habladores de lo habitual, distraídos, y tener una expresión nerviosa y seria. Suelen sentarse cerca del interlocutor y frente a él, procurando leer en su labios.

Algunos pueden retirarse de su actividad habitual para evitar situaciones que manifiesten su pérdida; evitan estar a veces con algunas personas porque se sienten frustrados o deprimidos. La pérdida de audición se produce progresivamente a partir de los 60 años aproximadamente y puede durar hasta los 90 años.

14.3. Alteraciones más frecuentes que producen sordera en la persona mayor

14.3.1. Presbiacusia

Se presenta más en varones, por haber estado gran parte de la vida en ambientes más ruidosos. Se caracteriza por una menor capacidad para concentrarse en el sonido deseado, enmascarado por los sonidos que compiten con él. Esta manifestación se refiere a la capacidad de captar y seguir la voz deseada entre multitud de voces con una amplificación igual o mayor, por eso es necesario, muchas veces, eliminar el ruido de fondo o enmascararlo si se pretende hablar de forma directa y a veces aumentar el tono de voz. En la presbiacusia no está indicado un tratamiento médico ni quirúrgico, ya que la pérdida auditiva en el anciano no se recupera completamente. De todos modos, cuando empiece a notarse la pérdida debe acudir al médico para descartar otras posibles causas. En caso de que no exista ningún otro tipo de problema, estará indicado el uso de audífonos.

14.3.2. Tapones de cera

Es la causa más frecuente de sordera transitoria en el anciano. A veces éste problema puede pasar desapercibido en personas mayores que ya tenían alguna alteración auditiva.

Para que se produzca una pérdida perceptible el conducto tiene que estar totalmente taponado. Los tapones de cera se producen por:

- Aumento en la sequedad y adherencia de la cera de las paredes del conducto auditivo.
- Excesivo pelo en el conducto auditivo, que impide la salida de la cera (sobre

- todo en varones ancianos).
- Crecimiento óseo benigno, que hace que el conducto auditivo se estreche, por lo que se tapona antes.

Eliminación del tapón de cera

Lo primero es disolver la cera, para ello se utilizan colirios o gotas (para que su extracción no duela ni produzcamos heridas) y una irrigación del conducto auditivo con agua a temperatura corporal. Para realizar esta maniobra hay que acudir a la consulta de enfermería, al médico de familia o al otorrino, ya que no se puede realizar en caso de que haya una perforación de la membrana timpánica o de que exista una infección.

Un método para valorar la agudeza auditiva después de retirar el tapón de cera es la prueba de las palabras susurradas: después de tapar el oído del lado contrario del tapón nos situamos por detrás del anciano para asegurarnos de que no lee los labios, tanto a una distancia próxima como a la distancia de un brazo. Se le pide que repita una serie de números y después se repite la misma prueba en el otro oído; los ancianos que no son capaces de repetir esa serie de números susurrados aproximadamente a 60 cm pueden beneficiarse de las prótesis auditivas.

También hay otro tipo de pruebas para determinar si es necesario el uso de esas prótesis auditivas, que serán realizadas por profesionales (audiograma).

14.3.3. Otitis externa

Son un grupo de infecciones causadas por bacterias o por hongos. Ante los primeros síntomas, debe acudirse al médico de familia. Su tratamiento depende de la bacteria u hongo que lo cause. Los síntomas generales de la otitis son:

- Inflamación del conducto auditivo (enrojecimiento).
- Disminución de la audición.
- Fiebre.
- Picor.

Las personas mayores con diabetes mal controlada tienen más riesgo de padecer un determinado tipo de otitis causada por una bacteria llamada *Pseudomona aeruginosa* que puede llegar a complicarse con meningitis (por lo que se la denomina otitis maligna). El primer síntoma es un dolor de evolución rápida con o sin pus.

El tratamiento y los cuidados de las otitis son:

- Calor húmedo por medio de un *ottowick* (palillo esponjoso).
- Analgésicos y antiinflamatorios durante 7 días.
- Antibióticos.

- Si hay secreción, limpiar 2 veces al día.
- Evitar la ducha (es mejor el baño para evitar que se moje mucho el oído).
- El picor que se puede producir en la otitis de la persona mayor es debido a la sequedad de la piel. En este caso evitaremos las cremas hidratantes y usar alcohol para dar fricciones. Debe evitarse rascarse el oído, ya que se pueden producir heridas.

14.3.4. Otosclerosis

Es el crecimiento óseo de los huesecillos del oído medio y suele producir presbiacusia. La manera de actuar en estas personas mayores es hablar a distancia o en voz baja. El tratamiento puede ser:

- Estapedectomía (tratamiento quirúrgico que apenas se usa en ancianos).
- Prótesis auditivas.

Puede producirse sordera total cuando afecta al nervio auditivo o a otras estructuras internas del oído.

14.3.5. Pérdida de la audición por uso de fármacos

Altas dosis de ácido acetilsalicílico (Aspirina), tratamientos prolongados con un tipo determinado de antibióticos (Pantomicina, Gentamicina, Kanamicina, Neomicina, etc.) y diuréticos como la Furosemina, pueden producir esta pérdida de audición.

Según el medicamento, la sordera será reversible o no. En el caso de la Aspirina, sí lo es. También tendremos que saber si la persona mayor tiene un deterioro de la función renal, ya que una pequeña dosis produce un alto contenido del fármaco en sangre y, por tanto, afectará más al oído.

14.3.6. Trastornos vestibulares

El oído también es el órgano del equilibrio. En la persona mayor el vértigo se vincula a menudo con cambios vasculares, por tanto, ante la aparición de vértigo, habrá que acudir al médico para determinar su posible causa.

Como consecuencia de vértigos y de la pérdida del equilibrio, la persona mayor puede sufrir algún tipo de traumatismo producido por caídas. Para evitar estos traumatismos se pueden adoptar las siguientes medidas:

- Si tiene mareos-vértigos o náuseas, acudir a su médico con el fin de

- administrar la medicación adecuada.
- Si tiene mareos, la persona mayor debe solicitar ayuda a la hora de andar.
- Colocarle barras en la cama para prevenir las caídas.
- Decirle a la persona mayor que, antes de levantarse de la cama, se quede sentado en ella durante un rato.

14.3.7. Zumbidos (también llamados tinnitus o acúfenos)

Es la percepción de un sonido que no tiene origen en el ambiente. Los ancianos dicen tener ruidos en la cabeza, algunos lo describen también como un timbre, un silbido o un chasquido, incluso a veces se da todo a la vez.

El zumbido es un síntoma de la pérdida auditiva o de otras afectaciones; ante su aparición lo mejor es acudir a la consulta médica para determinar su posible causa. Existe un tinnitus normal: son sonidos corporales internos que aparecen cuando no hay ningún ruido de fondo (respiración, latido cardíaco). Se considera anormal cuando se hace un sonido más fuerte que el ruido ambiental.

Su causa no está clara. Puede producir cierta incapacidad, ya que produce molestias, puede originar estados de ansiedad y miedo en quienes los padecen.

A veces puede aliviarse con el uso de audífonos siempre que exista también pérdida de audición, ya que al amplificar los sonidos se enmascara el zumbido. A la hora de dormir pueden servir radios, relojes o cualquier aparato que lo enmascare.

Los zumbidos también pueden aparecer en enfermedades generales como diabetes, nefritis, sífilis, esclerosis múltiple, deficiencias nutritivas, alergias y uso excesivo de salicilatos (Aspirina).

14.4. Rehabilitación auditiva

Características de una persona mayor que deben valorarse en un programa de rehabilitación auditiva: tipo de pérdida de audición; nivel de pérdida auditiva: leve o severa, y nivel de comprensión: inferior al 40%.

14.4.1. Comunicación no verbal

Las estrategias de comunicación no verbal se basan en la motivación de la persona que trata de comunicarse.

La lectura de los labios es el método más eficaz, pero exige que la persona que habla pronuncie las palabras de forma normal muchas veces los gritos sólo distorsionan la capacidad de leer los labios y producen una frustración para la persona que habla y para la que escucha, todo lo que hay que hacer es hablar en un tono normal sin hacer especial

énfasis en las palabras, si lo que se comunica es corto y conciso.

También es importante el contenido emocional en el mensaje que se desee transmitir, si se logra mantener los gestos, la sonrisa y el contacto físico periódico durante la conversación, el interés de ambas partes por tratar de tener una buena comunicación será mayor.

Otro elemento que facilita la comunicación son los blocs que contienen símbolos comunes y el desarrollo de señales elementales con la mano.

14.4.2. Aparatos de amplificación

A) Transmisores de bolsillo

Son manipulados por la persona que desea comunicarse y consta de un sistema de cables con una banda FM de radio, transmisores de radio de baja frecuencia con retransmisión del origen del sonido, consta también de unidades o sistemas de recepción y amplificación con forma de auricular, o bien unidades manuales portátiles con un micrófono acoplado y auriculares.

B) Audífonos

Son sistemas de altavoces en miniatura que aumentan la intensidad de sonido y lo envían al oído con una distorsión lo más pequeña posible. Son los aparatos de amplificación más utilizados, ya que en estudios realizados se ha comprobado que las personas que los utilizaron tuvieron una mejoría significativa, no sólo en la comunicación, sino también en el área de conocimiento y en el estado de ánimo.

Se requiere una destreza manual para el uso correcto de los audífonos. Cada persona necesita un tipo específico de audífono, que tendrá la forma y tamaño adecuado a la anatomía de su oído. Se pueden adquirir en ópticas y en tiendas especializadas, su precio es muy variable y oscila entre 50.000 y 200.000 pesetas según sus características. El audífono más caro es el intra-auricular o de conducto, cuyo precio oscila entre 150.000 y 200.000 pesetas.

Con todo esto es probable que logremos que la persona mayor mejore su audición y así también se eleve la calidad de vida emocional e intelectual. La capacidad de entender relaja a la persona mayor agitada y ansiosa, con trastornos de conocimiento, y disminuye los brotes de conductas agresivas.

C) Indicaciones de los audífonos

- Pérdida parcial de la audición.
- Presbiacusia (pérdida de audición por la vejez).

- Acúfenos o zumbidos.

Debe colocarse un audífono a todo anciano en el que su pérdida de audición interfiera en su vida social u ocupacional. También hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Tipo de ambiente en el cual se desenvuelve.
- Profesión u ocupación.
- Edad.
- Estado general.
- Capacidad del anciano para manipular el audífono.
- Requerimientos específicos estéticos (a veces se rechaza el audífono aconsejado por esta causa).

D) Contraindicaciones de los audífonos

- Mala tolerancia al audífono.
- Enfermedades mentales en las cuales no se pueda conseguir que la persona mayor lo use.

E) Tipos de audífonos

- Audífono retroauricular: tiene batería, amplificador y receptor en una pequeña caja curva que se fija por detrás de la oreja. Un pequeño tubo de plástico procedente de la caja transmite el sonido hasta un molde del oído dentro del conducto auditivo. Es más visible pero es más fácil manipular los controles de volumen debido a su mayor tamaño y localización ([figura 14.1](#)).
- Audífono de gafas: tienen los componentes en una pieza de la patilla a un lado de la montura y un pequeño tubo de plástico conectado al molde que está dentro del oído. No suelen escogerse habitualmente porque uno no puede usarse sin el otro ([figura 14.2](#)).
- Audífonos de oreja: contiene todos los componentes en el molde del oído, que se fija en el hueco del mismo. Son estéticamente atractivos y se inserta con relativa facilidad ([figura 14.3](#)).
- Audífonos de conducto: contienen todos los componentes en el molde, pero éste se fija al conducto auditivo externo; gracias a esto son fácilmente ocultables, son muy pequeños y, por tanto, difíciles de insertar y ajustar el volumen. Podría ser una mala elección para personas con dedos con artrosis y otros problemas que afecten a la destreza, como el Parkinson.
- Audífonos corporales o de petaca: los componentes están situados en una caja rectangular del tamaño de un bolsillo de camisa. Un alambre procedente de la

caja transmite el sonido hasta el molde del oído. Son voluminosos y muy visibles, sin embargo, son la mejor elección para los que padecen una pérdida auditiva profunda y para quienes puedan tener dificultades para manipular unidades más pequeñas.

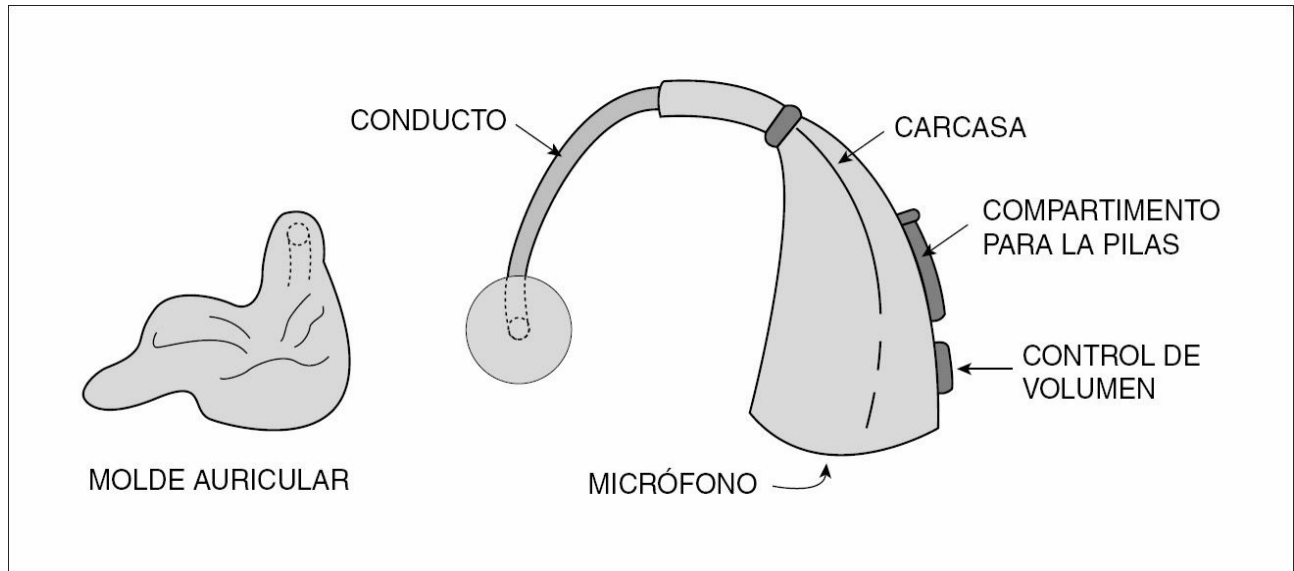


FIGURA 14.1

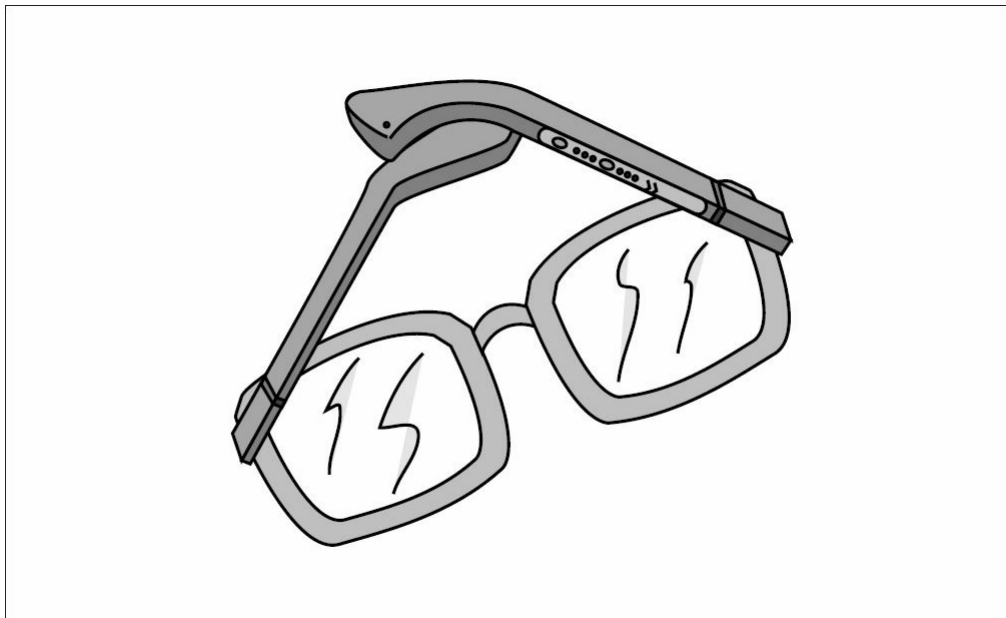


FIGURA 14.2

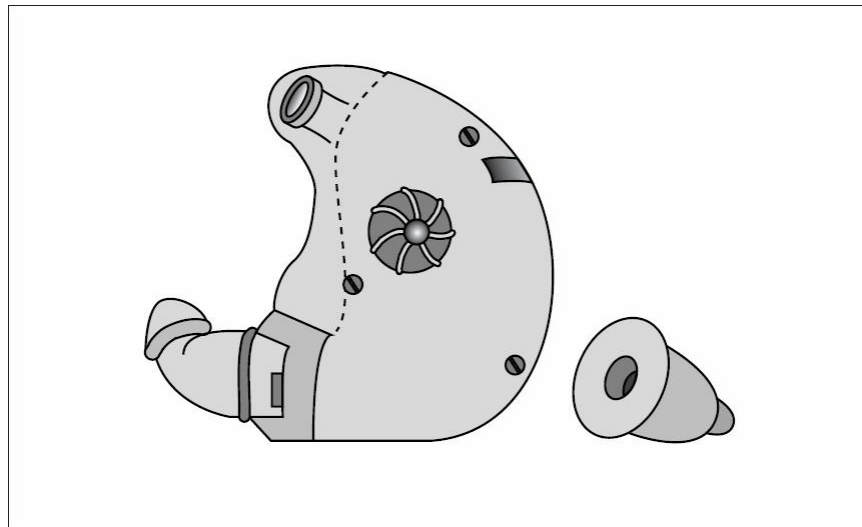


FIGURA 14.3

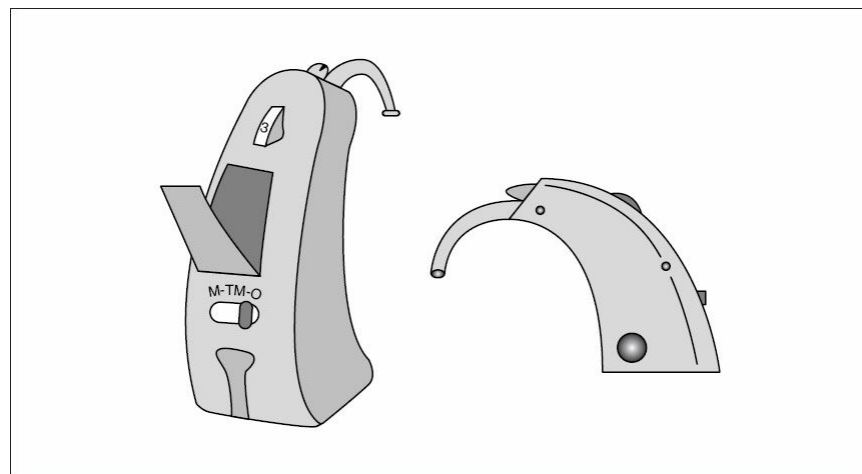


FIGURA 14.4

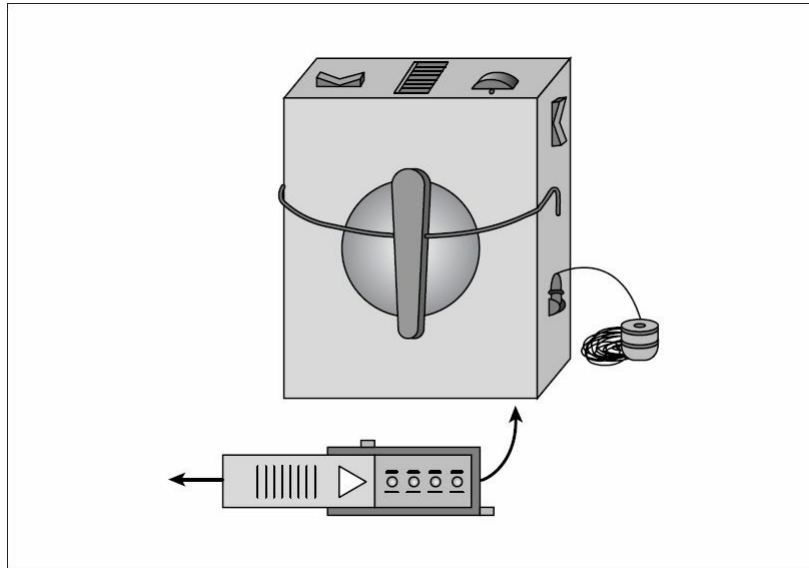


FIGURA 14.5

F) Adaptación del audífono

Con el uso del audífono se amplifican todos los sonidos, esto significa que oírán de forma diferente al modo al que solían oír. Puesto que se amplifican todos los sonidos, los ruidos de fondo pueden ser más altos y estorbar a los otros sonidos.

Será preciso un tiempo para que la persona mayor llegue a escuchar todos los sonidos a la misma intensidad y aprenda a percibir selectivamente los sonidos que son más importantes en cada momento. Se empezará a usar en ambientes con poco ruido de fondo, y con el tiempo se acostumbrará a diferenciar sonidos.

Es muy importante no precipitarse en la compra de un audífono, después de 2 a 4 semanas de prueba la persona mayor juzgará por sí misma en qué medida le beneficia y si debe realizar la compra.

G) Cuidados del audífono

Hay que explicarle al anciano que el instrumento que utiliza hay que tratarlo con cuidado para que funcione correctamente con el paso de los años.

- Recomendaciones generales:
 - Guardar en lugar seco, a temperatura normal. Suelen traer un estuche para guardarlo, que será el mejor sitio para mantenerlo.
 - No exponer al calor: no dejarlo a la luz directa del sol ni encima de radiadores o dentro del coche si es un día caluroso.
 - No exponer a la humedad: no hay que bañarse con él, evitar la exposición a la lluvia, los fijadores de pelo y el sudor.

- Quitarse el audífono si se es sometido a tratamientos de onda corta, ultrasonidos, etc.
- Para evitar daños si se caen al manipularlos, es bueno acostumbrarse a hacerlo sobre superficies blandas.
- Limpieza:
 - Debe usarse un paño suave.
 - Nunca debemos usar objetos punzantes para sacar la suciedad.
 - No tratar de limpiar la abertura del micrófono ni la de la salida del sonido.
 - Hacerlo revisar periódicamente en el servicio técnico del comercio donde se adquirió para ser sometido a una limpieza. La vida media de un audífono varía entre 5 y 10 años.
- Recomendaciones específicas:
 - Audífono de oreja y de conducto: se limpiará regularmente con un pequeño cepillo el filtro de cera, que generalmente estará ubicado en su extremo, para impedir la acumulación de cera en la abertura de la salida del auricular. Este filtro también puede ser reemplazado si es necesario.
 - Audífono corporal o de petaca: se puede guardar en una bolsita, funda de tela o cuero que se adapte bien a su tamaño para llevarlo debajo de la ropa.
- Recomendaciones generales sobre la fuente de energía: batería.
 - Cada tipo de audífono llevará un tipo de pilas o de batería, por ejemplo el audífono de petaca lleva pilas cilíndricas como las que se usan en los radios portátiles y el resto necesitan pilas con forma de botón, que son más pequeñas.
 - La vida normal de las pilas es de 5 a 6 semanas, aunque pueden durar algo más si el audífono se apaga cuando no se utiliza. También existen pilas que pueden ser recargadas al conectarse a una fuente exterior de energía.
 - Algunos consejos para sacar el mayor partido del uso de las pilas del audífono son los que se apuntan a continuación:
 - a) Evitar la exposición al polvo ambiental.
 - b) Guardarlas en un sitio fresco y seco.
 - c) Evitar la exposición al sol o a temperaturas extremas (tanto frío como calor excesivos).
 - d) No permitir que entren en contacto con monedas, llaves u otros objetos metálicos, lo mejor es guardarlas en su envase original o envolverlas en papel o plástico.
 - e) Quitarlas del audífono cuando éste no se vaya a usar (si se sulfatan estropearían el aparato).

f) Tener siempre pilas de repuesto.

14.5. Asesoramiento y orientación a la familia

La familia debe ponerse en el lugar de la persona mayor y comprender que la pérdida de audición puede producir aislamiento si los que le rodean lo permiten. Esta pérdida obliga al individuo que convive con el anciano a hacer una serie de reajustes para llegar a una convivencia satisfactoria.

Es muy útil e importante que durante las entrevistas con el profesional que adapte la prótesis el anciano esté acompañado por algunos de los familiares con los que convive, ya que el problema auditivo también crea estrés en ellos.

Debe informarse de que el audífono tiene una serie de alcances, pero también limitaciones y que éste también proporcionará beneficios a los que le rodean.

Por todo ello, la familia deberá tener en cuenta algunas normas para ayudarle:

- Apoyarle y preocuparse por él, no perder la paciencia, colaborar en la limpieza del aparato.
- Hablarle de forma clara y lenta, no gritándole ni recalcándole las palabras, los gritos distorsionan las palabras, sobre todo si se usa audífonos.
- Llamar su atención mediante el tacto antes de empezar a hablarle.
- Comunicarse con él de frente y asegurarse de que nuestra cara esté bien iluminada para que pueda leer en los labios, procurar que haya poco ruido de fondo.
- No taparnos la boca con la mano o con cigarrillos cuando se le habla.
- Utilizar gestos para que el mensaje resulte mas claro.
- Si no entiende alguna frase, decirlo con otros términos.
- Apuntar hacia objetos para reforzar el mensaje.
- Hablar más despacio cuando se hable por teléfono.

Recuerde...

- Cómo detectar la pérdida auditiva en las personas mayores.
 - Los problemas más comunes que pueden afectar a los mayores.
 - La importancia de la rehabilitación auditiva en las personas que sufren una patología del oído.
 - El empleo de audífonos es recomendable para mejorar la capacidad auditiva.
 - El aislamiento social y las alteraciones emocionales que pueden provocar la pérdida de audición.
-

Cuidados de la boca y los dientes

15.1. Problemas bucodentarios de la persona mayor

Las enfermedades bucodentarias de los mayores pueden considerarse como consecuencia en parte del envejecimiento general de los tejidos. En sentido más limitado pueden atribuirse a la suma de los pequeños, locales y, a veces, irreparables daños que con el tiempo sufren las estructuras bucales. Los dientes no sólo son una parte del sistema masticatorio, sino que además intervienen en el lenguaje e influyen en las relaciones interpersonales. Los dientes sólo funcionan correctamente si están adecuadamente sostenidos.

El efecto del envejecimiento suele ser más pronunciado en la boca que en cualquier otra parte del cuerpo. La apariencia de la boca en el envejecimiento depende de los cambios debidos a:

- Desgaste cotidiano, por ejemplo, la atricción y la abrasión.
- Funcionamiento alterado, como la desviación de dientes.
- Acumulación de efectos de muchos ataques nocivos como las caries.
- Cambio en la conducta, por ejemplo, en la higiene, la alimentación, descenso de la capacidad, cambios en las condiciones de vida.
- Envejecimiento general.

15.1.1. Atricción dental o desgaste

Con la edad, el esmalte y la dentina sufren ciertos cambios por un aumento de mine-ralización y el depósito en los dientes de elementos químicos. A pesar de su mayor dureza, el uso cotidiano de una dentadura natural, es decir, propia del individuo, produce

un progresivo desgaste dental.

En la sociedad moderna un desgaste excesivo es, sin embargo, raro en las personas de edad. Debido al menor esfuerzo que se hace al masticar los alimentos actuales, el desgaste natural es lento y en la mayoría de las personas mayores con dentición natural el desgaste es sólo moderado o levemente grave.

El desgaste por choque de los dientes superiores con los inferiores puede producir huecos en los que suelen aparecer caries cuando la higiene oral disminuye asociada al aumento de la edad. Cuando falta algún diente, el desgaste suele ser más complejo, sobre todo si se ha producido una inclinación de los dientes.

15.1.2. Enfermedad periodontal y caries dental

Esta enfermedad favorece la pérdida de piezas dentarias, provocada por lesiones en las estructuras que rodean los dientes. Esta alteración es la más frecuente en las personas mayores.

La caries dental debería ser considerada como una enfermedad degenerativa equivalente a otras alteraciones propias de la edad, como la pérdida de masa ósea; sin embargo, en el origen de las caries, en la persona mayor, influyen varios factores, de los cuales destaca la menor higiene dental.

15.1.3. Cambios en las mucosas orales

Como resultado de los cambios fisiológicos que se producen en la persona de edad, la mucosa oral puede atrofiarse y hacerse frágil, adquiriendo un aspecto brillante. Además, el descenso de la vascularización deteriora la capacidad de regeneración de los tejidos.

Como consecuencia de lo dicho anteriormente, la mucosa se hace más sensible a las influencias externas. Puede ser fácilmente dañada por alimentos duros y se repara lentamente.

15.1.4. Alteraciones de la lengua

En la persona mayor son frecuentes cambios en el aspecto, sensación y movimiento de la lengua. Disminuyen las papilas linguales y se pierde, en parte, el sentido del gusto.

15.1.5. Disfunción de la articulación de la mandíbula

El riesgo de disfunción aumenta en la persona de edad. Si se queja del funcionamiento o de una molestia aparecida tras presionar en una mandíbula, hay motivo para una consulta médica.

15.1.6. La saliva

El descenso de la producción de saliva sigue el ritmo de los cambios por envejecimiento de las glándulas salivares.

Los cambios en la superficie de la mucosa se producen por el descenso de la producción de saliva; esto determina la sequedad de la boca, que favorece la colonización por gérmenes y agrava la enfermedad periodontal y la caries.

También origina una disminución de la movilidad de la lengua y reduce la capacidad para deglutir alimentos.

15.2. Cuidados y prótesis dentales

A medida que avanza la edad, el proceso de la caries y enfermedad periodontal tiende a hacerse más crónico, y generalmente presenta menos síntomas. Por eso puede suceder que antes de poner en práctica el tratamiento la caries sea tan extensa que haya originado complicaciones.

Muchas personas mayores no van al dentista hasta que las caries y la enfermedad periodontal han afectado seriamente su boca.

15.2.1. Higiene oral

Se ha demostrado que el enjuague con flúor reduce la solubilidad de la superficie del diente, incluso en individuos de edad. Por tanto, se recomiendan aplicaciones tales como aclararse con soluciones de fluoruro y el uso de pastas dentífricas fluoradas.

Con frecuencia se menciona la importancia de los factores de nutrición en la prevención de caries. Sin embargo, las dietas sugeridas raras veces cumplen las exigencias básicas de la salud bucal. El problema es que la elección de alimentos está afectada por muchas variantes como el coste, la reducida salivación, un estado bucal deficiente y una menor actividad muscular. Por tanto se suelen elegir alimentos suaves y de fácil digestión, con lo que se prefieren alimentos ricos en hidratos de carbono que apenas necesitan masticarse y, por ello, no estimulan la función autolimpiadora de la boca. Para evitar las complicaciones descritas hay que reducir los hidratos de carbono refinados y elegir alimentos con una textura firme para aumentar la función natural preventiva de la cavidad oral.

Para evitar la caries, que es una enfermedad infecciosa producida por las placas

bacterianas adheridas a los dientes, el tratamiento consiste en eliminar dicha placa bacteriana. Para ello es precisa una limpieza, que debería realizarse cada 24 horas, ya que la formación de las placas no habrá madurado durante este período. Sin embargo, una higiene bucal efectiva no es fácil de mantener. No existe otro modo de tener éxito en la prevención que eliminando las placas con el uso de cepillos de dientes y seda dental.

La persona mayor que, por razones físicas o mentales, no es capaz de mantener una higiene oral efectiva, necesita de alguien que le ayude o de profesionales que le puedan enseñar regularmente la técnica de higiene oral y, también, hacerse cargo de un cuidado preventivo.

Para las personas mayores, pueden modificarse los medios convencionales de la higiene oral: mango accesorio en el que puede insertarse el cepillo de dientes, el vaso de plástico con un asa puede agarrarse fácilmente y con seguridad. Pueden ayudar los cepillos automáticos, que son útiles en ancianos con artritis o dificultades de movimiento, y también valen para limpiar los dientes aislados. Otro tipo de cepillos son los de cabeza pequeña.

Hay dentífricos no espumosos o ingeribles especialmente adecuados para personas con pérdida de función y que no pueden aclararse los dientes después de cepillarlos. La seda dental no es tan indicada para las personas mayores debido a las grandes separaciones que tienen entre los dientes.

La forma ideal para limpiarse los dientes en mayores es sentarse de frente al lavabo y mirarse en el espejo para saber lo que están haciendo.

15.2.2. Rehabilitación oral por medio de dentaduras

Con el envejecimiento y la pérdida de dientes aparecen importantes cambios del medio bucodentario.

El aprendizaje de nuevos reflejos y el entrenamiento de movimientos menos familiares es difícil en una persona de edad. Por ello, el paso de un estado dentado al de tener dentadura postiza plantea grandes problemas a la persona mayor.

Teniendo esto en cuenta, hay que efectuar pequeñas operaciones consecutivas, cada una seguida de un período de adaptación.

Para una mejor adaptación, son preferibles las dentaduras parciales que las completas, sobre todo en la mandíbula inferior.

Sin embargo, ni la dentadura parcial ni la completa funcionarán adecuadamente si no se toman las precauciones debidas. Lo que anteriormente se ha dicho respecto a la higiene bucal es aplicable a los dientes restantes del individuo que lleva dentadura parcial. Es muy importante una limpieza diaria de la dentadura. Debería hacerse con un cepillo suave y jabón, aclarándola después con agua corriente durante 30 segundos.

Por lo general, los acúmulos blandos que se forman después de comer se eliminan con facilidad enjuagándolas con un chorro de agua, también se puede frotar un poco con un cepillo de dientes. Debe hacerse después de cada comida y al retirar la prótesis por la

noche. Se puede meter la dentadura durante un corto período en soluciones ligeras de diversos agentes que frenan la aparición de bacterias. La dentadura debe aclararse antes de colocarla en la boca.

Se recomienda, en general, que se retiren las prótesis por la noche.

15.2.3. Fijadores de prótesis

Mejoran la retención de la prótesis y, de esta forma, su funcionamiento. Con frecuencia se usan porque utilizan prótesis antiguas que no ajustan bien.

Hay que resaltar que el uso continuo del fijador daña a la mucosa bucal y, además, hace más difícil conservar una adecuada higiene bucal. Si la prótesis no se limpia de forma adecuada, el fijador que queda se hace áspero, lo que daña a la mucosa.

15.2.4. Uso de una prótesis total

Hay un período de aprendizaje para utilizarla. Si el anciano ya ha usado prótesis anteriormente, la acepta con más rapidez.

El anciano que recibe la prótesis por primera vez sentirá un gran volumen en la boca y le llevará un tiempo acostumbrarse a hablar y comer con ella.

Al principio, para comer, deberá hacer trozos muy pequeños hasta que llegue a dominar la prótesis (sobre todo la inferior). Todo esto lleva tiempo y hay que tener paciencia.

Las prótesis no deben usarse durante la noche, ya que su uso continuo produce estomatitis (afectación de la mucosa oral). Si quiere usarse, es recomendable retirarse la inferior para dejar descansar la mucosa.

Al principio de usar una prótesis puede aparecer cierto grado de sensibilidad que suele afectar a pequeñas zonas, y que si persiste algunos días, debe consultarse con el odontólogo.

Es conveniente que se examine la cavidad bucal y la prótesis una vez al año, para así detectar cualquier alteración y, si es necesario, modificar la prótesis.

Las prótesis totales tienen una serie de ventajas e inconvenientes.

- Ventajas:
 - Sencillez de elaboración.
 - Buena estética.
 - Disminución del coste económico.
- Inconvenientes:
 - Resistencia del paladar artificial.

- Mala sujeción, sobre todo la inferior.
- Inseguridad psicológica del anciano.
- La mucosa de la encía es escasa para mantener la dentadura, lo que provoca intolerancia.

15.2.5. Prótesis parciales

Hay que enseñarles a ponerla y quitarla, ya que no pueden dañar los ganchos gingivales. Su adaptación es rápida y, con frecuencia, se adaptan fácilmente a una dieta normal. No deben usarse durante la noche y, si producen molestias y éstas no desaparecen en unos días, hay que acudir al odontólogo. También es preciso revisarla periódicamente.

15.2.6. Implantes dentales

Ventajas:

- Psicológica, la mayoría de los ancianos llegan a considerar los implantes dentales como sus propios dientes.
- Mejora la eficacia de la masticación.
- Aumenta la calidad de vida.

Para los implantes dentales hay que seleccionar los casos adecuados:

- Persona mayor con necesidad y voluntad.
- Tiene que tener una determinada estructura ósea.
- Hay que hacer una valoración psicológica.
- Capacidad económica.

15.2.7. Identificación de dentaduras

Cuando la persona de edad está en asilos o instituciones, la identificación de su dentadura tiene singular importancia. En algunos sitios (por ejemplo, en Suecia) la fecha de nacimiento es la base de identificación.

También se puede marcar con un lápiz especial en la base de la dentadura y, luego, se cubre con una capa transparente y permanente.

Recuerde...

- Una buena salud bucodentaria tiene importantes repercusiones en la calidad de vida de las personas mayores.
 - Las enfermedades bucodentarias (enfermedad periodontal, caries, etc.) pueden originar importantes problemas de salud en la persona mayor (infecciones, afectación cardíaca, alteraciones en la nutrición, etc.).
 - Es necesaria una correcta higiene dental, con limpieza diaria con cepillo y dentífrico fluorado, enjuagues con soluciones que contengan flúor, etc.
 - Si la persona mayor lleva prótesis dentaria, es necesario retirarla por la noche y limpiarla tras las comidas. Puede mantenerse durante la noche en soluciones antisépticas.
 - En caso de cualquier problema, acudir sin demora al odontólogo.
-

Cuidado de los pies

16.1. Introducción

El pie es una parte fundamental del cuerpo porque permite andar y mantener una vida activa e independiente. Al llegar a una edad avanzada, el pie es más delicado, por lo que su cuidado tiene que ser más exhaustivo, evitando así dolencias que puedan llevar a una persona a un estado de dependencia por el simple hecho de no poder andar.

En este capítulo se intentan dar algunas ideas sobre el cuidado de los pies, para mantener un estado adecuado de los mismos. Así mismo se pretende un acercamiento de la persona mayor al podólogo y al equipo sanitario (enfermera y médico), para que ayuden a la persona mayor a mantener sus pies en un estado adecuado.

16.2. Dolencias más frecuentes

Son muchas las dolencias que una persona mayor puede tener en sus pies. Lo importante es evitarlas, sobre todo con un buen cuidado diario y usando un calzado adecuado que evite presiones innecesarias.

16.2.1. El problema de la circulación

Los pies de las personas mayores pueden sufrir una reducción del flujo sanguíneo. Esta situación se ve agravada en los diabéticos, por problemas vasculares asociados a su enfermedad. Estas personas son las que deben tener mayor cuidado con sus pies.

Los cambios en la circulación pueden producir alteraciones en los pies como son:

- Alteración de la sensibilidad, por afectación de las terminaciones nerviosas de la piel. Esta pérdida parcial de la sensibilidad hace que muchas veces se produzcan heridas al no percibirse el dolor.
- También por disminución del aporte de sangre, se produce un retraso en la cicatrización de las heridas. Por eso, es importante la prevención de las mismas evitando andar descalzos.
- Se produce, además, frío en los pies. Para evitarlo, deben seguirse los siguientes consejos:
 - Llevar calcetines de lana, incluso en la cama. También se pueden utilizar zapatos forrados de piel de oveja.
 - Llevar calcetines y zapatillas de paño para andar por casa. Evitar andar descalzo o sin calcetines.
 - No calentar los pies en los radiadores, chimeneas, con mantas eléctricas, etc., ya que al tener disminuida la sensibilidad y sufrir alteraciones en la regulación de la temperatura de los pies, se corre un riesgo alto de sufrir quemaduras. Éstas se pueden evitar si la persona mayor no se acerca demasiado a estos aparatos.
- Otro problema son los edemas: las piernas se hinchan porque el retorno de la sangre al corazón está disminuido. Esto último es fácil evitarlo con los siguientes consejos:
 - Colocar las piernas en alto al descansar.
 - No cruzar las piernas, porque esta acción comprime los vasos que hay detrás de la flexura de la rodilla.
 - Evitar estar mucho tiempo de pie.
 - Lavar los pies con agua ligeramente fría, ya que ayuda a estimular la circulación.
 - Es importante también no colocar cojines justo por debajo de la flexura de la rodilla al poner las piernas en alto, ya que pueden comprimir los vasos sanguíneos que antes hemos comentado.
- Otro problema a tener en cuenta en las personas mayores es el uso de medias y calcetines que compriman mucho la pierna, dificultando la circulación sanguínea.

En general es importante realizar ejercicio físico y rehabilitación de los pies, ya que permiten mejorar la circulación. El mejor ejercicio físico para las personas mayores es caminar. Dar un paseo diario, por ejemplo, permitirá además mejorar el peso de aquellas personas mayores obesas, que tienen también una mala circulación debido a su exceso de peso.

¿Cuáles son las manifestaciones de una mala circulación?

- Calambres dolorosos al caminar que obligan a la persona a pararse hasta que cese el dolor. A este síntoma se le denomina claudicación intermitente.
- Las heridas en estos casos tardan mucho en cicatrizar. Por eso los diabéticos y las personas mayores en general deben evitar hacerse heridas en los pies.
- Cuando colocamos los pies hacia arriba, aparecen pálidos.
- Cuando dejamos caer los pies o los dejamos colgando, estos adquieren un color rojizo.
- Hay una disminución del pelo en los pies y en las piernas.
- Se dan alteraciones en las uñas tales como un aumento del grosor.

16.2.2. Callos o helomas y durezas

En estos problemas tienen importante influencia el tipo de calzado usado, ya que si se usan zapatos muy apretados, los callos y las durezas aumentan tanto en tamaño como en dolor. Por eso se recomienda siempre el uso de calzado cómodo y amplio.

En las personas mayores es muy importante el lavado diario de los pies porque las grietas de los callos y de las durezas son un lugar propicio para la infección. Después de este lavado con agua templada, que no tiene que ser muy prolongado, debe procederse al secado, que debe realizarse de forma suave y sin restregar. Es muy importante secar también entre los dedos. Si los pies han quedado algo secos, es aconsejable el uso de cremas o lociones hidratantes.

Para aliviar la presión del callo pueden utilizarse pequeñas almohadillas, que son de diferentes formas y tamaños según del tipo de callo. Para utilizar este tipo de protectores siempre es aconsejable que se consulte con el podólogo o una enfermera, que pueden orientar dependiendo del caso. Lo que nunca debe utilizarse es una tira de esparadrapo pegado alrededor del dedo del pie, ya que facilita la maceración de la piel y con ella la aparición de heridas e infecciones. Además, puede dificultar la circulación sanguínea en el dedo al actuar como un torniquete.

Nunca deben cortarse los callos con cuchillas de afeitar o tijeras, ya que pueden provocar heridas profundas e infecciones que den lugar a problemas más graves. Por otra parte, tampoco es recomendable utilizar callicidas, excepto si se lo recomienda el médico o el podólogo. Los callicidas tienen compuestos químicos que pueden afectar a la piel sana produciendo su irritación. Esto puede desembocar en una herida o úlcera. Si se tienen estos problemas, es mejor acudir a un podólogo, sobre todo si se es diabético.

16.2.3. Callos blandos supurativos

Para evitar que un callo blando se abra y empiece a supurar debe cuidarse bien

protegiéndolo de los roces. Debe usarse un calzado cómodo y amplio. Si se tiene el callo entre los dedos, debe colocarse una gasa o algodón entre ellos para evitar que rocen entre sí y se produzca una herida. No debe rodearse el callo con esparadrapo por las razones expuestas en el apartado anterior

Si se tienen callos blandos supurativos, lo más importante es acudir al podólogo o la enfermera para administrarle el tratamiento más adecuado. También se pueden aliviar un poco los síntomas introduciendo los pies en agua con sal. La cantidad adecuada son dos cucharadas de sal por cada medio litro de agua templada. El agua no tiene que estar muy caliente.

16.2.4. Sequedad y grietas

Hay que cuidar mucho las grietas, ya que fácilmente se transforman en una puerta de entrada a los gérmenes, produciéndose infecciones en los pies. Por eso se recomienda el uso de cremas hidratantes después de cada lavado y secado, sobre todo en las zonas secas y agrietadas y alrededor de las uñas.

16.2.5. Roces y ampollas

Son muy molestos en los pies ya que duelen al caminar. Si se es mayor, con mala circulación en las piernas o alguna enfermedad grave, debe acudir al podólogo o a la enfermera. Las molestias se pueden aliviar un poco lavando y secando los pies a menudo y aplicando después, con una gasa preferiblemente estéril, un poco de yodo y dejándolo secar al aire en un lugar limpio y soleado.

16.2.6. Pie de atleta

El pie de atleta es una infección producida por hongos y es más frecuente su aparición en personas que sudan mucho o que andan a menudo descalzas en suelos húmedos, sobre todo si son lugares públicos como piscinas, baños, etc. Por esta razón es importante el cambiarse todos los días de calcetines, no andar descalzo y secarse bien después del lavado de pies, sobre todo entre los dedos.

Las lesiones suelen aparecer entre los dedos. En la lesión, se observa una zona inflamada y suele aparecer picor o escozor. Siempre hay que acudir al médico o al podólogo para que se le administre un tratamiento.

16.2.7. Heridas

Deben ser atendidas con mucho cuidado. Por eso, en cuanto se produzcan, se debe acudir al personal sanitario para ser revisadas, sobre todo si se es diabético. Para realizar la cura de una herida, siempre se la debe lavar bien con agua y jabón y aplicar agua fría para cortar la hemorragia. Si ésta no cede, deben ponerse los pies en alto para que así llegue menos sangre. Después, se procede a la desinfección de la herida, que se realizará con gasas estériles y con un poco de yodo o mercromina (a ser posible incolora). Después se puede sujetar la gasa con un esparadrapo, preferentemente de papel, ya que estropea menos la piel que el de tela. Nunca debe pegarse el esparadrapo encima de la herida, pues cuando haya que quitarlo, ésta se puede abrir de nuevo y además puede infectarse.

16.3. Calzado del anciano

El calzado de la persona mayor (y también el de los jóvenes) es muy importante en la prevención de patologías en el pie. Los zapatos, ante todo, han de ser cómodos para la persona mayor. Así se sentirá más a gusto a la hora de caminar y hacer ejercicio físico. También deben ser amplios, evitando que sean ajustados y que causen dolor ([figura 16.1](#)).

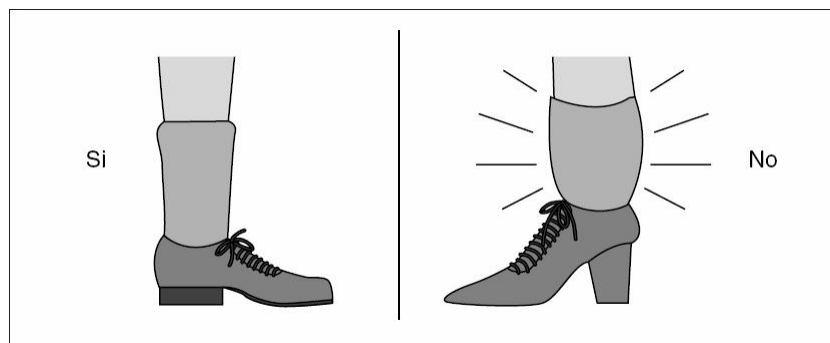


FIGURA 16.1

El calzado debe ser ligero de peso, para que la persona mayor no se canse mucho al andar, y el material con el que debe estar fabricado debe ser poroso para que permita una buena transpiración del pie, sobre todo en verano, ya que evita una excesiva sudoración e impide una posible infección de los pies.

Es mejor que el calzado esté fabricado de una sola pieza, con pocas costuras que produzcan rozaduras en la piel del pie.

Otra característica importante del calzado es la altura del tacón del zapato. Éste debe oscilar alrededor de los dos centímetros. Esto debe ser así por varias razones. En primer lugar, si el tacón es más alto, aumenta la inestabilidad de la persona mayor. Es muy importante evitar los tacones altos, sobre todo en mujeres, ya que estos van a aumentar el riesgo de caídas y, con ellas, el riesgo de fracturas (por ejemplo, de cadera).

Una segunda razón se encuentra en el hecho de que el pie se desliza hacia delante con un tacón demasiado alto. Con este desplazamiento, tienden a aparecer problemas en los dedos como, por ejemplo, los juanetes o los callos ([figura 16.2](#)).

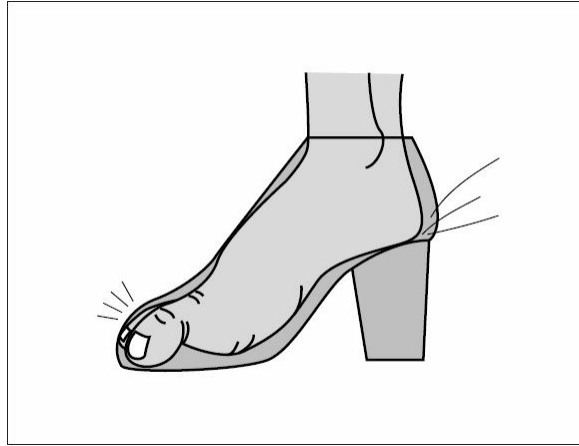


FIGURA 16.2

Además, la suela debe ser antideslizante, para que se agarre bien al suelo y evite así la inestabilidad y el riesgo de caída.

Es indispensable, a la hora de elegir un buen calzado, el probárselo antes de comprarlo: así se comprueba si es fácil de calzar y descalzar por la persona mayor. Además, se nota si es lo suficientemente ancho y si no aprieta.

Para comprobar que es lo suficientemente ancho para no rozar, es mejor probárselos a última hora de la tarde. En este momento los pies están más hinchados y se comprueba mejor si aprietan o no. Otra forma de comprobarlo es llevar el calcetín adecuado al modelo de zapatos que se va a comprar: llevando medias o calcetines finos si se quieren unos zapatos de vestir y calcetines gruesos si se buscan zapatillas de estar por casa. A la hora de la elección hay que fijarse en que las plantillas del zapato sean blandas para evitar rozaduras y callos en la planta del pie.

También es importante la utilización de cordones en lugar de cintas elásticas, ya que estas comprimen la circulación sanguínea del tobillo y favorecen que las piernas se hinchen.

Al elegir el zapato, deben hacerse tres comprobaciones para saber si es adecuado o no:

- Al pisar, el tacón debe apoyar totalmente el suelo ([figura 16.3](#)).
- Al retorcerlo, el contrafuerte no debe perder su forma original ([figura 16.4](#)).
- Al doblarlo, la suela no debe arrugarse ([figura 16.5](#)).

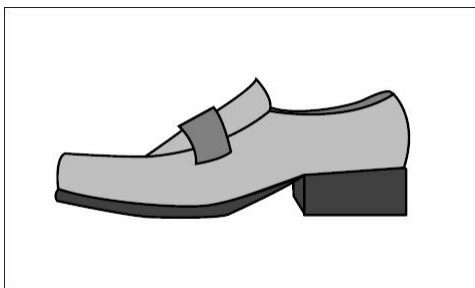


FIGURA 16.3.

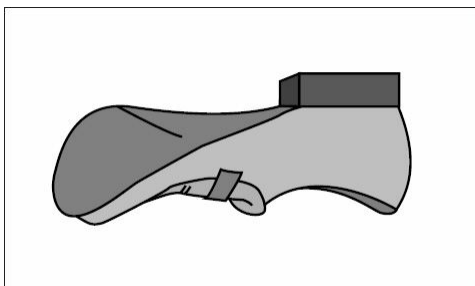


FIGURA 16.4.

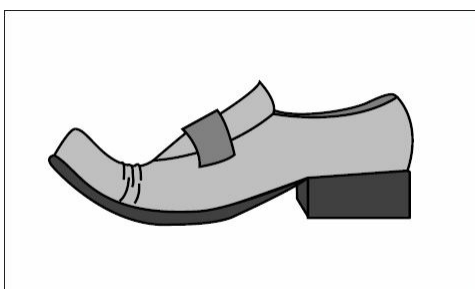


FIGURA 16.5.

16.4. Uso de los zapatos

Como la mayoría de las personas mayores han perdido parte de su sensibilidad en los pies, debe comprobarse antes de calzarse que no haya nada como chinchetas o piedras dentro del zapato que podrían causar una herida sin que la persona mayor se dé cuenta ([figura 16.6](#)).

Por esta misma razón, las personas mayores, y sobre todo las diabéticas, no deben andar nunca descalzas, ya que pueden cortarse con objetos punzantes que haya por el suelo, produciéndose heridas difíciles de curar por la patología diabética y por la mala circulación que, por regla general, se da en la edad avanzada.

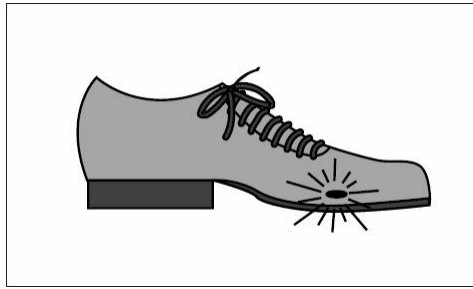


FIGURA 16.6.

16.5. Rehabilitación

Para la rehabilitación de los pies es mejor caminar y dar paseos todos los días. Esta actividad, además, mejora el ánimo y el estado general. Pero esto debe hacerse siempre con un calzado ligero y cómodo.

Además de andar, existen otros ejercicios que pueden mejorar la salud de los pies. Pueden realizarse tumbados o sentados:

- Respirar profundamente cinco veces.
- Con las piernas estiradas, mover la punta del pie hacia arriba y hacia abajo. Se puede realizar unas 10 veces ([figura 16.7](#)).
- Sin mover los tobillos, mover los dedos del pie hacia arriba y hacia abajo unas veinte veces ([figura 16.8](#)).
- Sin mover las rodillas, girar la planta del pie hacia dentro y hacia afuera. Hacerlo diez veces ([figura 16.9](#)).
- Mover toda la pierna hacia arriba y hacia abajo. Las personas que tienen prótesis de cadera no deben realizar este ejercicio.
- Mover las piernas en forma de pedaleo. Unas veinte veces.
- Separar los dedos de los pies y volver a unirlos. Debe hacerse alrededor de diez veces ([figura 16.10](#)).
- Estando de pie y agarrándose a un lugar estable, ponerse de puntillas y luego apoyar los talones. Este ejercicio no se puede hacer si no se tiene un lugar seguro al que agarrarse como, por ejemplo, una barandilla. No debe buscarse apoyo en las sillas, ya que pueden deslizarse con facilidad.

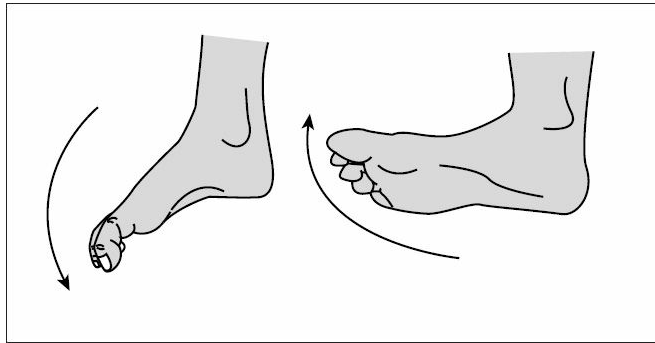


FIGURA 16.7.

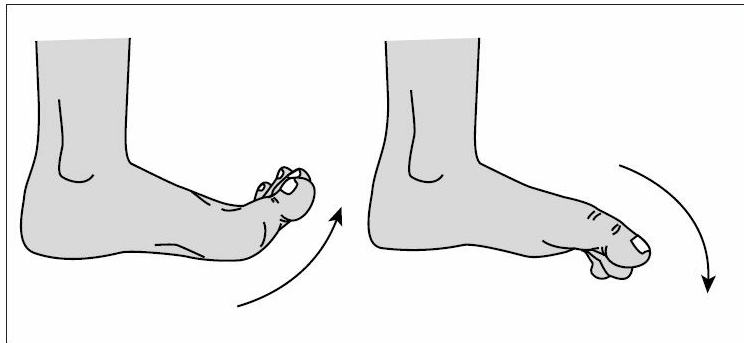


FIGURA 16.8.

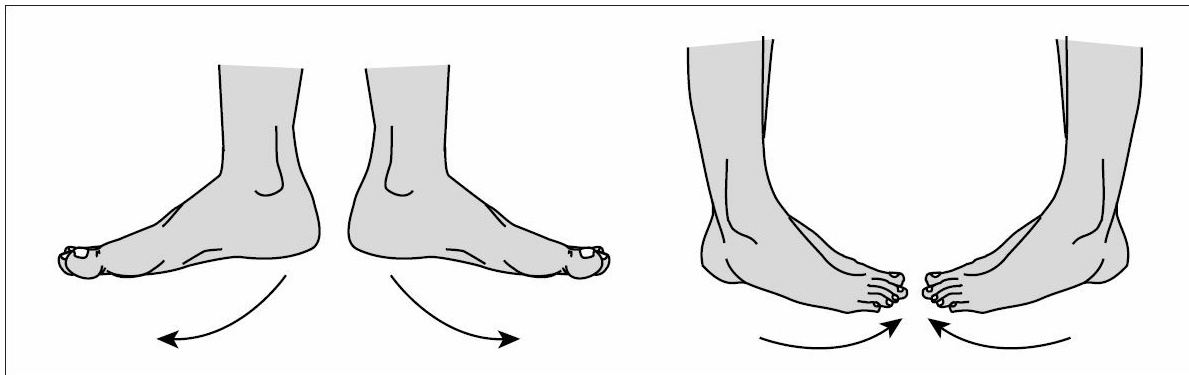


FIGURA 16.9.

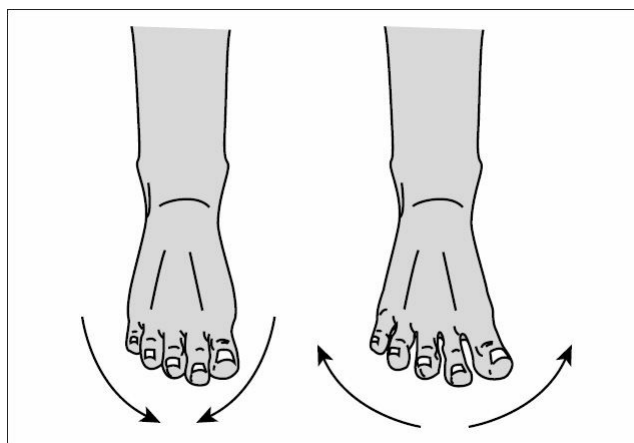


FIGURA 16.10.

Ante todo, hay que hacer los ejercicios con cuidado. Otros ejercicios específicos del pie son:

- Dejar un paño en el suelo y con la planta y los dedos del pie, estando sentado, se estira y se encoge el paño.
- Sentado, se intenta coger un lápiz del suelo con los dedos del pie.
- También sentado, se coge una pelota pequeña con los dos pies y se levanta del suelo.

16.6. Higiene diaria de los pies

El mantenimiento adecuado de los pies es de gran importancia a la hora de permitir el desplazamiento y el desempeño de una vida activa.

La higiene de los pies debe realizarse diariamente. La piel del pie requiere un minucioso cuidado, ya que al tenerlo encerrado en el calzado la mayor parte del día, se facilita el acúmulo de secreciones y el aumento de la transpiración, creando el medio ideal para el crecimiento de gérmenes que pueden llegar a producir infecciones.

Estas secreciones son más intensas entre los dedos (zonas interdigitales). Esto, unido a la escasa aireación de la zona y al efecto del calor, convierte a estos espacios interdigitales en un lugar privilegiado para el desarrollo de bacterias y hongos.

Por todo esto, es recomendable lavarse los pies muy bien una vez al día, preferentemente por la noche. El lavado se realizará con agua y jabón neutro, aclarando los pies con agua fría sin olvidar las zonas interdigitales. Antes de sumergir los pies en el agua, debe comprobarse la temperatura con un termómetro de baño, ya que un agua demasiado caliente puede provocar quemaduras. Así mismo, el agua muy caliente puede ablandar la piel, haciendo más sensibles los pies a presiones y rozaduras del calzado. La temperatura del agua no debe superar los 35 °C.

Debe tenerse en cuenta que el lavado no debe prolongarse más de cinco minutos para evitar el reblandecimiento de la piel. Para fortalecer los tejidos es recomendable

sumergir los pies en agua fría al final del baño o bien aclararlos con agua fría. Una vez finalizado el baño, deben secarse minuciosamente los pies, ya que la humedad puede favorecer la aparición de grietas, infecciones y hongos.

Así mismo, frotar el pie con alcohol o con agua de colonia después del baño aumentará la vitalidad del pie y disminuirá la transpiración, lo que ayudará a mantener los pies cómodos a lo largo del día.

16.7. Cuidados generales del pie

Para mantener unos pies sanos se recomienda visitar al podólogo con regularidad. Siempre que se utilicen zapatos, es recomendable el uso de calcetines de algodón o medias de nylon que no aprieten demasiado, ya que nos ayudarán a proteger los pies de rozaduras y ampollas que pudieran producir los zapatos. Los calcetines o medias deben cambiarse a diario.

Se recomienda el uso de un calzado suave y poroso (de piel natural) para permitir una buena ventilación del pie. Los zapatos, las plantillas, las medias o los calcetines deben ajustarse correctamente y que no produzcan roces ni presiones. Antes de calzarse, debe eliminarse de los zapatos todo aquello que pueda producir roces o ampollas, por ejemplo, piedras o arenilla.

Si el calzado que se va a utilizar es nuevo, se necesitará un período de adaptación de varios días. En las marchas prolongadas, el calzado nuevo o demasiado fuerte suele producir roces y ampollas, por lo que deben evitarse en estas circunstancias.

Si se quiere aumentar la vitalidad del pie, es recomendable el masaje diario, tanto en las plantas como en los dedos. A la hora de realizar el masaje, se puede aprovechar para aplicar una loción corporal que mantenga hidratado el pie. Estos mensajes se pueden realizar después del baño para conseguir que los pies estén frescos y descansados.

Se pueden aprovechar unos minutos después del baño para mantener los pies al aire y utilizar sandalias ligeras para estar en casa y aumentar de esta manera la aireación de los pies.

En numerosas ocasiones, las piernas y los pies están cansados. Para aliviar este cansancio se recomienda un baño alternante que consiste en sumergir los pies sucesivamente en agua caliente (35 °C aproximadamente) y en agua fría (20 °C-25 °C aproximadamente). Se comienza con el agua caliente unos 4-5 minutos, e inmediatamente después se sumergen en agua fría durante 10 segundos. Esta operación se repetirá 4-5 veces. Durante el baño se pueden realizar ejercicios tales como mover y flexionar los dedos y la articulación del tobillo. Después de este baño no debe olvidarse el secado minucioso, sobre todo en los espacios interdigitales, para evitar la aparición de grietas y hongos.

Los pies deben examinarse a diario. Hay que observar las plantas, los talones, los dedos, etc. Para examinar los pies es bueno estar cómodamente sentado en una habitación bien iluminada. Se controlará la aparición de zonas enrojecidas, rozaduras,

heridas, callos, durezas o uñas engrosadas, frágiles o con sus bordes infectados, y notificar al médico o podólogo cualquier molestia que se detecte.

16.8. Masajes en los pies

El masaje en los pies estimula la circulación sanguínea, reduce el edema y favorece la relajación y la flexibilidad. Sin embargo, hay que tener precaución ante la existencia de lesiones o trastornos vasculares en los pies, ya que éstos pueden constituir una contraindicación del masaje.

A la hora de realizar el masaje, se puede usar aceite o loción corporal que permita la hidratación del pie y facilite el deslizamiento de las manos. Para efectuar el masaje, la persona mayor que lo va a recibir debe situarse en una posición cómoda, ya sea en una cama o en una silla. Se le debe explicar los pasos que se van a seguir y hay que colocar una toalla debajo de los pies. Los pasos para realizar el masaje son los siguientes:

- Sostener el pie con una mano y con los nudillos de la otra realizar pequeños círculos por la planta, incluyendo el talón. Debe realizarse con presión firme para evitar las cosquillas, pero siempre procurando que la presión no sea excesiva, ya que los pies del anciano son muy sensibles ([figura 16.11](#)).
- Sostener el pie con los dedos de ambas manos, mientras se realizan pequeños círculos con los pulgares en la planta del pie ([figura 16.12](#)).
- Sostener con una mano bajo el tobillo y elevar el pie ligeramente. A continuación, con la punta de los dedos de la otra mano, se realizarán pequeños círculos en la cara plantar ([figura 16.13](#)).
- Localizar los tendones que surcan el dorso del pie, desde la base del tobillo hasta cada uno de los dedos. Seguidamente, se desliza con firmeza el pulgar de la mano entre los tendones hasta los dedos del pie. Debe tenerse cuidado con la presión que se ejerce, para evitar molestias ([figura 16.14](#)).
- Coger el pie con ambas manos, los dedos colocados debajo de la planta y los pulgares por encima. Apretar el pie y después deslizar las manos hacia los bordes del pie. Repetir esta operación tres veces ([figura 16.15](#)).
- Sujetar el pie con una mano y la base del dedo gordo con el pulgar y el índice de la otra mano. Con suavidad y haciendo movimientos rotatorios de sacacorchos, se va girando con suavidad el dedo del pie mientras se deslizan los de la mano hacia la punta de dicho dedo. Repetir la misma operación con cada dedo del pie ([figura 16.16](#)).
- Para finalizar, coger el pie entre las palmas de las manos y sostenerlo durante algunos segundos, y luego devolverlo a su posición original ([figura 16.17](#)).

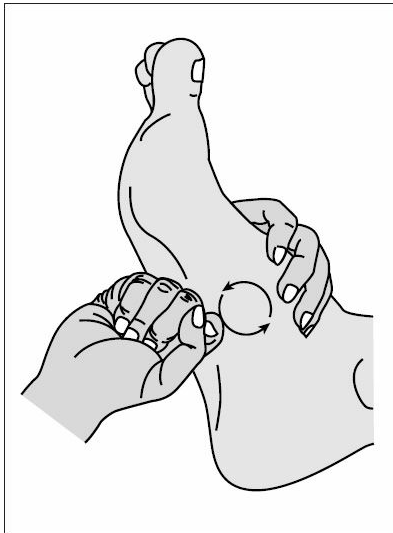


FIGURA 16.11.

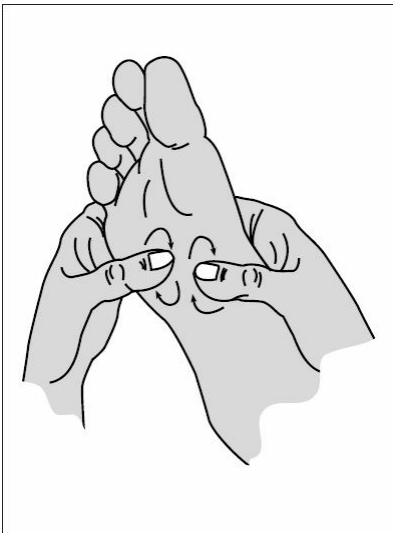


FIGURA 16.12.

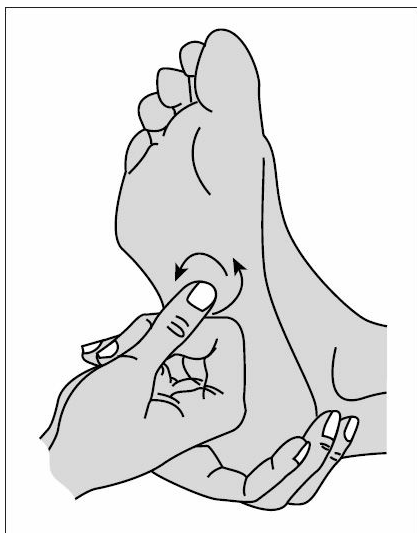


FIGURA 16.13.

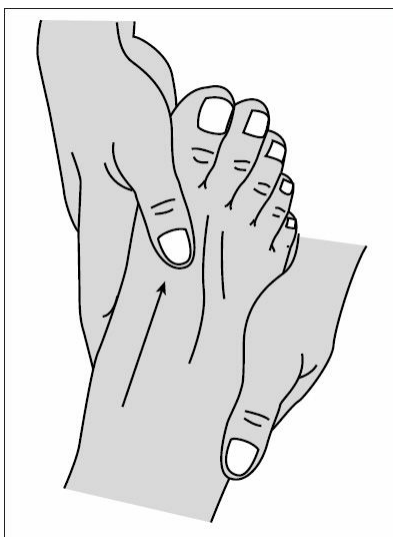


FIGURA 16.14.

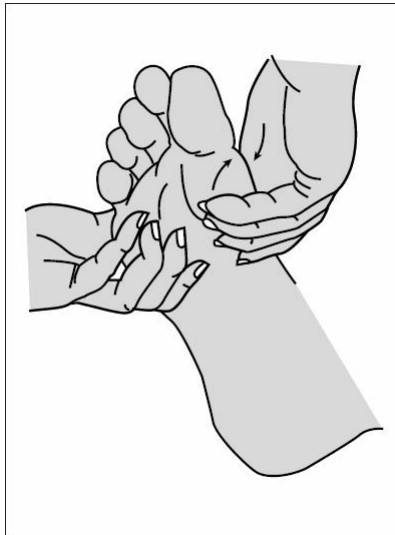


FIGURA 16.15.

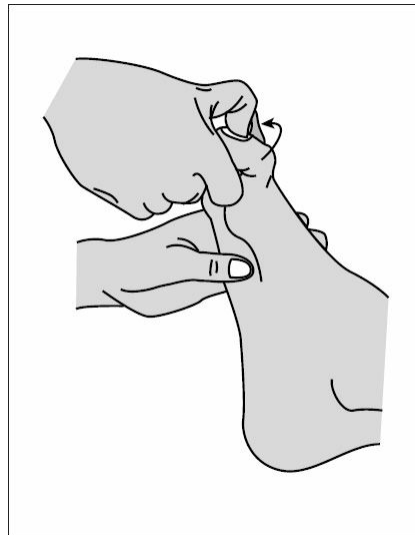


FIGURA 16.16.

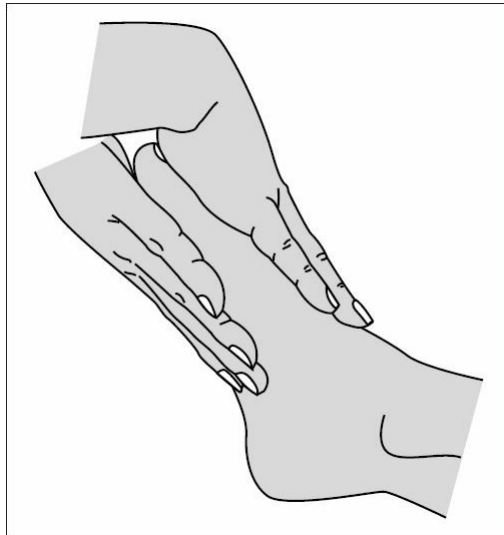


FIGURA 16.17.

Se inician los mismos masajes en el otro pie. La persona que aplique el masaje, después del mismo, debe lavarse las manos con minuciosidad.

16.9. El cuidado de las uñas

El cuidado de las uñas debe ser regular y debe hacerse con atención, ya que las uñas demasiado cortas, demasiado largas o mal cortadas, pueden producir molestias en el pie.

Para mantener las uñas en buen estado:

- Deben cortarse cada 15 días, con tijeras de punta roma.
- Si existe alguna complicación (uñas frágiles, quebradizas, engrosadas), el corte de las uñas lo deberá realizar el podólogo.
- Si la persona que corta las uñas no tiene buena vista, debe pedir ayuda a otra persona.
- No debe cortarse más allá del borde donde terminan los dedos, y el corte debe ser recto o bien ligeramente redondeado, evitando ángulos vivos.
- Después del corte, emplear una lima de cartón para pulir el borde de las uñas.
- Limpiar los desechos que se acumulan bajo las uñas con un algodón con agua oxigenada.
- No deben utilizarse nunca, objetos cortantes o punzantes, como cuchillas, hojas de afeitar, limas metálicas o tijeras con punta.

16.10. La visita al podólogo

El podólogo es un profesional preparado especialmente para el cuidado de los pies y

sus posibles alteraciones, por tanto, se recomienda acudir a él regularmente, para prevenir futuras molestias, y cuidar las que ya se padecen, con el fin de mantener en el mejor estado posible los pies. Siempre que observemos: enrojecimiento, rozaduras, heridas, descamación, callos, durezas, uñas quebradizas, frágiles o engrosadas, zonas de dolor en el pie, deformidades, cansancio o dolor que no cede, deberemos acudir al podólogo que nos recomendará la mejor forma de aliviar estas dolencias.

Recuerde...

- En las personas mayores los pies son más delicados, por lo que se debe extremar su cuidado.
 - Evite el uso de medias y calcetines que compriman mucho la pierna, dificultando la circulación de la misma. Eleve las piernas al descansar, no las cruce y evite estar mucho tiempo de pie.
 - El mejor ejercicio para los pies de las personas mayores es caminar.
 - La higiene de los pies debe realizarse diariamente.
 - Examine los pies también a diario. Controle la aparición de zonas enrojecidas, rozaduras, heridas, callos, durezas o uñas engrosadas, frágiles o con sus bordes infectados. Comunique cualquier molestia que detecte. Estos cuidados deben extremarse en los diabéticos.
 - Visite al podólogo regularmente, para prevenir molestias y cuidar las que ya se padecen.
-

Cuidados de los estomas

17.1. ¿Qué es un estoma?

El estoma es la formación quirúrgica o patológica de una comunicación entre dos espacios u órganos separados normalmente.

La pérdida de la continencia, los cambios en la imagen corporal, etc., suponen un problema en una sociedad que idealiza la juventud y la salud como sus tesoros más preciados. Por ello es comprensible que este procedimiento se viva como una alteración de la personalidad, que da lugar a un desequilibrio psicológico más preocupante que las alteraciones físicas propias del estoma.

A lo largo del presente capítulo se pretende clarificar el concepto de estoma, desarrollar sus cuidados, identificar posibles complicaciones del mismo y, lo más importante, pro-mover la aceptación consciente del estoma por parte de la familia como requisito imprescindible para que la persona mayor pueda vivir lo mejor posible con su nueva situación.

17.2. Tipos de estomas

17.2.1. Estomas en el aparato digestivo

- Faringostomías: estoma situado en el cuello, en el cual se abre la faringe a piel.
- Esofagostomías: estoma localizado a nivel del esófago.
- Gastrostomías: estoma situado en el estómago.
- Yeyunostomías: estoma por el cual se abre una porción de yeyuno a la piel.
- Colostomías: estoma localizado en el colon. Es la exteriorización del colon a

- través de la pared abdominal, fijándolo a la piel, con el fin de crear una salida artificial para el contenido fecal. Pueden ser definitivas o temporales.
- Ileostomías: es la sutura del íleon (última porción del intestino delgado) a la piel después de exteriorizarlo a través de la pared abdominal. Al igual que las colostomías, pueden ser permanentes o temporales.

17.2.2. Estomas del aparato urinario

- Ureterostomías: es la abocación del uréter a la piel.
- Cistostomías: estoma localizado en la vejiga.

De todos los tipos de estomas anteriormente nombrados, los de mayor prevalencia en la población son las colostomías.

17.3. Material utilizado en los estomas

Existen dos tipos de dispositivos:

- De una pieza. Son de un solo uso y están indicados para aplicarse directamente sobre la piel mediante una placa adhesiva.
- De dos piezas. Es el sistema más utilizado. Consta de:
 1. Anillo protector: es una placa adhesiva en cuyo centro hay una apertura esférica que rodea al estoma. La bolsa colectora se fija al disco y la apertura debe ser proporcional al estoma.
 2. Bolsa colectora: puede ser de dos tipos:
 - Cerrada: sin orificio de salida.
 - Abierta: con un dispositivo de pestaña para asegurar su cierre y abrirla en un momento determinado.

Se utilizará un tipo u otro dependiendo del estoma. Así, por ejemplo, en las ileostomías se usa sistema de dos piezas con bolsa abierta, ya que es importantísimo poder vaciarlo frecuentemente para evitar la agresión química que produce la excreción continua de heces líquidas sobre la piel. Por tanto, en el caso de heces líquidas o semilíquidas es preferible una bolsa abierta que pueda vaciarse varias veces antes de ser cambiada. En las situaciones restantes normalmente se utilizan bolsas cerradas.

Las bolsas se hacen a prueba de olores, aunque se pueden introducir algunos productos como carbón activado o desodorantes específicos dentro de la bolsa para disminuir el olor, aunque su eficacia es dudosa.

- Protectores cutáneos: existen distintos productos (geles, pastas de recubrimiento, etc.) cuya aplicación alrededor del estoma evita la aparición de irritaciones.
- Accesorios:
- Fajas, cinturones (como forma de sujeción del estoma).
- Sistema de irrigación: conjunto de material necesario para llevarse a cabo una irrigación que consiste en el lavado intestinal por medio de agua a temperatura corporal a través del estoma.
- Funda para aislar la bolsa del contacto con la piel.
- Filtros de bolsa de ostomía: su misión es evitar el abombamiento de la bolsa por la expulsión de los gases.

Respecto a la oferta de productos de ostomía en el INSALUD, cabe destacar que, de acuerdo con el Real Decreto aprobado el 17 de abril de 1988, para los pensionistas el gasto de dichos productos es cubierto en el 100% de su valor.

17.4. Cuidados generales del estoma

17.4.1. En el hospital

El cuidado del estoma en esta primera etapa es llevado a cabo por el profesional de enfermería estomaterapeuta, aunque no por ello deje de ser una etapa muy importante para el anciano, puesto que en ella se inicia la adaptación a su nueva situación.

En el aspecto psicológico es muy importante la actitud de la familia, sin llegar a una superprotección, evitando que el anciano adopte una actitud pasiva. El profesional de enfermería encargado del estoma será el que enseñe al anciano y a la familia la correcta colocación y retirada del material, así como la limpieza y cura del estoma. La familia deberá intervenir desde el principio en el cuidado del estoma haciendo que la participación del anciano sea lo más activa posible (y adecuada al grado de independencia/dependencia del mismo).

El alta hospitalaria no debe darse hasta que se realicen correctamente los cuidados. La familia tiene un papel importante en el cambio del dispositivo y cuidado del estoma en los pacientes ancianos, ya que, en su mayoría, no poseen ni la agilidad ni la capacidad para realizarlo por sí solos y necesitan ayuda de la persona más cercana.

17.4.2. En la casa

A) Higiene del estoma

Debe limpiarse con una gasa humedecida en suero salino, evitando jabones o sustancias grasas que puedan impedir que el adhesivo se fije bien.

La mucosa tiene que ser limpiada con mucho cuidado y suavidad, con movimientos circulares a modo de pequeños “toques”. Si, a pesar de estas precauciones, la mucosa sangra, aplicar con un algodón un hemostático tópico.

Tras la limpieza de la piel, ésta deberá secarse mediante aire. Posteriormente es aconsejable el uso de lociones aplicables alrededor del estoma para evitar irritaciones de la piel debidas al contenido de la bolsa y al dispositivo adhesivo. Una de las lociones más aconsejables es la pasta de Karaya.

Si el estoma se encuentra localizado en una zona donde existe abundante vello, éste se retirará con una máquina de afeitar eléctrica o una crema depilatoria.

B) Colocación de la bolsa

- Colocación de la placa adhesiva alrededor del estoma para la protección cutánea. Dicha placa puede ser cortada a medida para ajustarse al estoma. El dispositivo posee un anillo con pestaña acoplada a la cual irá posteriormente unida la bolsa.
- Fijación de la bolsa: si la bolsa es abierta, hay que comprobar que la pinza está correctamente cerrada para evitar la salida de heces. Unir la bolsa a la pestaña del anillo cerciorándonos de que está perfectamente cerrada. Así queda colocada ya la bolsa.
- Uso de faja o cinturón: una vez colocada la bolsa se procede a la colocación de la faja o cinturón, según el modelo. Esta medida es opcional.

C) Cambio del dispositivo

Si la placa de fijación se ajusta bien y no da problemas de irritación puede dejarse colocada durante varios días (de 3 a 6 días), cambiándose solamente la bolsa unida a la superficie.

La placa se retira en sentido descendente (de arriba abajo), sujetando con la otra mano la piel circundante.

Puede vaciarse el contenido de la bolsa abierta varias veces (de 2 a 3 veces) antes de ser cambiada.

Las bolsas cerradas deben cambiarse cuando el contenido de la misma sea aproximadamente 2/3 de la capacidad total.

Hay que procurar no hacer el cambio en horas de comida. Y algo que también es importante recordar es que nunca hay que pinchar la bolsa para que salga el aire acumulado.

17.5. ¿Qué complicaciones pueden presentar los estomas?

17.5.1. Complicaciones postoperatorias precoces

A) Edema

Todo estoma presenta inicialmente inflamación de la zona que rodea al mismo. Pero esto puede traer consecuencias importantes cuando dicha inflamación o edema comprime el estoma.

B) Necrosis

Se produce por una mala vascularización del estoma, que puede ser la consecuencia de un edema, mencionado ya anteriormente. En los estomas recientes es frecuente que, como consecuencia de la congestión venosa e inflamación, adquiera una coloración roja oscura. La situación no presenta problema y suele normalizarse a los pocos días. Pero si a los 3-4 días aparecen focos en la herida de coloración gris verdosa es importante consultar al especialista, ya que la evolución de este proceso obliga a la apertura de otro estoma.

C) Hemorragia y hematoma

La hemorragia precoz en el borde de la incisión suele ser más o menos corriente. Aunque el paciente se alarme, dicha hemorragia cede mediante compresión. Si la hemorragia, después de esta acción, persiste, deberá dirigirse al centro sanitario más cercano para que le sean aplicados distintos tratamientos, mediante los cuales la hemorragia cederá.

La debilidad de los vasos de la zona ostomizada es responsable de la aparición frecuente de hematomas (pero no tiene la menor importancia).

17.5.2. Complicaciones tardías

A) Dermatitis periestomal (alrededor del estoma)

Esta alteración consiste en una lesión cutánea producida por las heces, aunque la incidencia ha disminuido mucho en los últimos años con la aplicación de la pasta o goma de Karaya, que tiene como propiedad más importante mantener la piel seca y, por tanto, disminuye el riesgo de dermatitis.

Otra de las causas de dicha alteración es la reacción alérgica al adhesivo del anillo protector o al continuo cambio de bolsa, sobre todo en los colectores de una pieza, ya que el cambio de la bolsa obliga a cambiar el dispositivo adhesivo y produce irritación de la piel. También puede deberse a un aumento de la sudoración de la zona. La humedad

favorece la dermatitis. Las primeras manifestaciones de dicha alteración son escozor y un ligero enrojecimiento de la zona, que, si sigue evolucionando, producirá una erupción cutánea acompañada de vesículas y ampollas. Si no se interviene a tiempo, puede evolucionar hacia una úlcera.

B) Hernia

Es la salida o protrusión del órgano ostomizado. Lo más frecuente es la salida del intestino, aunque esta alteración se da en muy pocos casos.

17.6. Aspectos psicológicos de la persona mayor ostomizada

Algunas intervenciones quirúrgicas suponen una pérdida de la imagen corporal, lo que favorece la aparición de síntomas depresivos. Este cuadro se agrava aún más en el caso de los ostomizados. La presencia del estoma supone una importante agresión física, psíquica y social para la persona, y provoca un gran número de dudas relacionados con todas las esferas de la vida cotidiana. De este modo, se crea una angustia permanente que facilita la aparición de una serie de síntomas muy frecuentes en todos los individuos que han sido sometidos a este tipo de intervención y, especialmente, en las personas mayores: aspecto triste, deprimido, llanto fácil, se produce trastornos del sueño, decaimiento, cambios de humor, miedo, negación, etc.

Los factores que más influyen en la aparición de este cuadro son:

- Pérdida de la imagen corporal. La autoestima está muy disminuida y por ello toda la personalidad del individuo se encuentra alterada. El deterioro de la apariencia física provoca un mayor trastorno en la mujer, produciendo una situación de estrés y angustia que lleva rápidamente a la depresión.
- Retraimiento social. El individuo se aísla en sí mismo. El estoma y, particularmente, los olores, gases, ruidos, etc., hacen que disminuya la calidad y cantidad de relaciones sociales. A menudo, esto les lleva a tener una preocupación casi obsesiva por el estoma y su higiene, para evitar cualquier actitud de desagrado por parte de los demás. En los ancianos, el aislamiento social es aún mayor.
- Adaptación a una nueva forma de vida. En la vida de toda persona ostomizada se dan grandes cambios. Tiene que aprender a vivir con su estoma y lo que éste implica: cambios, higiene, eliminación de malos olores, etc. Todo ello obliga a una adaptación de la vida cotidiana y de las relaciones personales. En este punto, el anciano va necesita una gran ayuda por parte de su familia, ya que los cambios para una persona de edad avanzada no son fáciles.
- Miedo a las complicaciones. Las posibles complicaciones que puedan surgir a consecuencia de una ostomía son una permanente fuente de angustia/ansiedad

para el anciano.

Por tanto, para el individuo, la ostomía es un agente agresor de su personalidad que va alterar su esfera psicológica. El anciano va a necesitar un gran apoyo social que sólo aquellas personas en quienes él más confía pueden darle. La importancia de la familia y su intervención es fundamental.

Dos van a ser los parámetros que más van ayudar a que el anciano ostomizado se enfrente a su nueva situación:

- Información y adiestramiento. La información deberá ser dada por profesionales sanitarios (médicos, profesionales de enfermería), con el fin de evitar cualquier tipo de información nociva que agrave su angustia. Un buen adiestramiento sobre el cuidado del estoma hará que el anciano no se sienta tan dominado y angustiado al poder controlarlo él solo a diario. Es sumamente importante que la familia tome parte en el aprendizaje.
- Apoyo afectivo y emocional. Sin la ayuda de su familia, lo más probable es que el anciano se hunda en una depresión y llegue a un total aislamiento social.

17.7. Normas generales a seguir por una persona mayor ostomizada

La persona mayor y su familia deben tener presente que su objetivo es mantener su anterior forma de vida en la medida de lo posible, y tener claro que poseer un ano artificial no es en sí mismo una enfermedad. Por tanto, no tienen por qué existir restricciones, a no ser en casos complicados.

17.7.1. Familia

No debe sobreprotegerse a la persona mayor, pero tampoco, al menos al principio, tratarlo como uno más. Sufre una situación nueva y traumatizante que requiere una mayor comprensión y apoyo por parte de la familia.

No se puede permitir que la persona mayor asuma solo la responsabilidad de su situación. Los problemas se resuelven juntos, en familia, ayudados por el consejo de un especialistas en ostomías.

Ha de vivir en un ambiente cordial en el que no se sienta un extraño, sino un miembro más perfectamente integrado en la vida familiar.

17.7.2. Vida social

Es fundamental que la persona mayor y su familia entiendan que no existe ningún

tipo de limitación. El individuo ostomizado no es un “bicho raro” que deba aislarse de la sociedad, sino que ha de seguir su vida cotidiana para encontrarse como antes de la intervención, perfectamente integrado aunque con las limitaciones propias, ya no de su anterior patología, sino de su edad.

17.7.3. Actividad física

Su frecuencia e intensidad dependen del estado físico general de cada paciente. Aunque se recomienda que exista un especial cuidado con aquellas actividades que puedan suponer un riesgo, porque puede existir mucho contacto físico y se puede producir una lesión. Para evitarlo, usar una faja a medida durante el ejercicio.

17.7.4. Viajes

Tampoco hay restricción en este aspecto. La única consideración lógica es que debe llevarse todos los productos que normalmente use para el cuidado de su estoma, en cantidad suficiente según el tiempo que dure.

También hay que llevar la medicación para mantener correctamente su tránsito intestinal (evitar diarreas y estreñimiento, comprensible por los posibles trastornos que el viaje supone, no sólo para un ostomizado, sino para cualquier miembro de su familia).

17.7.5. Vida sexual

Éste es un punto importante, la persona mayor no es un inapetente sexual, sino que muy a menudo, si aún conserva su pareja, mantiene con ella relaciones sexuales. En ocasiones, si estas relaciones aún se conservan, la existencia del estoma puede constituir un alejamiento en la pareja. A no ser que existan secuelas orgánicas tras la cirugía, como pueden ser impotencia, estenosis (estrechamiento), o desplazamiento vaginal, principalmente, no está contraindicado mantener una vida sexual como tenía antes de la intervención.

17.7.6. La dieta

Quizá éste sea el punto que más preocupa al paciente ostomizado tras su intervención, principalmente en los estomas digestivos, más que en los urinarios.

Un estoma intestinal no implica necesariamente iniciar una dieta estricta; éste hecho puede producir en el paciente una reacción de sobrevaloración mayor del estoma y, en

numerosas ocasiones, el cambio de los hábitos alimentarios puede ocasionar más problemas de los que soluciona.

Además, estas personas se encuentran ya en una edad en la que el cambio de su dieta se hace muy complicado, sobre todo en cuanto a sus posibles malos hábitos alimentarios.

Lo correcto es ingerir una dieta mixta y equilibrada, con una comida de forma regular y la ingestión de agua vendrá determinada por la misma persona mayor. Cada ostomizado debe averiguar qué le va mejor según su propia experiencia. Si inicialmente un alimento no sienta bien, debe probarse nuevamente con posterioridad, para ver si se tolera tras un período de adaptación.

Los problemas que suelen preocupar más a estos pacientes son:

- Prevención de flatulencias y malos olores.
- Evitar las diarreas.
- Evitar el estreñimiento.

Existen unas tablas de alimentos que el paciente ha de conocer para evitar estas posibles complicaciones.

- Para prevenir flatulencias y los malos olores. Evitar o restringir: col, ensaladas hechas con conservas de salazón, legumbres, rabicol, espárragos, champiñones y puerros; huevos y derivados; pescado; especias; algunos quesos; bebidas alcohólicas; café o bebidas con cafeína; bebidas efervescentes; espinacas; lechuga; perejil; grosella; zumo de grosella y yogur.
- Alimentos apropiados en caso de diarrea. Es conveniente disminuir la ingestión de líquidos, sin que ello implique que disminuya la diuresis. Alimentos apropiados son: pan blanco, patatas, pastas, arroz descascarillado, maíz, avena, chocolate, coco rallado, galletas saladas, plátanos, pasas, vino tinto. Evitar laxantes y alimentos laxantes.
- Si existe estreñimiento. Aumentar la ingestión de líquidos (como agua mineral, laxantes). También platos condimentados, caldo de verduras, ensaladas, frutas secas, nueces y fruta fresca, zumo de frutas, pan entero, arroz con cáscara, especias, café, cáscara de trigo, lino (machacado). Evitar los alimentos que provoquen estreñimiento.

Siempre hay que tener presente que todo alimento que fuese bien tolerado antes de la intervención ha de serlo después y su ingestión no debe ser causa de ningún problema.

Ha de evitarse que la cantidad de orina sea inferior a un litro diario, administrándose o ingiriéndose la cantidad suficiente de electrolitos para compensar la pérdida de sales.

17.8. Control del estoma

Dado que muchas veces se producen errores en lo concerniente a los cuidados generales, el profesional sanitario deberá comprobar periódicamente que la persona mayor cuida su estoma adecuadamente.

Por otro lado, es importantísimo que la persona mayor asuma que nadie debe sentirse inválido por tener una ostomía, dada la posibilidad de disponer de los conocimientos necesarios para su cuidado y conocer la gama de productos existentes capaces de resolver cualquier problema.

La carga psicológica que todo el proceso conlleva, sobre todo en la persona mayor, está aminorándose en el momento actual con la terapia de grupo ofrecida por las organizaciones de ostomizados existentes.

Recuerde...

- La persona mayor ostomizada no se considera enferma, pero debe afrontar una situación que supone una importante agresión física, psíquica y social para su persona.
 - El papel de la familia es fundamental en el cambio del dispositivo y cuidado del estoma. Debe valorarse el grado de autonomía de la persona mayor para estas tareas.
 - No sobreproteger. Debe promoverse siempre su participación activa en el proceso según sus posibilidades.
 - El conocimiento adecuado sobre el cuidado del estoma, el cambio del dispositivo y las complicaciones que pueden aparecer, favorece la aceptación consciente del estoma por parte la persona mayor y de la familia.
 - El apoyo de la familia, organizaciones de ostomizados y personal sanitario es fundamental para aminorar la enorme carga psicológica que conlleva el proceso.
-

Problemas de la movilidad

18.1. Introducción

Cuando se habla de *movilización* de personas mayores, hay que tener presente y hacer igualmente referencia al término de *inmovilización*. Es preciso conocer el porqué de una movilización, cuándo realizarla y cómo realizarla. Así mismo, es obligado saber qué ocurre si no se moviliza, las graves consecuencias y los peligros que encierra no realizar los cambios posturales, levantamientos y demás acciones encaminadas a mejorar el estado de salud de la persona mayor.

Con estas condiciones, se resalta la importancia de la movilización que se debe hacer a los mayores, cuando éstos dependen de unos cuidadores.

Con el envejecimiento, los huesos pierden masa ósea y como consecuencia serán más frágiles. Se pierde masa muscular y se originan cambios en las estructuras que sostienen al hombre. Como resultado se producen diversas alteraciones en la marcha, en la posición, y por tanto, en todas aquellas situaciones en las que el aparato locomotor (muscular y esquelético) tiene una función importante.

Las alteraciones y enfermedades que causan inmovilización son, como se ha dicho anteriormente, las que afectan al aparato locomotor, pero también las que afectan a la circulación sanguínea, al corazón y al sistema nervioso. Estas enfermedades originan unos signos y síntomas que son fácilmente identificables por las personas que cuidan a la persona mayor. Tales son: dolor, debilidad, fatiga, vértigo, inestabilidad, agudeza visual disminuida, etc.

Igualmente, debido a las mismas alteraciones, los mayores se pueden encontrar encamados durante mucho tiempo, lo que implica problemas de heridas producidas por la presión y rozamiento entre el cuerpo y el colchón de la cama (úlceras por presión), debilidad muscular, etc.

No debemos olvidar otros factores como son el entorno que rodea a la persona

mayor, su propio carácter y aspectos psicosociales (desmotivación, contagio del desánimo de la persona mayor a la familia o viceversa), que también condicionan la inmovilidad. Debe motivarse a la persona mayor de alguna manera, para que se encuentre en un entorno seguro, sin miedo a las caídas, quitando obstáculos y facilitándole vías de acceso cómodas.

Hay que realizar estas acciones de forma paciente y con comprensión, poniéndose el cuidador en el lugar de la persona mayor, como si fuera él mismo quien estuviese en la misma situación, y así comprender lo que siente, lo que sufre, y también lo que necesita. Si la persona mayor fracasara en sus intentos, se le animará a continuar y nunca se le reprochará nada, ni siquiera que no colabore, pues si así se hiciera, se pondrían en peligro los cuidados realizados y se facilitaría, por el contrario, una actitud de resignación de la persona mayor frente su situación.

18.2. ¿Por qué hay que movilizar a la persona mayor?

La movilización debe realizarse por varias razones: prevenir la compresión de los tejidos entre dos planos duros (la cama y el hueso), la anquilosis y la atrofia muscular.

Al movilizar a la persona mayor encamada, se puede aprovechar para darle masajes en la espalda, piernas, etc., así como para cambiarle las ropas de la cama. El conjunto de todas estas acciones reciben el nombre de *cambio postural*.

No es tema de este capítulo la forma de actuar para evitar y prevenir las úlceras por presión, pero sí lo es dar unas nociones de cómo se moviliza a una persona mayor que está en cama, ya sea por mucho o poco tiempo.

La movilización de la persona mayor hay que realizarla tan pronto como sea posible. Si se realiza un buen tratamiento postural en los primeros días, se evitarán complicaciones que pueden impedir o dificultar la recuperación de la salud.

Si la persona mayor está encamada, la posición más idónea es la de decúbito supino (mirando hacia el techo), con una almohada que no sea muy alta. Desde esta posición, intentaremos cambiar cada dos horas aproximadamente a decúbito prono (boca abajo), y decúbito lateral (siempre hacia el lado en el que no existe alguna lesión). Es importante resaltar que cuando vayamos a cambiar de posición, extrememos las medidas para evitar arrugas en la ropa de la cama o cambiemos la ropa, si está mojada, para evitar la humedad y las presiones sobre la piel del anciano.

La persona mayor que está en cama durante mucho tiempo tiende a adoptar posturas, tanto del tronco como de los miembros superiores e inferiores, que pueden llegar a deformar la normal alineación del cuerpo. Para evitar estas contrariedades siempre que sea necesario, se corregirán estas malas posiciones mediante pequeñas almohadas, toallas, etc. Por ejemplo, para evitar el pie equino, se apoyarán las plantas de los pies en una tabla colocada verticalmente. Para evitar la deformidad de la cadera, se colocarán almohadas o rodillos hechos con toallas en el lado externo de la pierna. En resumen, todas las acciones irán encaminadas a evitar las malas posturas que deformen la

posición natural del cuerpo (figuras 18.1 y 18.2).

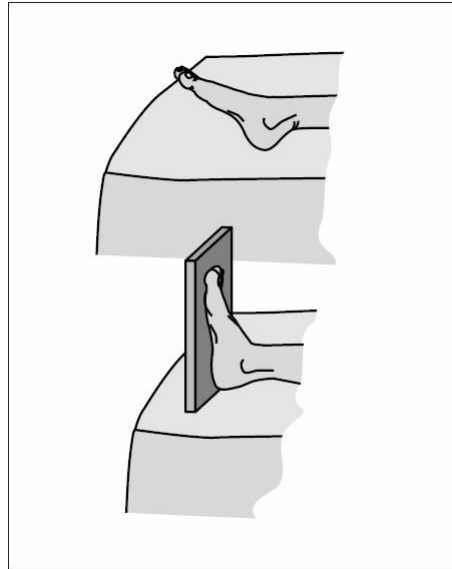


FIGURA 18.1. Forma de evitar el "pie equino".

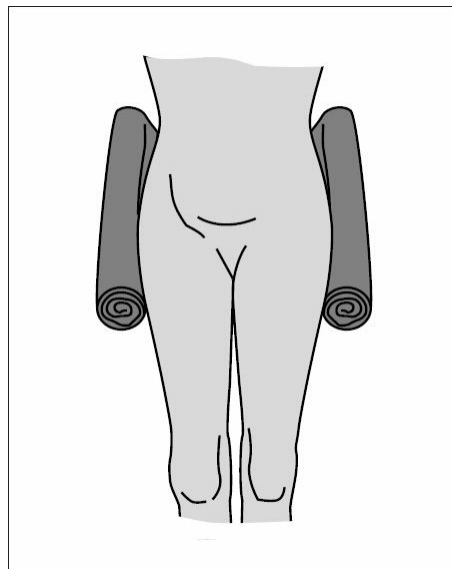


FIGURA 18.2. Forma de evitar la rotación de la cadera.

Por otra parte, también se prestará atención al tratamiento de las complicaciones respiratorias de una manera precoz. Los llamados drenajes posturales son posiciones en las que colocamos al encamado, de manera que le ayude a desplazar las secreciones bronquiales (“flemas”) a lugares de los bronquios desde los cuales le puede resultar más fácil expectorarlas.

Todas las extremidades serán movilizadas pasivamente para mantener la función de las articulaciones y para evitar rigideces. Siempre debe realizarse de una forma suave

para evitar maniobras que lleguen a provocar luxaciones u otras lesiones (figura 18.3).

Es importante lograr que la persona mayor consiga una independencia tal, que pueda por sí misma realizar cambios de postura elementales, así como actividades básicas como alimentarse o asearse. Si la persona mayor tuviese algún miembro afectado, se le enseñará a que las realice con el miembro sano (figuras 18.4 a 18.12). Así se le conseguirá animar para que llegue a movilizar de la misma manera cualquier miembro y por sí sólo.

Siempre bajo la tutela de otra persona, procederá a realizar las actividades de la vida diaria como comer, lavarse, peinarse, etc., que le llevarán a conseguir una mayor independencia.

Cuando sea posible, es conveniente levantar a la persona mayor, vestirla y calzarla, y sentarla en otra habitación distinta a aquella en la que está habitualmente. Hay que estar con ella para animarla psicológicamente y realizar juntos una valoración de los resultados conseguidos y modificar, si fuera necesario, las acciones a realizar.

Todas las personas, ya sean jóvenes o mayores, tienen la necesidad de hacer cosas. Haciéndolas, se sienten satisfechas y útiles, aumentando la autoestima y el amor propio. Si estas actividades no se hicieran, podrían traer consecuencias psíquicas que perjudicarían el estado de salud de la persona mayor.

Los movimientos de la persona encamada, que se representan en las siguientes figuras, son sencillos y sin apenas complicación ni para el enfermo ni para el cuidador. Pero los cambios de posición requieren para su realización una sencilla sistemática que se hará siguiendo una serie de pasos para conseguir una seguridad en los movimientos y para evitar lesiones en la espalda del cuidador.

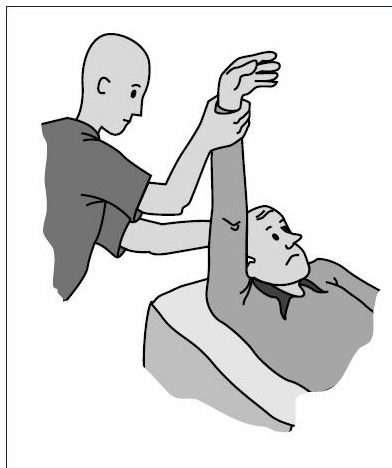


FIGURA 18.3.

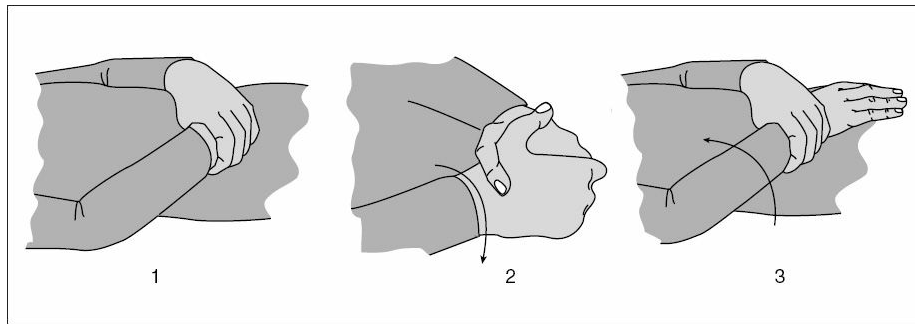


FIGURA 18.4.

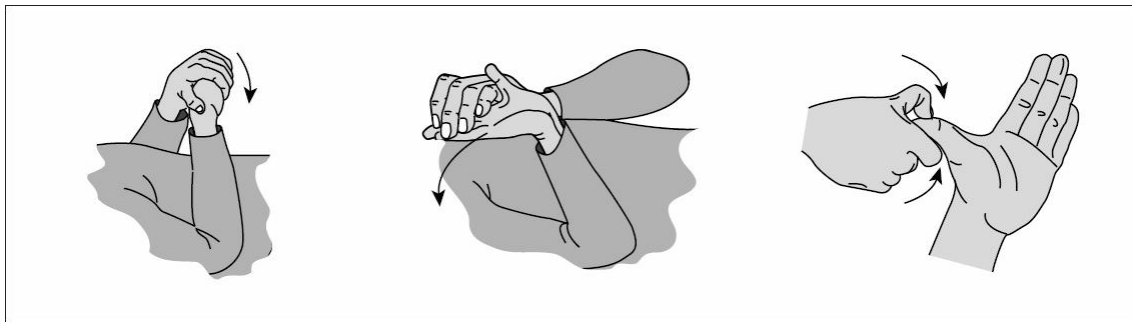


FIGURA 18.5.



FIGURA 18.6.

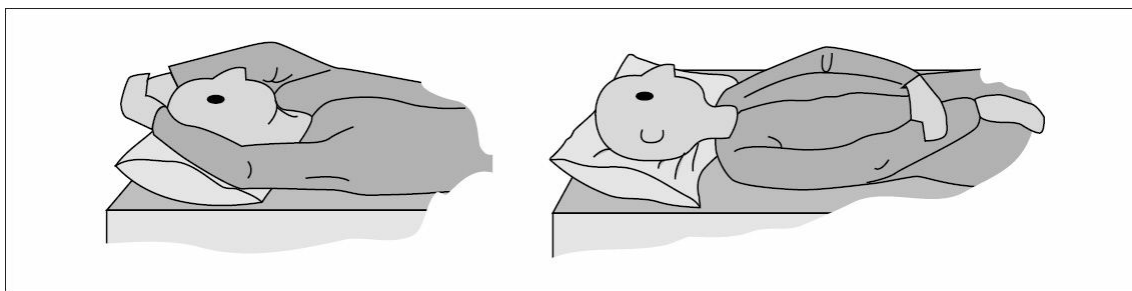


FIGURA 18.7.

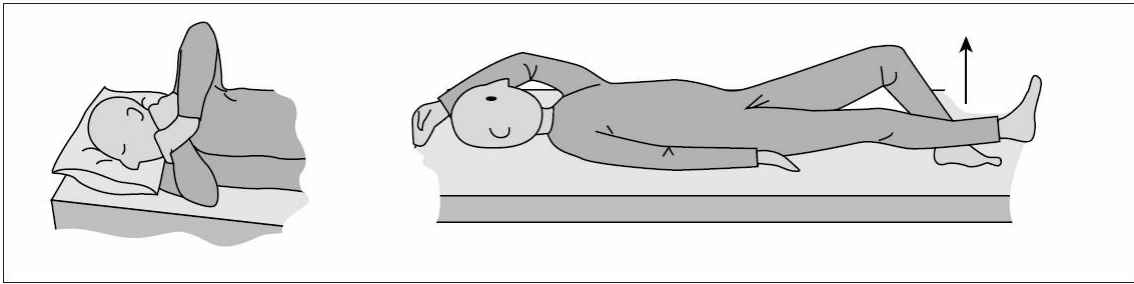


FIGURA 18.8.

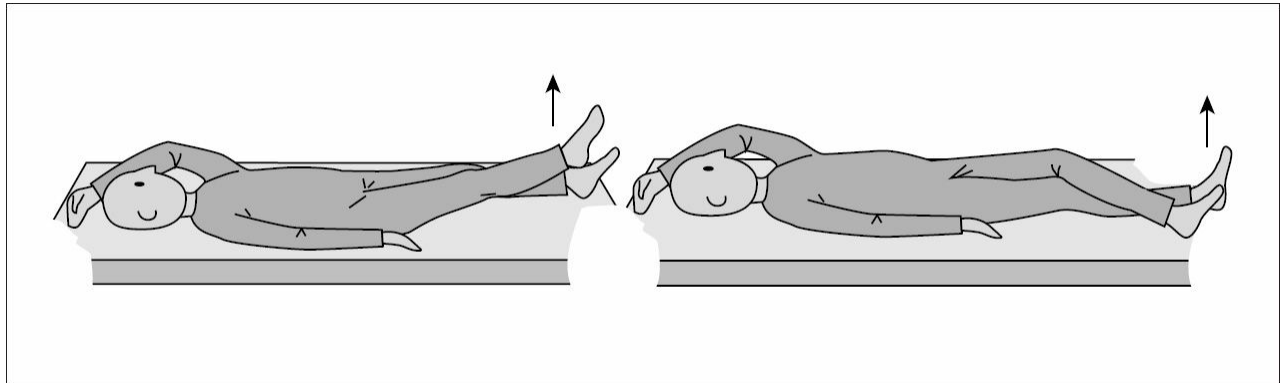


FIGURA 18.9.

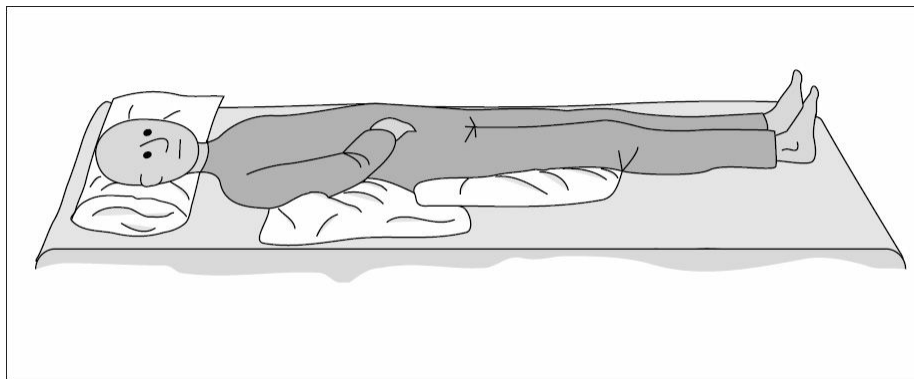


FIGURA 18.10.

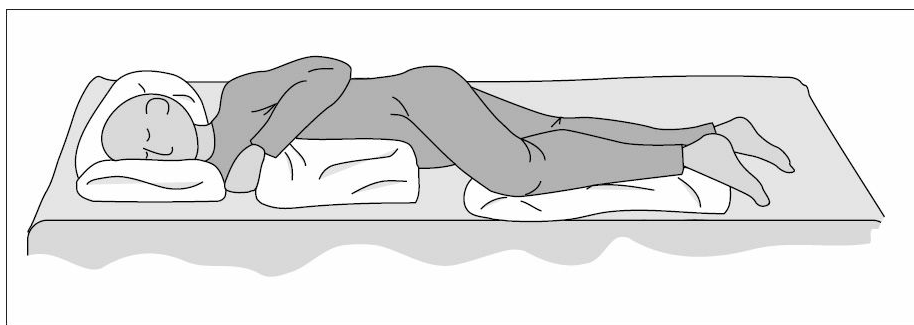


FIGURA 18.11.

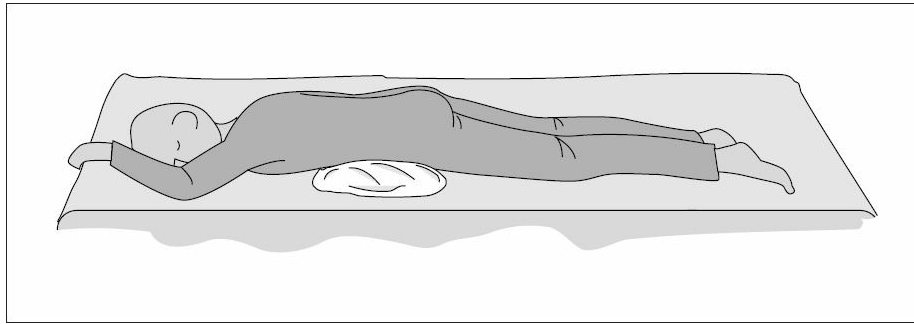


FIGURA 18.12.

Movilizar a una persona mayor incapacitada o no, no es un problema de fuerza física, al contrario de lo que parece. No cabe duda que con fuerza se le podrá movilizar mejor, pero estaremos actuando peligrosamente con la seguridad de la persona mayor y de igual modo, se perjudica la salud del cuidador con lesiones de espalda.

Hay que tener presente, antes de comenzar a realizar cualquier cambio postural, que la movilización de un encamado es una confrontación entre una persona *activa*, y una masa corporal *frágil*. Pero también, y esto no debe olvidarse, es una relación *directa* con un ser humano que está convaleciente, dolorido y disminuido, por ello, la llamada vulgarmente *fuerza bruta* no es útil para estas situaciones.

18.3. Darle la vuelta: posición boca abajo

Los pasos aquí enumerados son realizados con el cuidador situado a la izquierda de la persona encamada (figuras 18.13a y 18.13b):

- Levantar el brazo más alejado hacia la cabeza de la persona mayor.
- Cruzar la pierna más cercana al cuidador sobre la más alejada.
- El cuidador pondrá su mano izquierda (con la palma hacia arriba) debajo de los muslos del encamado haciendo palanca con el antebrazo.
- Colocar el brazo más cercano al cuidador encima del vientre del encamado.
- Pasar la mano derecha por debajo del hombro izquierdo del encamado, y por debajo del cuello hasta alcanzar la axila derecha.
- El cuidador flexionará las rodillas.
- El cuidador comenzará el rodamiento empujando con su cuerpo a la vez.
- Actuar con los antebrazos que hacían palanca, separando los codos.

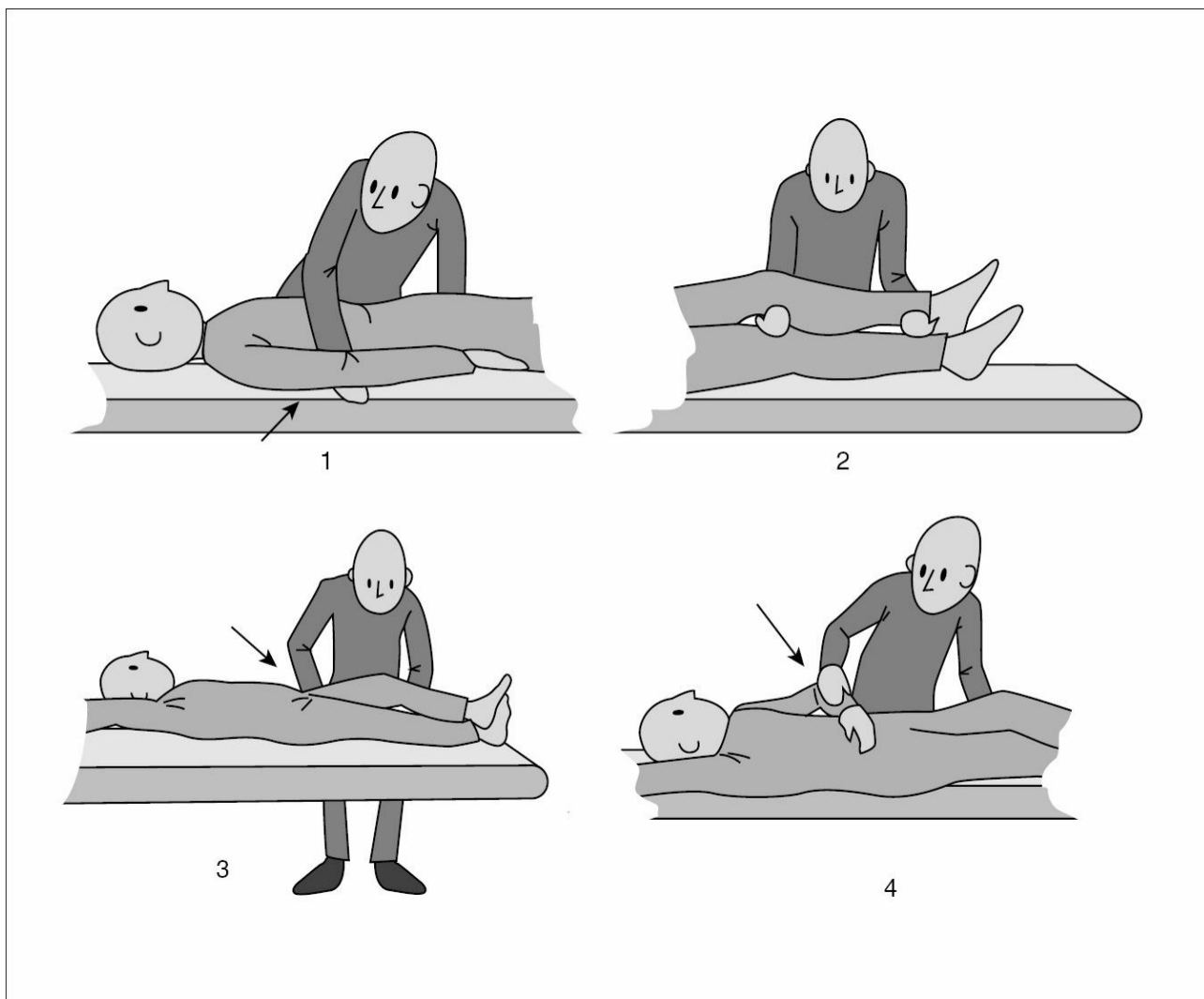


FIGURA 18.13a.

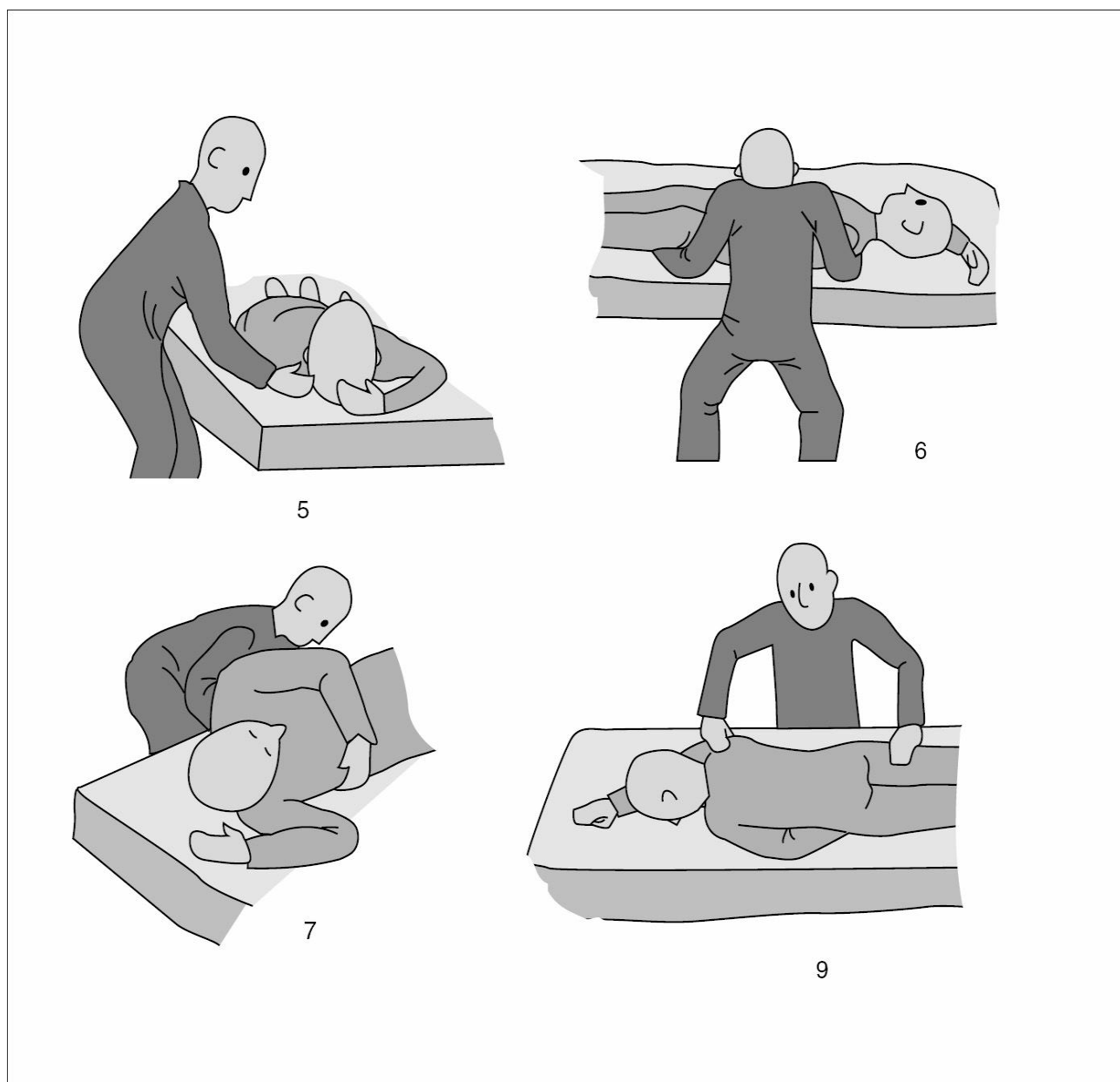


FIGURA 18.13b.

18.4. Darle la vuelta: posición boca arriba

Los pasos a realizar son los siguientes ([figuras 18.14a](#) y [18.14b](#)):

- Poner el brazo más alejado, flexionado por delante de la cabeza.
- Colocar la cabeza de la persona mayor de forma que repose en su antebrazo.
- Colocar la mano más cercana al cuidador, en el pliegue de la ingle del encamado.
- Poner la pierna más próxima sobre la otra.
- El brazo derecho del cuidador se colocará entre los dos muslos, para hacer

- palanca.
- El cuidador debe abrazar la cadera con su cuerpo, acercándose a ella.
 - Coger la muñeca de la persona mayor y hacer pasar su brazo bajo su rostro.
 - A la vez accionamos la palanca del antebrazo que teníamos en el quinto paso.
 - Continuar la vuelta.

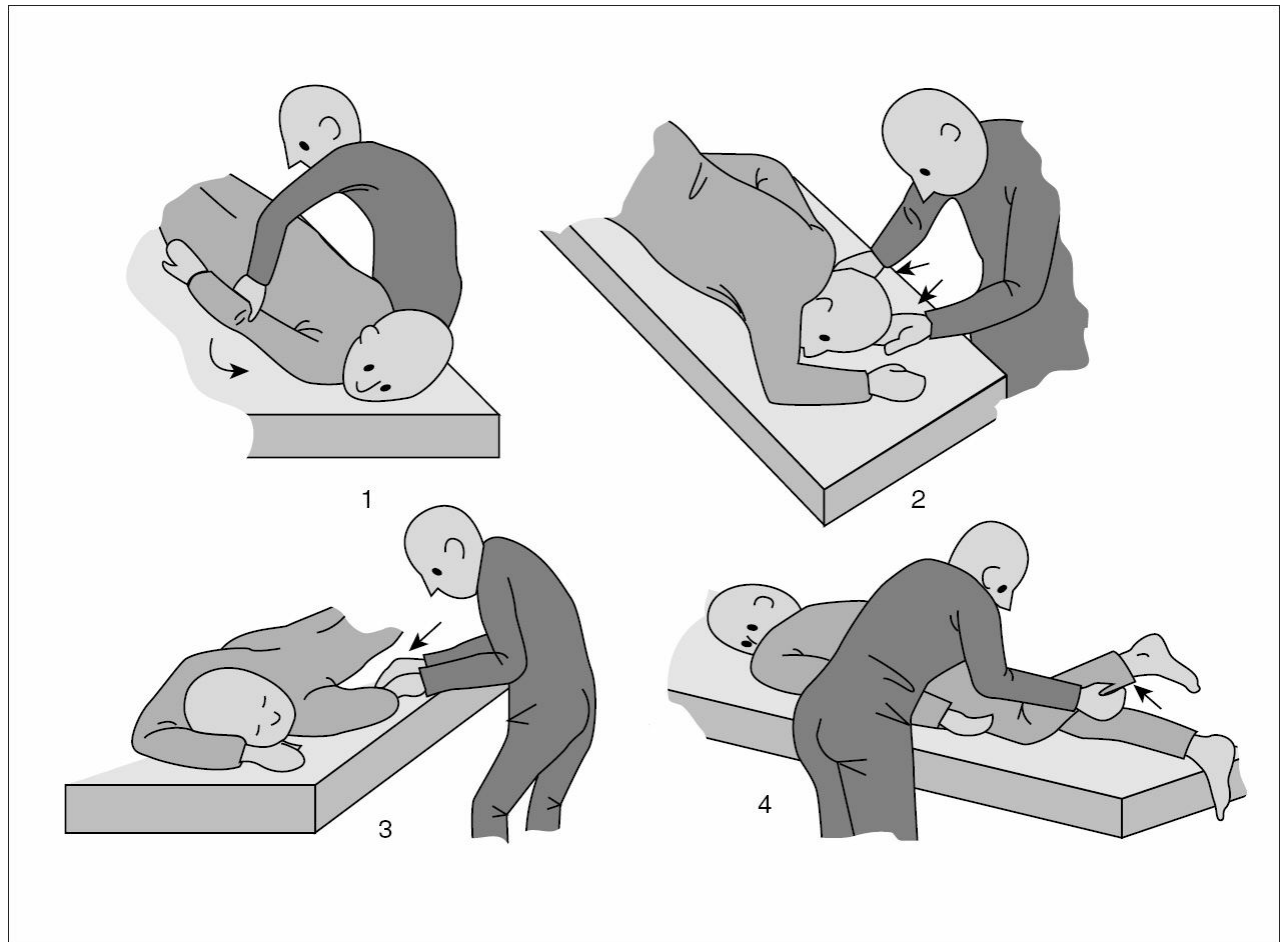


FIGURA 18.14a.

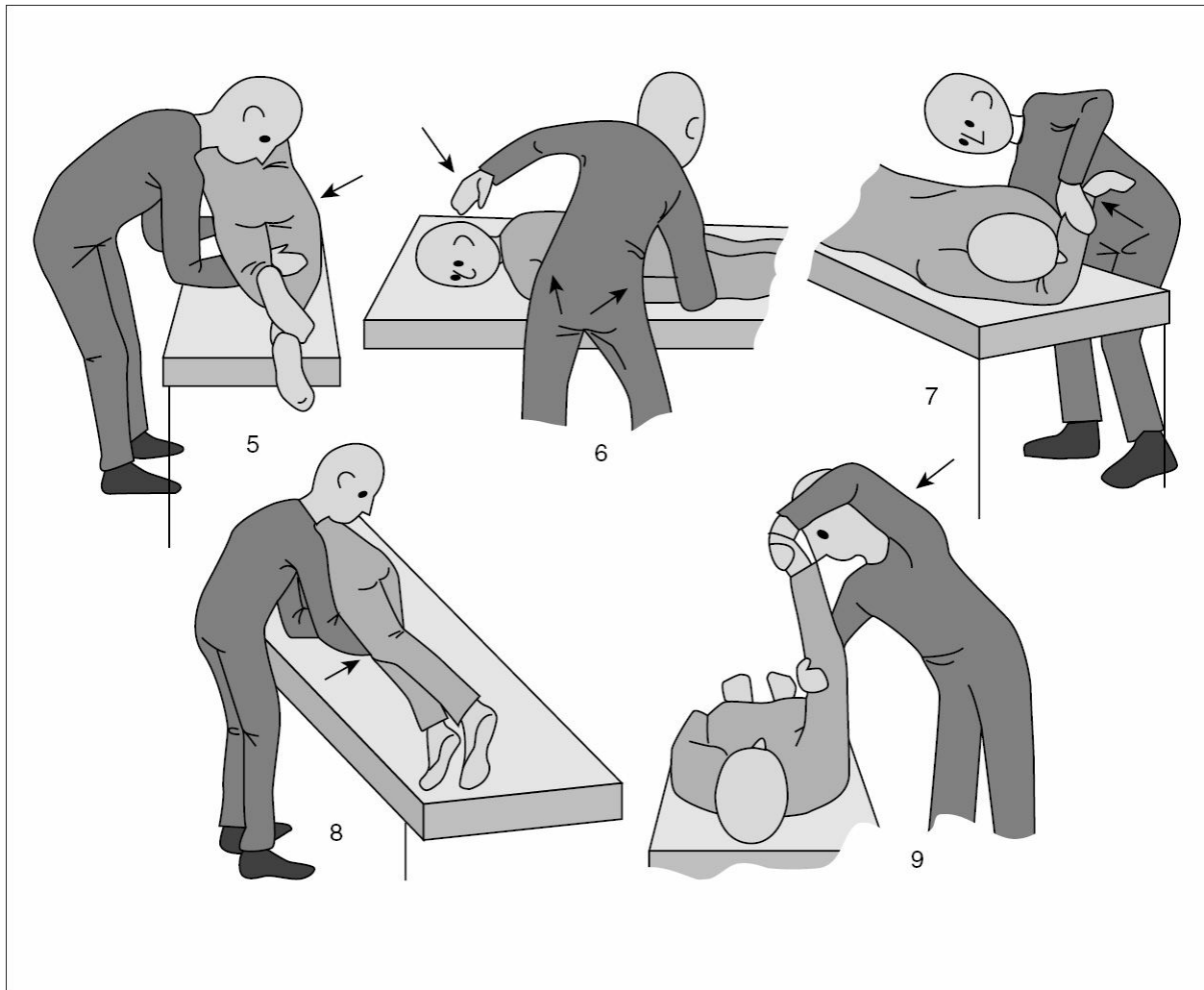


FIGURA 18.14b.

18.5. Levantarlo: desde tumbado a sentado

Esta situación se da cuando se necesita que la persona mayor pase de estar tumbada en la cama, a estar en posición sentada en una silla, y cuando sea necesario ponerle de pie ([figuras 18.15a](#) y [18.15b](#)).

- Colocar el brazo más cercano al cuidador, sobre el abdomen de la persona mayor.
- Colocar la pierna más próxima sobre la otra pierna.
- El cuidador introducirá su mano derecha con la palma hacia arriba bajo el cuello de la persona mayor.
- Desplazarse hacia la cabeza abrazando el hombro de la persona mayor.
- Envolver las dos piernas con el brazo libre.
- Hacer, si es posible, que la persona mayor se mire el vientre (levantando la cabeza) y a la vez se le gira.

- Manteniendo el bloque, el cuidador debe apoyar su antebrazo en las rodillas de la persona mayor.
- El cuidador levanta el tronco del encamado, poniendo su pierna a modo de silla bajo las piernas de la persona mayor.
- Debido a problemas que puedan surgir, como bajadas de tensión por haber estado tumbado mucho tiempo, debemos quedarnos controlando el tronco de la persona mayor durante unos minutos a fin de evitar caídas.

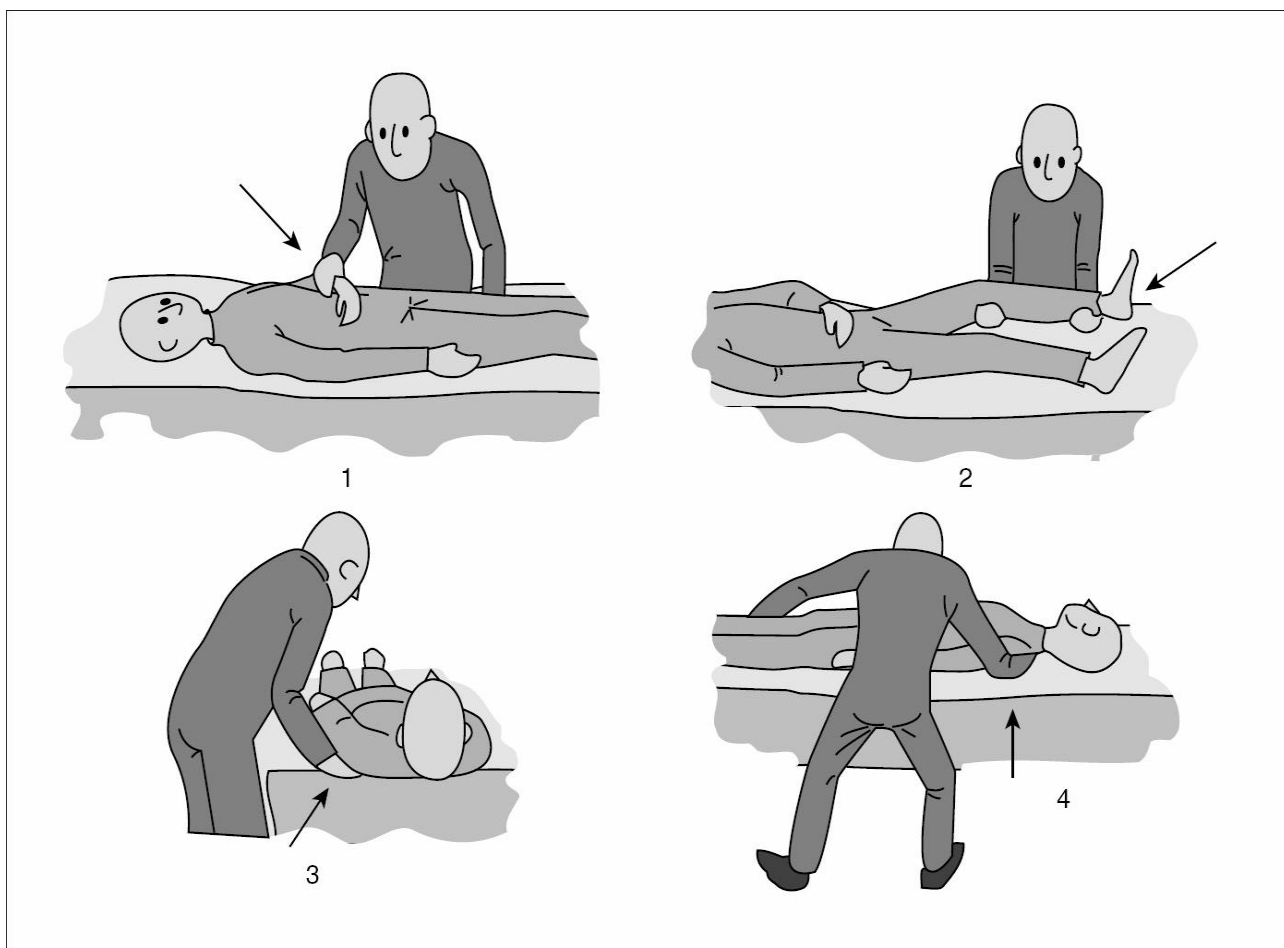


FIGURA 18.15a.

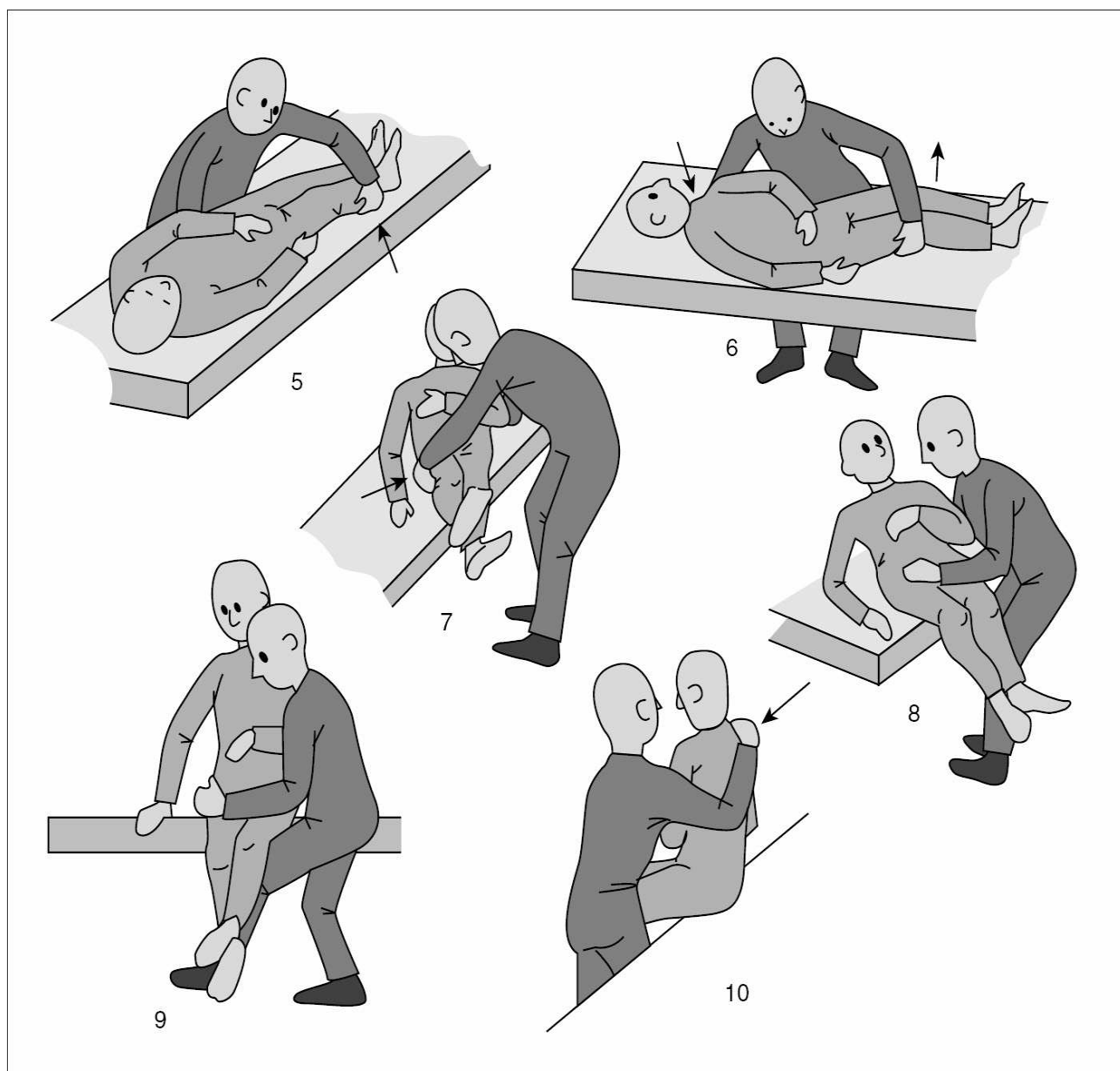


FIGURA 18.15b.

18.6. Levantarlo: desde una silla

La técnica que se describe a continuación, se utiliza con mayor frecuencia en personas que han sufrido una hemiplejía ([figuras 18.16a y 18.16b](#)).

- Elevar hacia atrás el pie activo de la persona mayor, quedando lo más cerca de la silla, apoyado en el suelo.
- Agarrar la ropa de la cintura de la persona mayor.
- El cuidador podrá rodear el pie inactivo con sus pies y la rodilla inactiva con sus rodillas.

- Decir a la persona mayor que agarre la cintura o los hombros del cuidador.
- Bloquear el brazo inactivo de la persona mayor pegando su codo a la cintura del cuidador.
- Sujetar el codo activo de la persona mayor con la palma de la mano y tirar de la presa que se hizo con su ropa usando el cuidador su propio cuerpo como contrapeso.
- Acabar de pie y mantener el equilibrio durante algún minuto.

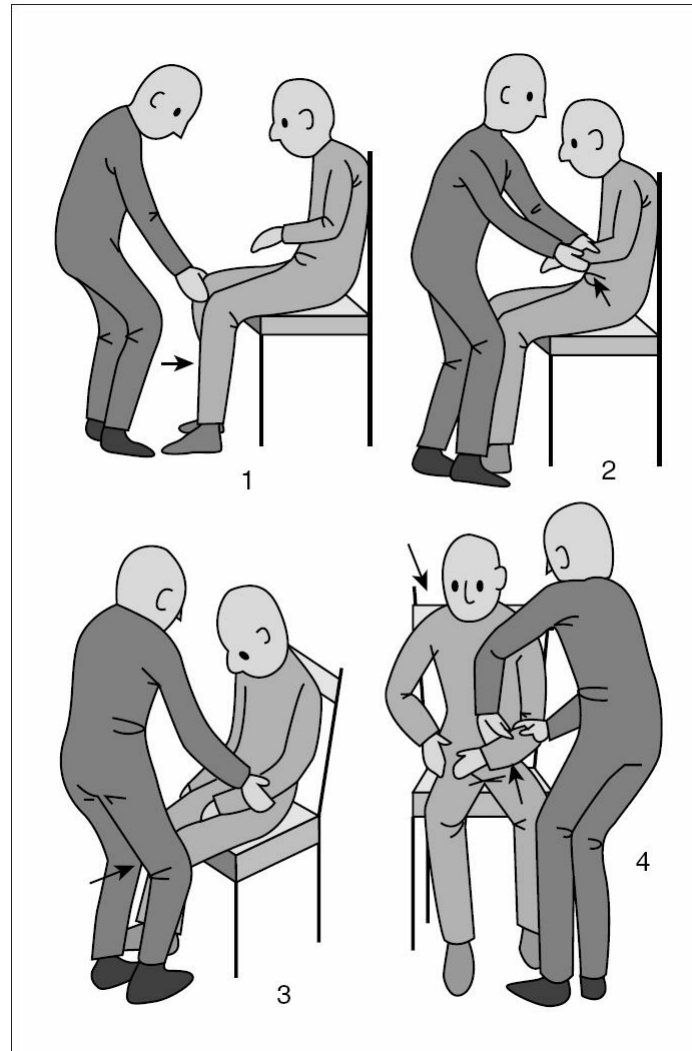


FIGURA 18.16a.

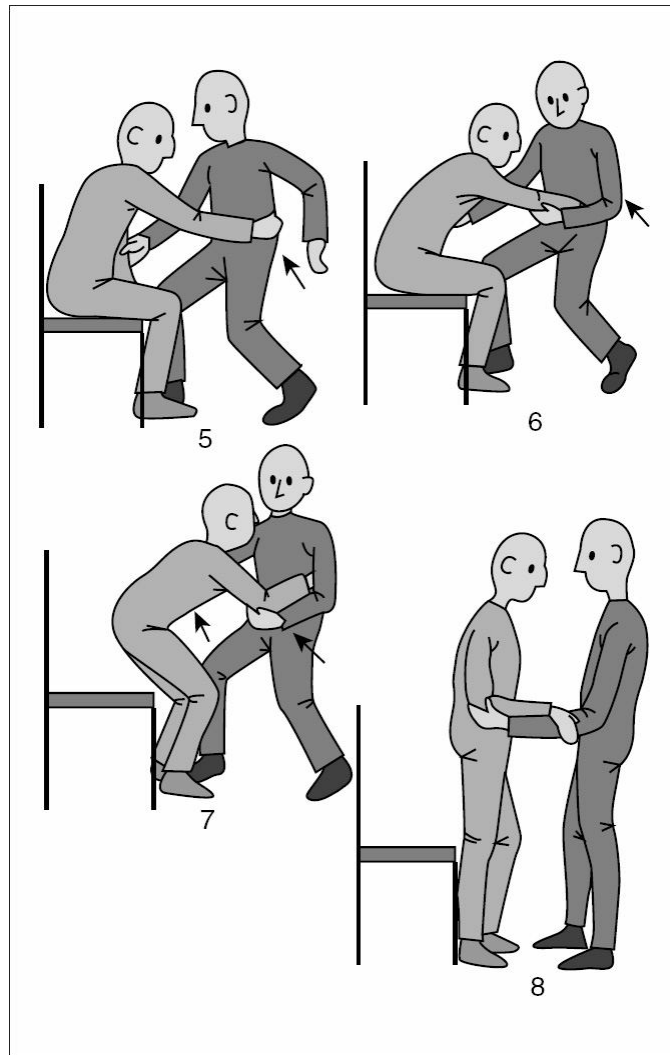


FIGURA 18.16b.

18.7. Bajadas

Es el paso contrario a los levantamientos. Se utiliza cuando la persona mayor, en la posición de sentado en la cama, necesita ser tumbada en la misma; o bien, cuando estando de pie, es necesario que se siente ([figuras 18.17](#) y [18.18](#)).



FIGURA 18.17.

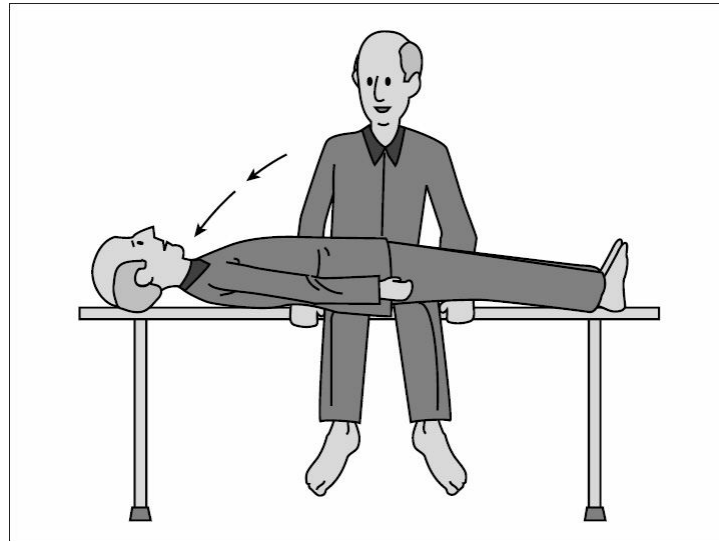


FIGURA 18.18.

18.7.1. Pasar de sentado a tumbado

- Colocar el brazo inactivo en el vientre de la persona mayor, y de igual modo cruzar la pierna inactiva sobre la activa.
- Agarrar por detrás del cuello, el hombro contrario de la persona mayor.
- Deslizar el brazo libre del cuidador, bajo los muslos de la persona mayor.
- Levantar las piernas y girarla ([figura 18.19](#)).

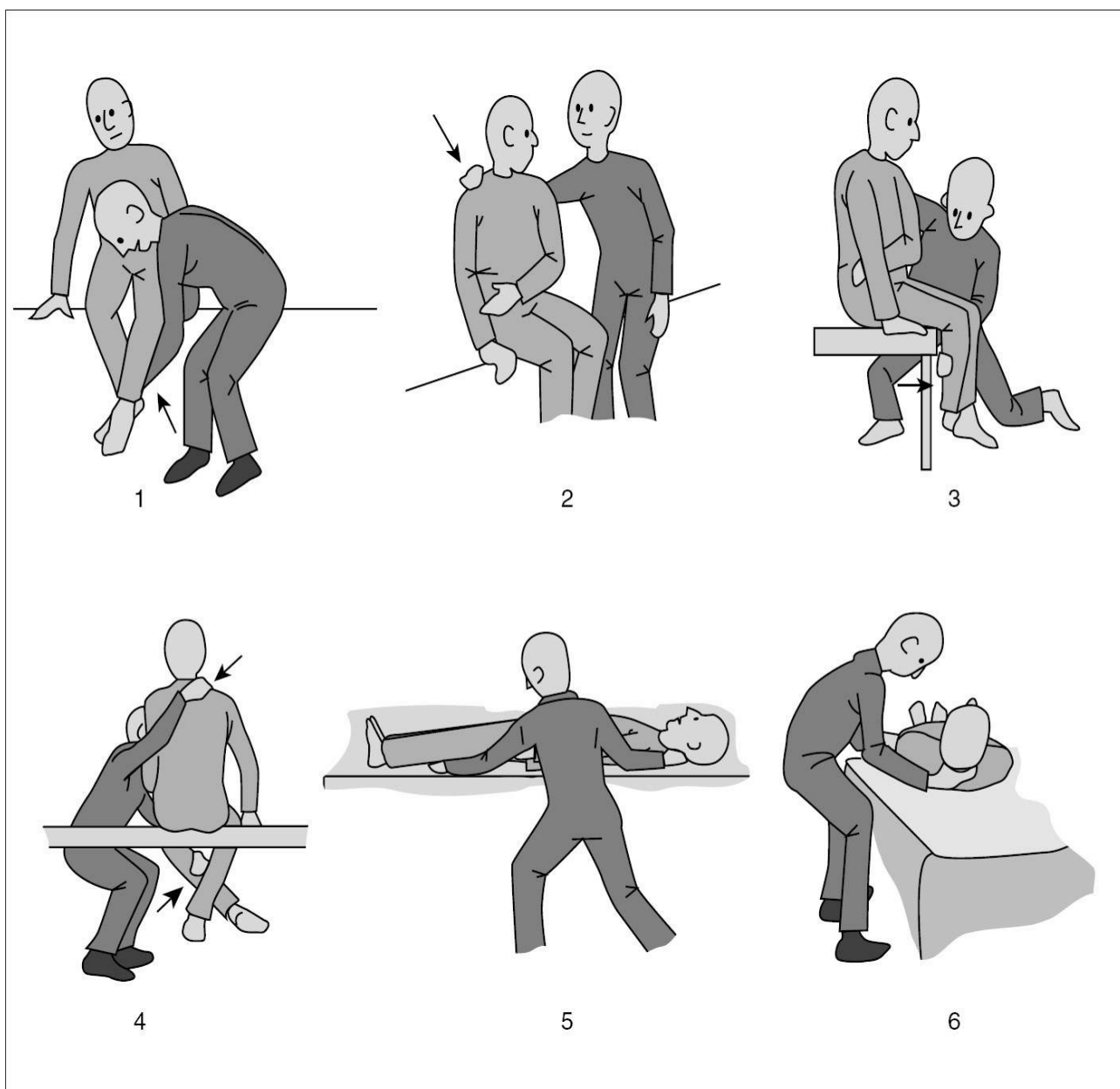


FIGURA 18.19.

18.7.2. Pasar de pie a sentado

Los pasos a seguir son los siguientes ([figuras 18.20a](#) y [18.20b](#)):

- Colocar la silla pegándola a las pantorrillas de la persona mayor. Agarrar la ropa por la cintura en forma de presa. Agarrar el codo activo con la palma de la mano.
- Echar hacia delante el pie inactivo.
- Girar la mano activa de la persona mayor hacia la silla.

- Ordenar que se apoye en ella.
- Apoyarse sobre el omóplato, por encima del hombro, y descenderla doblándola hacia delante.
- Adelantarse para permitirle enderezarse.

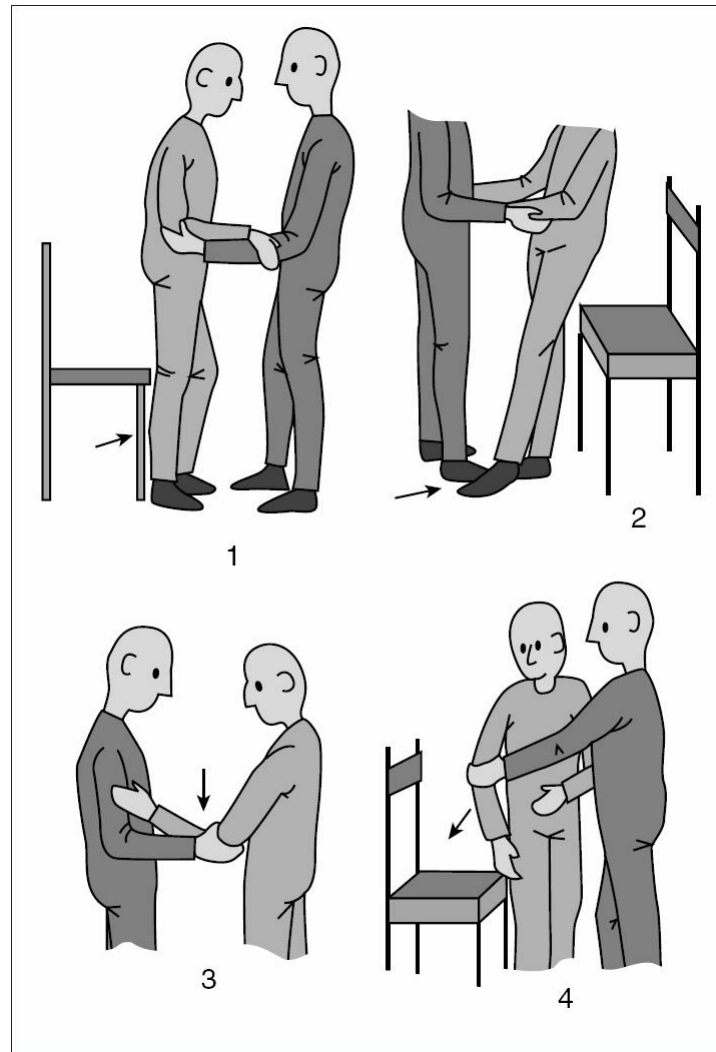


FIGURA 18.20a.

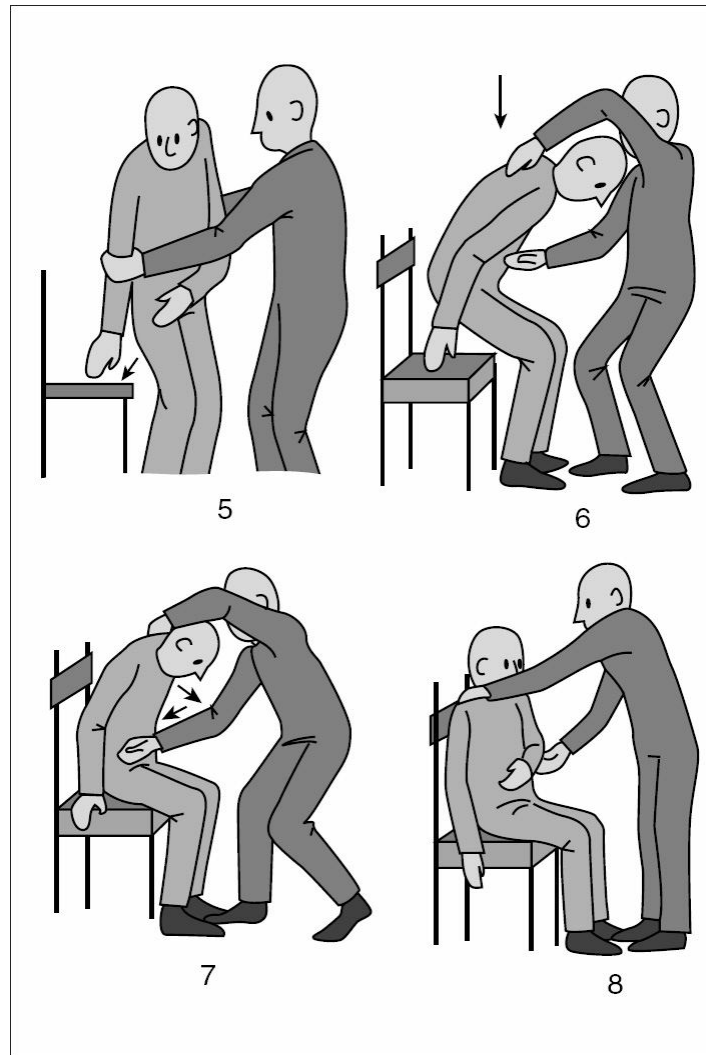


FIGURA 18.20b.

18.7.3. Enderezamiento

Se realizan cuando hay que colocar a la persona mayor en una posición cómoda para ella, debido a que ha resbalado hacia abajo ([figuras 18.21 y 18.22](#)).

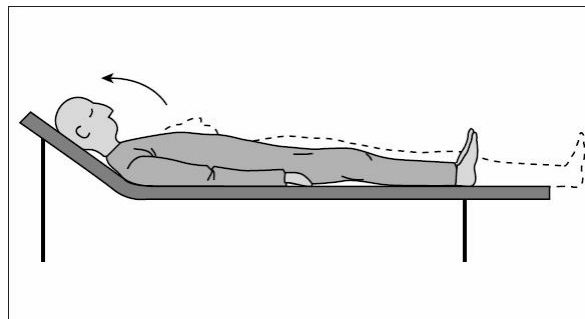


FIGURA 18.21.

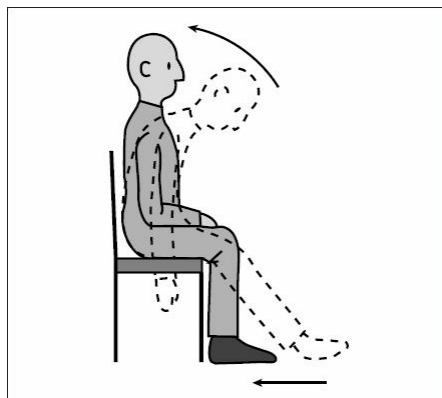


FIGURA 18.22.

18.7.4. Enderezamiento: enfermo acostado

Se precisan dos personas ([figuras 18.23a](#) y [18.23b](#)).

- Colocar una mano bajo el omóplato y otra bajo la nalga.
- Juntar las frentes de los cuidadores, manteniendo la espalda lo más recta posible.
- Deslizar la pierna del cuidador más cercana a la cabeza de la persona mayor lateralmente y a la vez flexionar la rodilla de la otra pierna.
- Llevar, cada cuidador, la mano que estaba en el omóplato, hacia la curvatura superior de la espalda.
- Hacer levantar la cabeza a la persona mayor para que se mire el vientre.
- Hacer un balanceo.
- Deslizarla hacia la cabecera.
- Siempre conservar la posición *frente-frente*, de los cuidadores.
- Bajar la cabeza de la persona mayor con cuidado y sacar las manos.

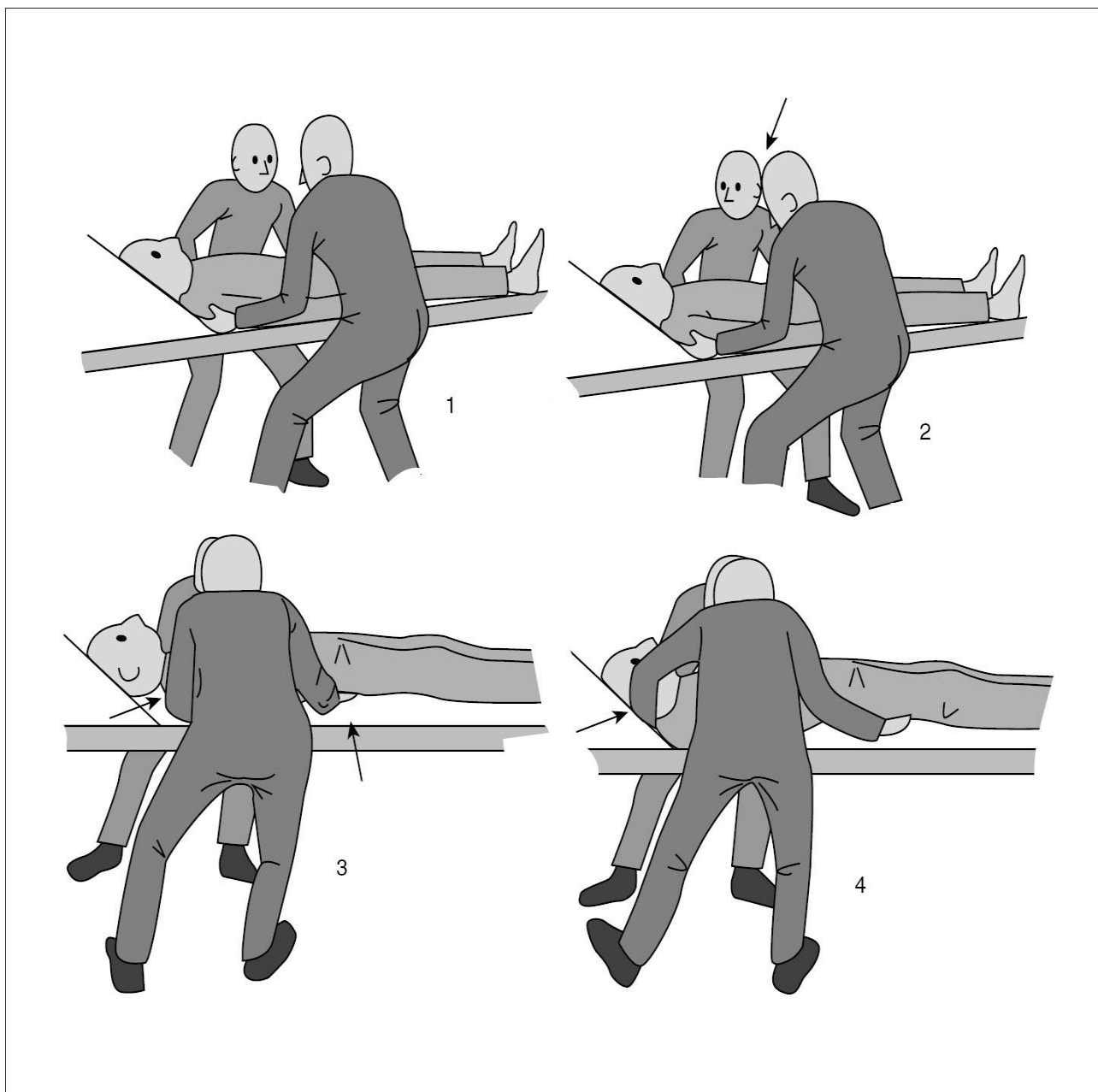


FIGURA 18.23a.

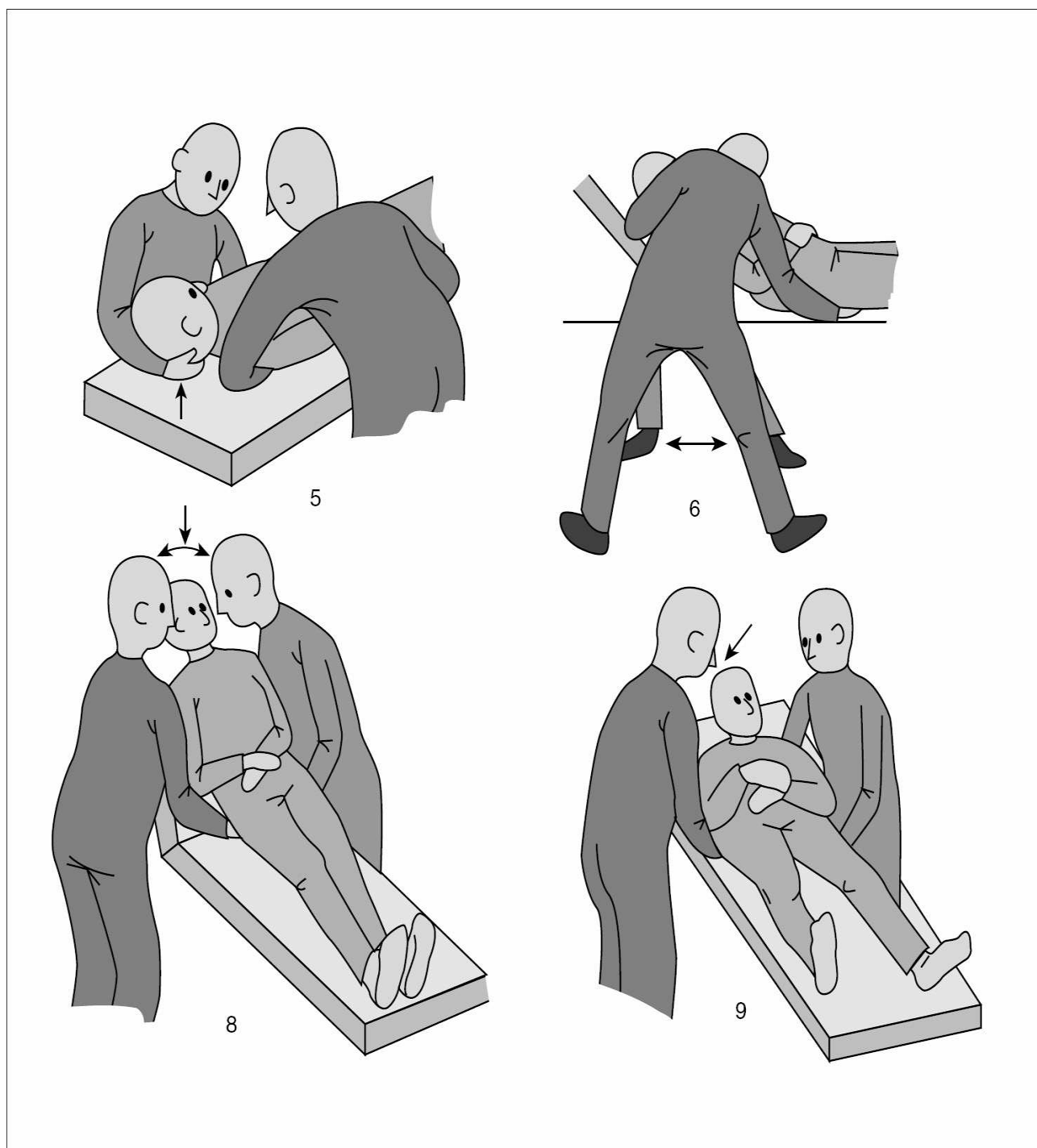


FIGURA 18.23b.

18.7.5. Enderezamiento: sentado

Los pasos a seguir son los siguientes (figuras 18.24a y 18.24b):

- Retrasar los pies de la persona mayor doblándole las rodillas.

- Colocarse por detrás con las rodillas apoyadas en el respaldo de la silla y neutralizar los brazos de la persona mayor.
- Agarrar sus muñecas, pasando el cuidador los brazos bajo las axilas.
- Echarse hacia delante buscando el límite del desequilibrio delantero.
- El cuidador traccionará en su dirección.
- Erguirse, rectificando la postura de la persona mayor si es necesario.

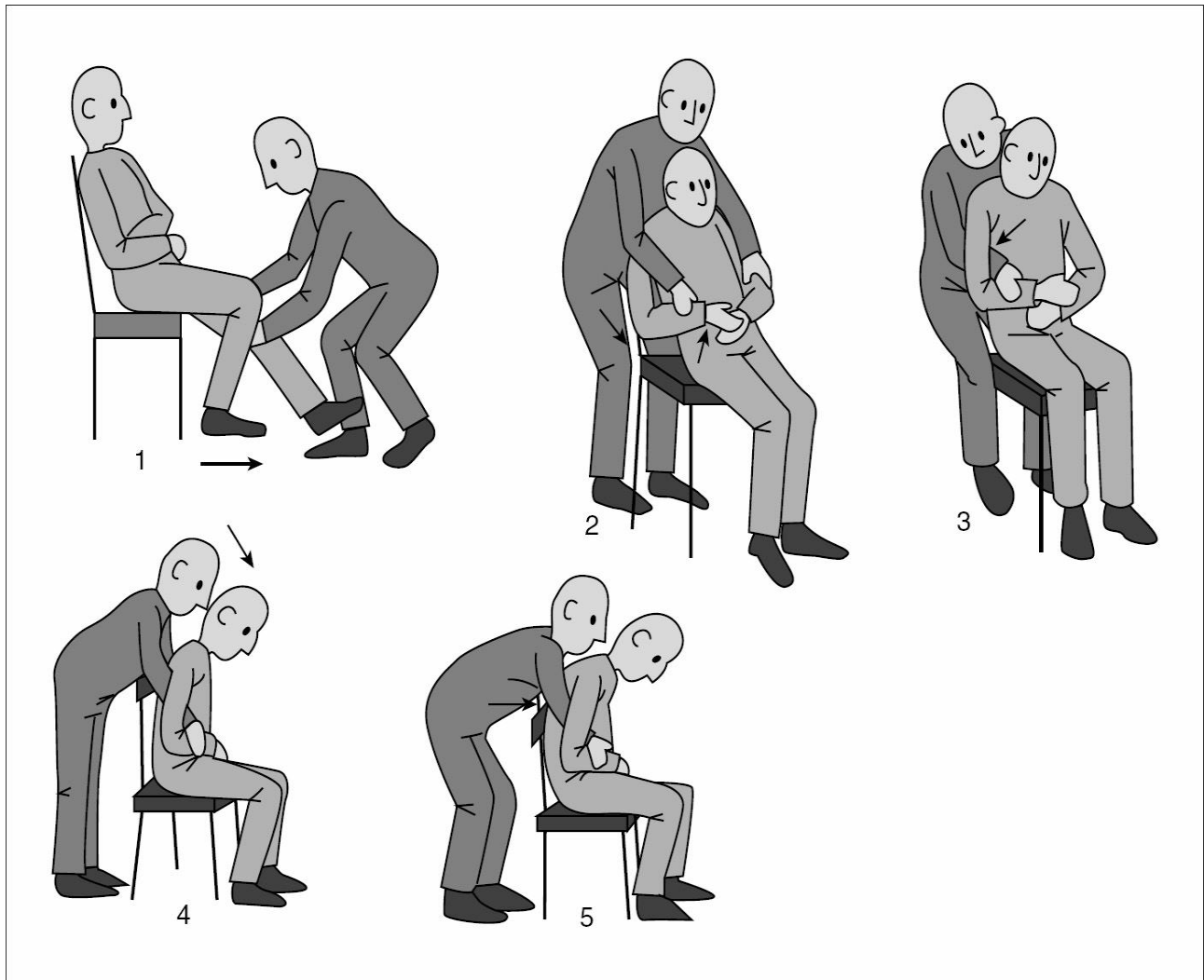


FIGURA 18.24a.

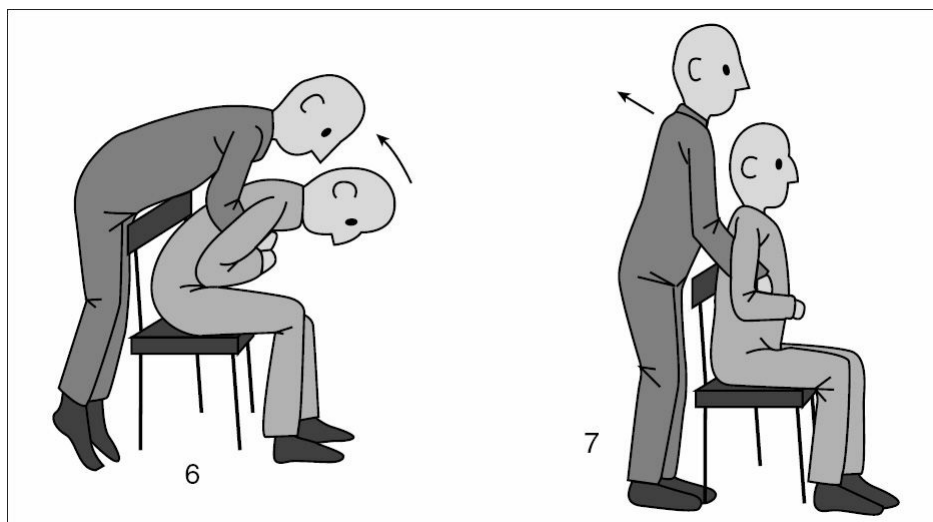


FIGURA 18.24b.

18.8. Posición lateral: colocación de una “cuña”

Los pasos a seguir son los siguientes ([figura 18.25](#)):

- Flexionar la pierna de la persona mayor más alejada del cuidador.
- Situar el pie de la pierna flexionada, bajo la curvatura de la rodilla de la otra pierna.
- Coger la rodilla de la pierna flexionada, traccionando al mismo tiempo para lateralizar el tronco del anciano.
- Colocar la cuña como muestra la figura.
- En caso de no poder flexionar la pierna, se coloca la pierna de la persona mayor más alejada del cuidador, cruzada sobre la otra (como indica el tercer dibujo en la figura).

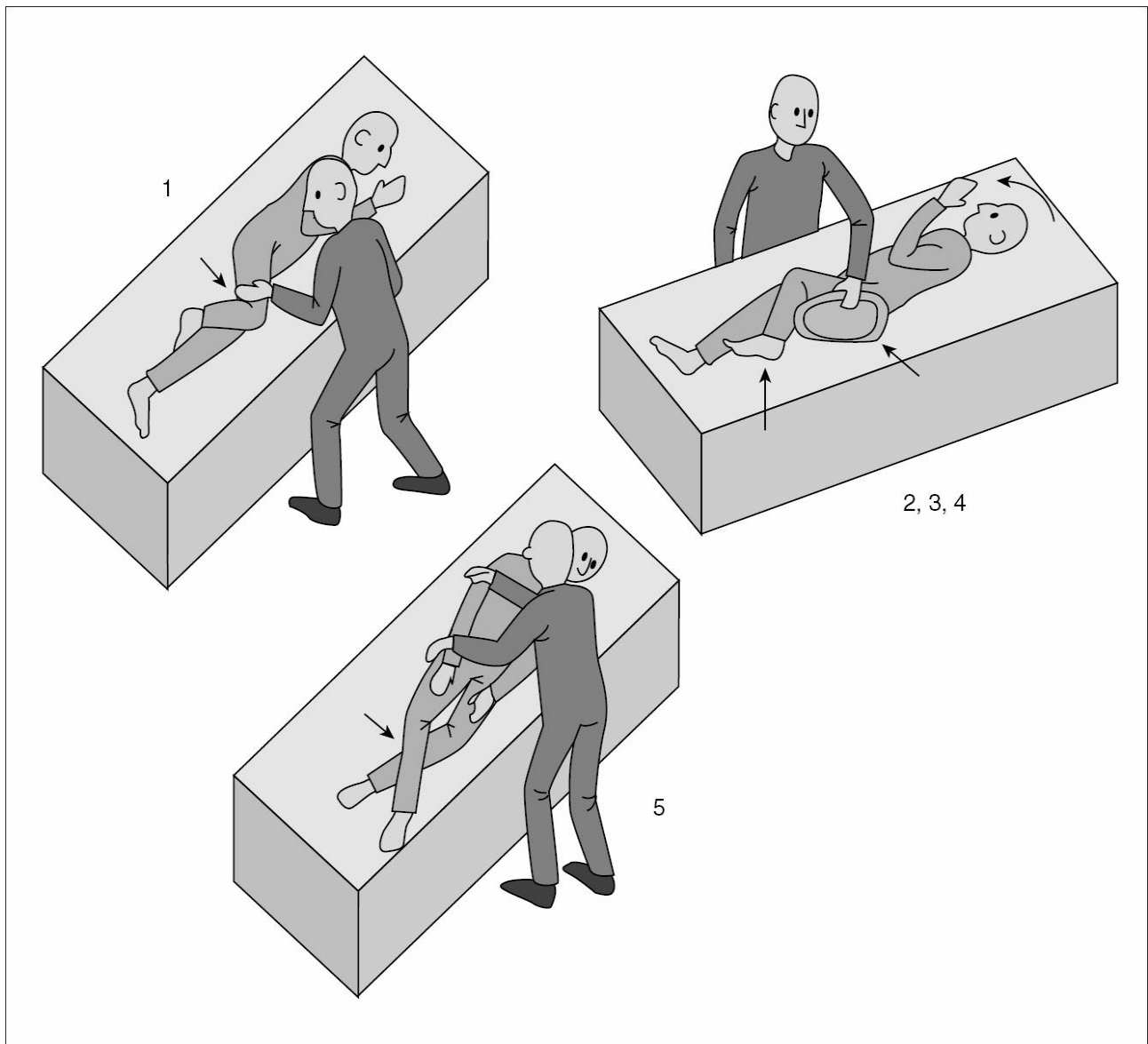


FIGURA 18.25.

Recuerde...

- Pueden provocar inmovilización: el dolor, la debilidad, la fatiga, el vértigo, la inestabilidad, la disminución de la agudeza visual, etc. También el entorno que rodea a la persona mayor, su propio carácter y la motivación, condicionan la inmovilidad. Debe motivarse a la persona mayor para que se encuentre en un entorno seguro y sin miedo a las caídas. Hay que realizar esta tarea de forma paciente y con comprensión, animándola a continuar y no reprochándole nunca nada.

- Debe movilizar a la persona mayor si ésta se encuentra encamada para prevenir complicaciones. La persona que está en cama durante mucho tiempo, tiende a adoptar posturas anormales. Evítelo mediante el uso de pequeñas almohadas, toallas, etc., para alinear correctamente el cuerpo.
 - Anime a la persona mayor para que realice por sí misma cambios de postura elementales, así como actividades básicas tales como alimentarse o asearse.
 - Los movimientos de la persona en una cama deben ser realizados siguiendo unos pasos para conseguir una seguridad en dichos movimientos y para evitar lesiones de espalda en el cuidador.
-

Úlceras por presión

19.1. Introducción

Las úlceras por presión, también llamadas úlceras por decúbito, son uno de los problemas más frecuentes en la persona mayor. Se producen debido a la presión ejercida por su cuerpo sobre distintas estructuras (camas, sillas, butacas, etc.) durante un tiempo prolongado. Si se le suman otros factores como una higiene inadecuada, mala hidratación de la piel y mal estado general, tanto nutricional como vascular, se facilitará un desarrollo más precoz de estas lesiones.

Las úlceras por presión determinan un deterioro brusco de la calidad de vida y de la salud de la persona mayor. Por ello, deben proporcionarse unos cuidados adecuados para evitar complicaciones.

Por tanto, hay que prevenir y observar la aparición de determinados signos y síntomas que indican la presencia de estas úlceras. Hay que tener presente que su aparición o no depende de la capacidad para detectarlas. En caso de que surgieran, se puede, desde casa, seguir ciertas pautas, que a continuación se explican, para evitar que empeoren.

En este capítulo se trata un determinado tipo de úlceras: las que se producen por presión, y no de otros tipos, como pueden ser las vasculares, que requieren otro tipo de cuidados.

Estas lesiones son perfectamente prevenibles mediante unos buenos cuidados, una buena observación y, por supuesto, no permitiendo nunca una inmovilidad prolongada de la persona mayor.

19.2. Concepto de úlcera por presión

Una úlcera por presión es aquella lesión provocada por una presión ininterrumpida que provoca daño de los tejidos sometidos a ella. También son llamadas úlceras por decúbito, llagas por presión o úlceras por encamamiento. Se localizan habitualmente sobre prominencias óseas.

19.3. Clasificación de las úlceras por presión

Las úlceras por presión, según sus características, se clasifican en distintos grados:

- Grado 1. Se caracterizan por un enrojecimiento de la piel, que no blanquea si se aplica una breve presión con el dedo. Éste es el primer signo de alarma que anuncia la aparición de una úlcera. En personas de piel oscura la presencia de decoloración de la piel, calor, edema o dureza pueden ser indicadores de una úlcera en esta fase.
- Grado 2. Hay pérdida parcial del espesor de la piel que afecta a las capas superficial o media de la piel o a ambas. La úlcera es superficial y se presentan como una ampolla o un pequeño cráter o excoiación.
- Grado 3. Se caracteriza por la aparición de una lesión de aspecto similar al de una costra de color negruzco. Al levantarse la costra se presenta un cráter profundo. Puede aparecer o no excavación del tejido vecino. Las úlceras en esta fase son susceptibles de infectarse.
- Grado 4. Se caracteriza por estar dañado en su totalidad el espesor de la piel, llegando a afectar al músculo, hueso o estructuras de soporte (por ejemplo, tendones). Las infecciones que se producen en este tipo de úlceras pueden conducir a una infección generalizada de pronóstico muy grave.

19.4. Factores de riesgo

Los factores de riesgo son aquellas situaciones que favorecen la aparición de úlcera por presión. El principal factor es la presión, pero existen otros que facilitan un desarrollo precoz de estas lesiones, dando lugar a grados más graves y complicados de la úlcera. Estos factores son:

- Edad avanzada: ya que existe una disminución de la actividad física y una mayor tendencia a permanecer mucho tiempo tumbado y a la inmovilidad.
- Alteraciones de la piel: la piel de la persona mayor se hace más fina y frágil, debido al propio proceso de envejecimiento, siendo más susceptible de lesionarse.
- Incontinencia fecal y/o urinaria: muchas personas mayores pierden el control de sus esfínteres, produciéndose una maceración de la piel por la humedad, que puede ocasionar erosiones e infecciones.

- Estado nutricional: puede verse alterado por múltiples factores, como la imposibilidad física, alteraciones bucales y digestivas y factores socioeconómicos. Como consecuencia, puede haber una disminución del tejido adiposo subcutáneo y una mayor proximidad del plano óseo a la piel, lo cual produce un mayor riesgo de úlcera por presión.
- Alteraciones nerviosas: parálisis, pérdida de sensibilidad, etc. Al tener una reducción de las sensaciones, la persona mayor puede no llegar a sentir dolor, aumentando el riesgo de úlceras por presión.
- Alteraciones del estado de conciencia: a las razones expuestas en el anterior factor de riesgo, se añade los problemas de movilidad en las personas inconscientes.
- Inmovilidad: si se adopta una posición determinada durante un tiempo prolongado, aumenta el riesgo de úlceras por presión. Para que esto no se produzca es de vital importancia la realización de cambios posturales.
- Higiene inadecuada: la suciedad, así como el sudor, pueden provocar maceración de la piel.
- Mala hidratación de la piel: la piel seca tiene mayor riesgo de agrietarse y lesionarse.
- Alteraciones de la circulación: distintas enfermedades vasculares, como la arteriosclerosis, condicionan una disminución en la irrigación sanguínea, aumentando el riesgo de úlceras por presión.

19.5 Localización de las úlceras por presión

Si la persona mayor permanece en decúbito supino (boca arriba) ([figura 19.1](#)):

- Parte posterior de la cabeza.
- Escápulas u omóplatos.
- Codos.
- Sacro (rabadilla).
- Talones.

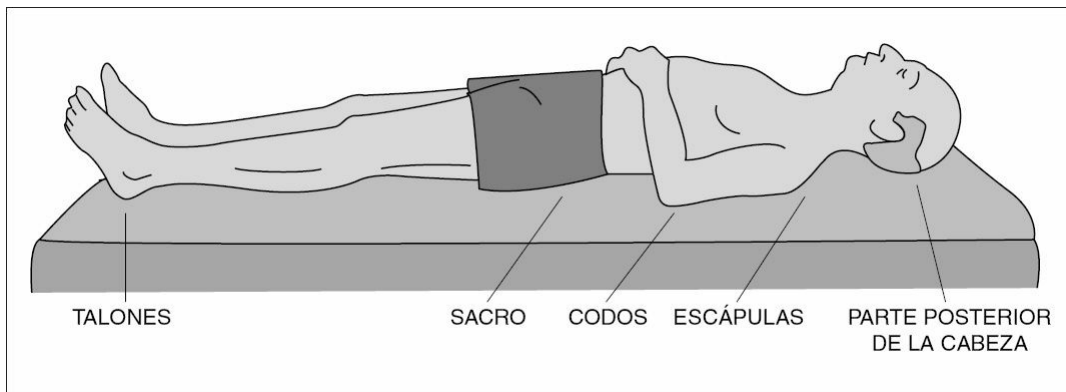


FIGURA 19.1. Principales puntos de presión en decúbito supino.

Si permanece en decúbito lateral (de lado) ([figura 19.2](#)):

- Lateral de la cabeza y oreja.
- Hombro.
- Cadera.
- Trocánter mayor.
- Rodilla (cara lateral).
- Tobillo (cara lateral).

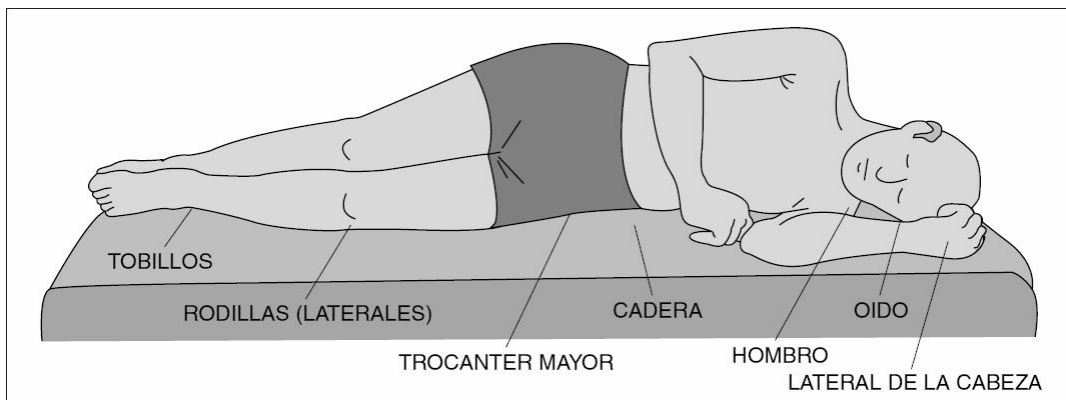


FIGURA 19.2. Principales puntos de presión en decúbito lateral.

Si está en decúbito prono (boca abajo) ([figura 19.3](#)):

- Mejilla y oreja.
- Hombro.
- Mamas (en la mujer).
- Genitales (en el hombre).
- Rodillas.
- Dedos de los pies.

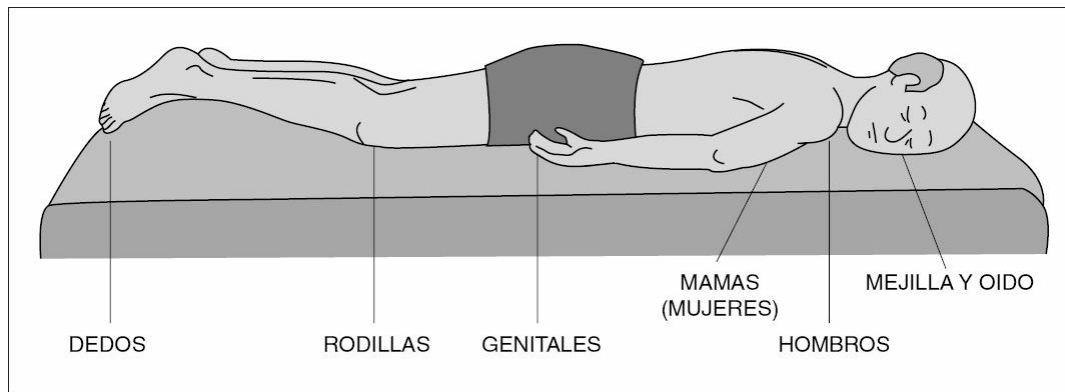


FIGURA 19.3. Principales puntos de presión en decúbito prono.

Si permanece sentado (figura 19.4):

- Columna dorsal.
- Sacro (rabadilla).
- Glúteos.
- Codos.
- Talones.

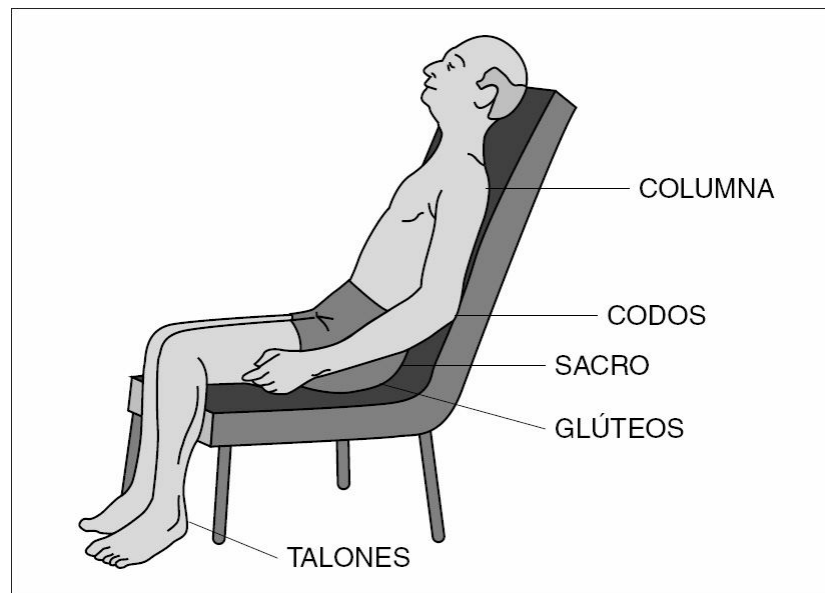


FIGURA 19.4. Principales puntos de presión en personas sentadas.

19.6. Identificación de las úlceras por presión

19.6.1. Datos subjetivos

El dato subjetivo más destacado será el dolor. La persona mayor inmovilizada, con

trastorno de la sensibilidad, sufre irritación, hipersensibilidad o dolor al permanecer cierto tiempo en una determinada posición.

19.6.2. Datos objetivos

Deben observarse las características de la piel en relación con el color, textura, vascularización, humedad y temperatura. En la palpación pueden aparecer los primeros signos: enrojecimiento de la piel; temperatura elevada de la piel; no hay emblanquecimiento con la presión del dedo del cuidador en la zona enrojecida; flictena o ampolla llena de líquido; edema; maceración de la piel; escara de coloración azulada o negra. Se presenta en una fase más avanzada de la úlcera. La escara aumenta más por el plano profundo de la piel que por el superficial, y secreción en el fondo de la úlcera de color verde grisáceo cuando está infectada.

19.7. Prevención de las úlceras por presión

La prevención es esencial para evitar la ulceración. Para ello, en primer termino, hay que saber identificar a las personas mayores de alto riesgo.

Debe realizarse una observación y valoración exhaustiva de la piel y de las condiciones físicas. Se puede aprovechar el momento del lavado, cuando se les cambie la ropa. Esto debe hacerse para detectar los riesgos y prevenir la aparición de la úlcera por presión.

Es, por tanto, fundamental destacar la importancia de una correcta vigilancia de la piel y sus características (color, textura, humedad y temperatura), así como la observación de las áreas de presión, vigilando que se encuentren en buen estado, pero también las posibles modificaciones.

Las pautas para evitar en lo posible la aparición de lesiones producidas por presión prolongada o fricción son las que se desarrollan a continuación.

19.7.1. Cambios posturales

Es importantísima la correcta realización de los cambios posturales, así como que la persona mayor y los familiares comprendan que es necesario que se gire con frecuencia y regularidad en la cama, y que esta acción resulta fundamental para la prevención de las úlceras por presión.

Para que resulten eficaces estos cambios de postura, deben realizarse cada tres o cuatro horas como máximo. El peso del cuerpo debe estar repartido de manera uniforme con el fin de evitar zonas donde la presión sea mayor.

Las distintas posturas que deben alternarse, así como la colocación de almohadas,

tienen como fin evitar zonas donde exista mayor presión.

- Decúbito supino ([figura 19.5](#)).
 - Una almohada (no demasiado grande para evitar una excesiva flexión del cuello) bajo cabeza y hombros.
 - Una almohada bajo las pantorrillas, desde las rodillas hasta los talones (para evitar la presión sobre éstos), procurando que la persona mayor tenga aquellas en ligera flexión (que es su posición más natural).
 - Una almohada o un rollo hecho con alguna toalla colocado en la zona externa del muslo para evitar que la cadera y la pierna roten hacia fuera.
 - Una almohada bajo la zona lumbar para respetar el hueco de esa zona.

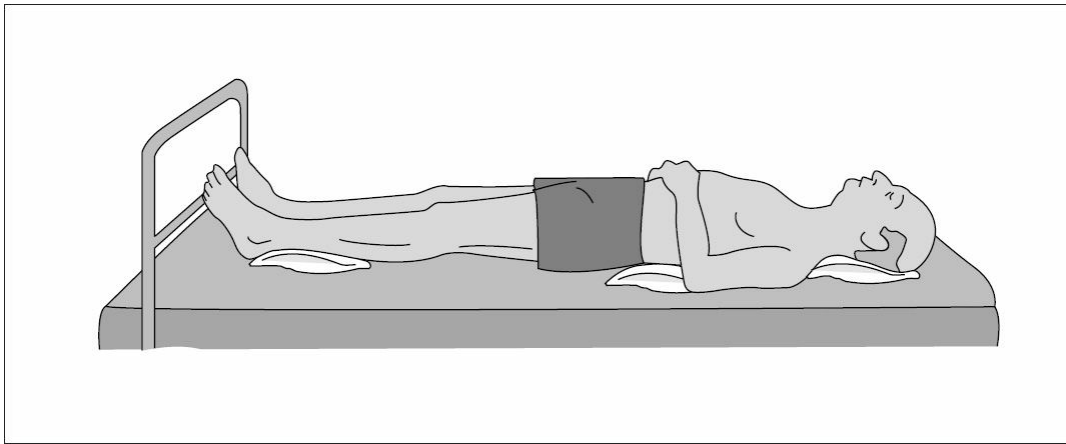


FIGURA 19.5. Colocación de almohadas para prevenir úlceras en decúbito supino.

- Decúbito lateral ([figura 19.6](#)).
 - Una almohada bajo la cabeza (así alineamos la cabeza y el cuello con el tronco).
 - Una almohada debajo del brazo que queda encima (flexionándolo en ángulo recto), para que la mano quede a la misma altura que el codo.
 - Una almohada entre las piernas para evitar la presión de la pierna de encima sobre la que queda debajo.
 - Una almohada en la espalda para estabilizar la posición de la persona y evitar su deslizamiento.

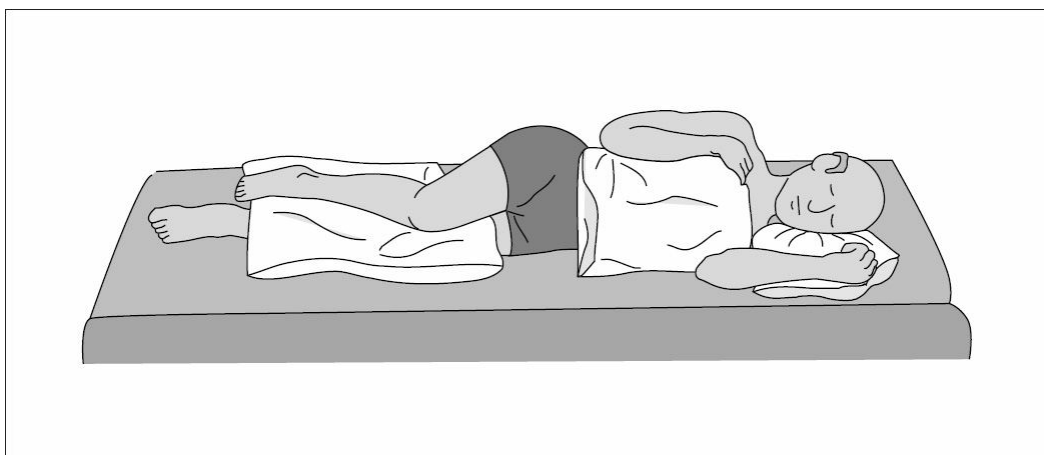


FIGURA 19.6. Colocación de almohadas para prevenir úlceras en decúbito lateral.

- Decúbito prono (figura 19.7).
 - Una almohada no muy alta bajo la cabeza.
 - Una almohada pequeña bajo el abdomen (desde las mamas en el caso de las mujeres para reducir la presión sobre las mismas) hasta la cintura (no más abajo jo de ésta, para que la región lumbar no se curve excesivamente). Además se colocará otra bajo los muslos, evitando, junto a la del abdomen, la presión sobre genitales (en los hombres).
 - Una almohada bajo la pierna, desde las rodillas hasta los tobillos, para separar los dedos del pie de la superficie de la cama. Junto con la otra almohada bajo las piernas evitamos la presión sobre las rodillas.

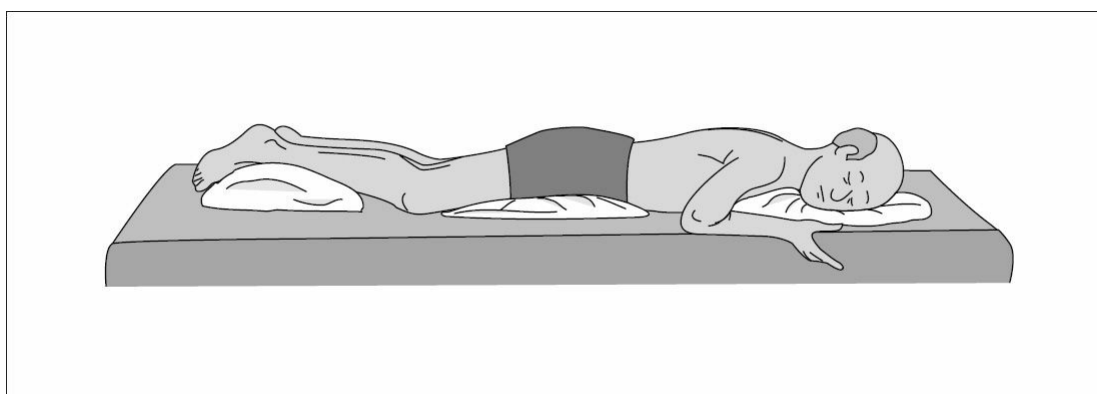


FIGURA 19.7. Colocación de almohadas para prevenir úlceras en decúbito prono.

- Sentado (figura 19.8).
 - Una almohada en la región cervical.
 - Una almohada en la región lumbar.
 - Un cojín bajo los glúteos para evitar el deslizamiento.
 - Deben colocarse las piernas y los pies en ángulo recto para evitar la

- presión sobre talones así como el deslizamiento sobre el asiento, que causa fricción en la región sacra (rabadilla).
- Almohadas sobre los reposabrazos, desde el codo a las manos.

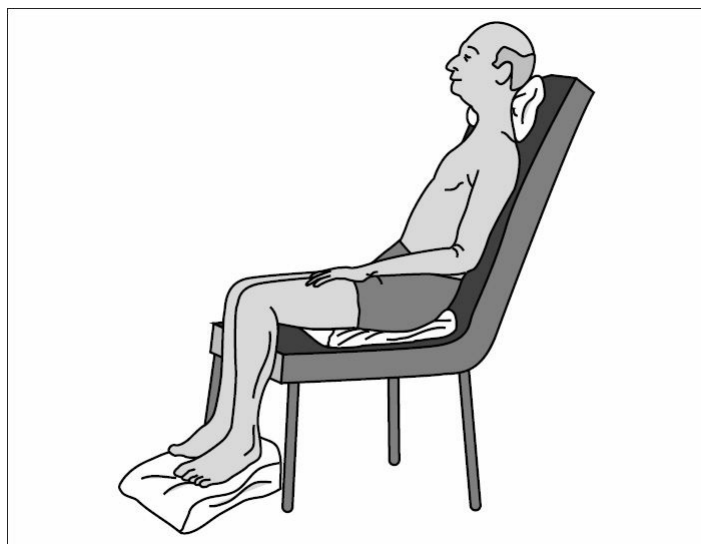


FIGURA 19.8. Colocación de almohadas para prevenir úlceras en personas sentadas.

Debe insistirse en que los cambios posturales son momentos muy apropiados para observar con detenimiento el estado de la piel con el fin de detectar posibles riesgos y aparición de lesiones. Esta observación ha de realizarse en cualquier tipo de cuidado que se realice con la persona mayor.

En cada cambio postural debe practicarse una sesión de masaje para estimular el riego sanguíneo. Es importante recordar que nunca debe darse un masaje en zonas de enrojecimiento (úlceras por presión de grado 1).

Al movilizar a la persona mayor en la cama, nunca se le debe arrastrar por encima de ella, para evitar la producción de úlceras por tracción o pinzamiento.

A las personas mayores semi-inmóviles y a aquellas que están mucho tiempo sentadas, se les debe animar y ayudar a levantarse y caminar aunque sólo sean unos pasos cada hora (siempre que su enfermedad lo permita). Debe evitarse el uso de dispositivos tipo anillo (por ejemplo flotadores) para sentarse, siendo preferible el uso de cojines.

A las personas mayores encamadas hay que animarlas para que muevan las piernas en la cama, si pueden hacerlo. Hay que tener especial cuidado en los talones: para evitar una mayor presión en dicha zona hay que protegerlos con almohadillado.

19.7.2. Ropa de cama

Debe estar permanentemente limpia y seca, e igualmente importante será el

mantenerla bien estirada con el fin de eliminar los pliegues, que pueden producir lesiones en la piel. Para mantener la limpieza y reducir la humedad, se recomienda la utilización de pañales o empapadores cubiertos con otra sábana entremetida, que evitará la erosión y podrán ser retirados en caso de necesidad sin que sea preciso hacer de nuevo la cama por completo.

19.7.3. Aseo del anciano

Suponiendo que la persona mayor no sea capaz de realizar su higiene diaria de forma satisfactoria, será el cuidador el responsable de llevarla a cabo y se seguirá el orden siguiente con el material que a continuación se indica. Material necesario: agua tibia (palangana), jabones neutros, esponjas suaves, toallas y crema hidratante y colonia.

Colocando a la persona mayor en posición de decúbito supino, en primer lugar se lava la cara solamente con agua, con especial cuidado en ojos y oídos, y se seca a continuación. Luego se enjabona el tronco, los brazos y las piernas, secándolos a continuación. En último lugar se lavan los genitales, secándolos cuidadosamente.

A continuación colocamos a la persona mayor en posición de decúbito lateral. Se enjabona la espalda y la parte posterior de las piernas, secándolas a continuación. Por último se enjabonan las nalgas y la región próxima al ano, secando después. Es de gran importancia secar adecuadamente los pliegues de la piel, así como no frotar bruscamente con la toalla.

Tras el baño realizado, se aplica la colonia sobre el tronco y extremidades, teniendo siempre cuidado de no aplicarla en zonas donde existan lesiones o heridas. Además de proporcionar confort a la persona mayor, al realizarlo mediante suaves masajes activa la circulación y favorece la estimulación muscular.

Para finalizar el aseo se administra la crema hidratante por todo el cuerpo, a excepción de las zonas genitales y la cara, aplicándola también con masaje. Al proporcionarle una buena hidratación a la piel, se evitarán las lesiones por deslizamiento sobre la superficie de la cama.

19.7.4. Masajes y fricciones

Las zonas más propensas a ulcerarse (véase más arriba) pueden friccionarse con alcohol alcanforado o de romero. Los masajes se realizarán con crema hidratante o loción, con movimientos circulares y suavemente. Es importante recordar que nunca debe darse un masaje sobre la piel enrojecida.

19.7.5. Estado nutricional

Es conveniente que la persona mayor coma cuatro o cinco veces al día, evitando el exceso de sal y llevando una dieta variada y equilibrada. Es muy importante un buen aporte de proteínas, ya que éstas constituyen el principal elemento de la estructura de la piel. Una buena ingestión de proteínas favorece también la cicatrización de las úlceras que ya existan. Debe controlarse el exceso de peso.

19.7.6. Otros medios de prevención

Otros métodos para prevenir la aparición de lesiones son: la fisioterapia pasiva, el uso de piel de cordero o felpa sobre las sábanas, colchones anti-escaras, camas especiales, almohadillado en las zonas de mayor presión (talones, codos, etc.).

19.8. Cuidado de las úlceras por presión

Los cuidados de las úlceras por presión que se pueden realizar a nivel doméstico están dirigidos fundamentalmente a la prevención de las mismas. Cuando ya exista una úlcera, es importante evitar que la presión incida sobre dicha lesión, ya que al igual que ésta puede producir una úlcera, también puede retrasar la favorable cicatrización de las que ya existan.

En el caso de la aparición de signos que nos indiquen que la úlcera evoluciona de forma desfavorable, o de que la lesión requiera cuidados especiales tanto domiciliarios como ambulatorios, debe acudir a los profesionales sanitarios del centro de salud o del ambulatorio correspondiente. Ellos proporcionaran la asistencia y la información necesaria sobre el problema concreto al que la persona mayor y los cuidadores se enfrentan.

Recuerde...

- El principal factor de riesgo para la aparición de estas úlceras es la presión prolongada en determinadas zonas del cuerpo sobre distintas superficies.
- La prevención es esencial para evitar la ulceración.
- Vigile el estado de la piel: su color, textura, humedad y temperatura.
- Anime a la persona mayor con una cierta capacidad de movilización o que esté mucho tiempo sentada, para que se levante y camine unos pasos cada hora.
- Si aparecen signos que indiquen un empeoramiento de la úlcera, o si la lesión requiere cuidados especiales, debe acudir a los profesionales sanitarios de su

centro de salud o de su ambulatorio correspondiente.

Problemas de la circulación periférica en la persona mayor

20.1. ¿Cómo cambia la circulación periférica en las personas mayores?

El envejecimiento trae consigo un progresivo empeoramiento de la circulación. Los vasos sanguíneos envejecen con la edad, se hacen más rígidos y menos elásticos y el corazón comienza a fallar como bomba, impulsando la sangre con menos fuerza. Por eso las enfermedades vasculares periféricas son un grupo de trastornos muy frecuentes en los ancianos.

A pesar de no amenazar la vida de la persona mayor limitan mucho la capacidad de realizar actividades cotidianas, caminar, hacer ejercicio, etc. De ahí la importancia de prevenir la aparición de éstas antes de que el mayor se encuentre limitado, y si ya existiesen, trataremos de aliviar sus síntomas y complicaciones.

Es importante saber que se van afectar los vasos de las piernas (arterias y venas):

- Arterias:
 - Vasos que salen del corazón.
 - Recorren las piernas y el resto del organismo.
 - La sangre se mueve dentro de ellas con gran fuerza debido a que el corazón la impulsa.
- Venas
 - Vasos que llegan al corazón desde las piernas y el resto del organismo.
 - La sangre se mueve dentro de ellas sin demasiada fuerza debido a que el corazón ya no la impulsa.
 - Es necesario que exista algo de movimiento o ejercicio para ayudarla a

realizar su camino de regreso al corazón.

Se va a tratar de explicar en primer término por qué se producen las enfermedades vasculares, para así comprender mejor de qué modo se puede ayudar a los mayores a prevenirlas y, en caso de que ya existiesen, el modo de cuidarlas. Las alteraciones más frecuentes son el dolor en las piernas y la hinchazón, aunque no hay que olvidar que cada enfermedad tendrá sus características propias, y por ello se llamarán de una u otra manera, según afecten a arterias o venas:

- Arterias: isquemia arterial.
- Venas: varices y trombosis venosa.

Todas ellas tienen características distintas, pero antes de su aparición se pueden adoptar unas medidas preventivas generales:

- No utilizar prendas de vestir muy ajustadas.
- Evitar cruzar las piernas al sentarse.
- Descansar con las piernas más altas que el resto del cuerpo en algún momento del día, como después de comer o antes de acostarse.
- Perder peso si hay problemas de obesidad, para evitar un exceso de carga en las piernas.
- Hacer ejercicios moderados de forma regular; como caminar diariamente una hora.
- No permanecer mucho tiempo de pie sin moverse o sentado.
- Evitar el consumo de tabaco.

20.2. Isquemia arterial

La isquemia arterial es un trastorno muy frecuente relacionado con la edad. Y es más frecuente todavía en personas cuyas edades sobrepasan los 65 años y padecen alguna alteración, ya sea del corazón o de los vasos sanguíneos. Además, pueden existir otros problemas asociados que agraven este proceso.

La persona mayor ve limitada su capacidad funcional, su movilidad, sus actividades; es decir, los problemas que se derivan de esta alteración repercuten de forma negativa en su salud.

En la isquemia arterial la lesión fundamental se localiza en la pared de las arterias por acúmulo de grasas u otros motivos, como se verá más adelante. Los objetivos primordiales son:

- Mejorar la calidad de vida del anciano.
- Mejorar, en la medida de lo posible, su capacidad de autocuidado.
- Interferir en la progresión de la enfermedad.
- Prevenir la aparición de complicaciones.

20.2.1. *¿Qué se debe tener en cuenta?*

Los factores que influyen en la aparición de la isquemia arterial son: tabaco, diabetes, colesterol elevado, hipertensión arterial, poca actividad, viscosidad sanguínea y obesidad.

Las principales medidas preventivas para evitar y retrasar la aparición de esta enfermedad son:

- Supresión del tabaco.
- Actividad física programada y frecuente.
- Dieta adecuada.
- Controles periódicos llevados a cabo en su centro de salud con medición de la tensión arterial y análisis de sangre.

El principal problema que encontramos es el dolor en la pierna; es un dolor que detiene a la persona mayor si está realizando algún ejercicio; cuando el problema se agrava, el dolor llega a interrumpir, incluso, sus paseos. Esto se conoce como claudicación intermitente o signo del escarinate, ya que en sus paseos la persona mayor se ve obligada a parar y, para disimular, mira los escarinate.

El proceso por el cual se produce el dolor es el siguiente:

- Engrosamiento de la pared de las arterias.
- Disminución del flujo de sangre que circula por los vasos.
- Formación de trombos.
- Obstrucción.
- Disminución de aporte sanguíneo a la pierna.
- Dolor en la pierna. Este dolor puede afectar a una o ambas piernas. La persona mayor refiere molestias en las pantorrillas, muslos o nalgas, y las describe como sensación de compresión y quemazón, que se alivia, en un principio, con el descanso. Es un dolor agudo, como el pinchazo de un cuchillo.

También aparecen calambres y hormigueos. Las uñas de los dedos se vuelven frágiles, hay caída del vello de las piernas, se detectan partes sin sensibilidad, etc. La pierna está fría y se torna pálida, debido a la mala circulación de la sangre.

Pueden aparecer úlceras o heridas en la piel, ya sea espontáneamente o después de un golpe. Generalmente, comienzan en los dedos de los pies y en los talones. Al final, surge la gangrena o muerte del tejido, que puede obligar, fatalmente, a una amputación.

20.2.2. *Recomendaciones*

- Supresión del tabaco: la nicotina que contiene el tabaco hace que las paredes de los vasos sanguíneos se estrechen aún más. Así la enfermedad progresa más

rápido, evoluciona peor y se agrava. Evitar su consumo.

- Autoinspección: al menos una vez por semana, examinar minuciosamente los pies, para detectar la presencia de cambios de color, grietas, cortes, etc.
- Ejercicio: la actividad física estimula la circulación de la sangre y favorece la cicatrización y reparación de las heridas. Por ello es conveniente caminar diariamente y hacerlo de forma progresiva. Caminar por terreno llano, para proteger los pies de posibles lesiones. Por el mismo motivo, y como medida de seguridad, hay que evitar caminar en aglomeraciones. Si al caminar se presenta dolor en las piernas, hay que detenerse y descansar durante algunos minutos hasta que cese el dolor. Después, reanudar la marcha.
- Si el médico ha recomendado el reposo en cama, hay que proteger las prominencias óseas, los talones, los codos, etc., con almohadillas de piel de borrego natural, con el fin de reducir la fricción e irritación de la zona.
- Asegurar una posición cómoda, con la cabeza levantada. Realizar actividades encaminadas a la ocupación del tiempo para distraerlo de la molestia continua de la pierna.
- Para aliviar el dolor, sentarse en el borde de la cama y balancear la pierna.

20.2.3. Medidas posturales

Para asegurar un adecuado riego sanguíneo, mantener las piernas al mismo nivel que la cama durante la noche. Nunca debe elevar los pies de la cama, ni tenerlos flexionados.

Evitar estar sentado o de pie durante períodos de tiempo prolongados. Del mismo modo, cambiar de posición durante el descanso nocturno.

Para evitar que las sábanas se apoyen sobre los pies y se produzcan rozaduras, coloque una almohada debajo de las sábanas al pie de la cama.

20.2.4. Nutrición

Mantener una dieta equilibrada con un aporte adecuado de proteínas y vitaminas. Así se favorecen la reparación y la cicatrización de las heridas.

Corregir la obesidad para evitar el sobrepeso en las piernas.

Dieta variada: baja en colesterol y grasas. Rica en fibra (así también evitamos el estreñimiento), verduras, frutas, líquidos, etc.

Ante cualquier duda a este respecto le recordamos que puede consultar el capítulo de este libro dedicado a la nutrición.

20.2.5. Higiene y cuidado de pies y piernas

Es importante para prevenir la aparición de las complicaciones causadas por esta enfermedad:

- Lavar los pies diariamente con agua tibia y un jabón neutro.
- Secar a fondo, sin frotar, mediante pequeñas palmadas e insistiendo entre los dedos.
- Utilizar vaselina, si los pies están secos o descamados. Hidratar también la piel de las piernas, y evitar cualquier golpe en ellas.
- Los callos o durezas deben ser tratados por el podólogo.
- Cortar las uñas de los pies en línea recta, no muy cortas. Es aconsejable sumergir los pies en agua templada para reblandecer la uñas y así poder cortarlas mejor.
- Procurar usar zapatos que se ajusten al pie. Se prefieren los de punta cuadrada o redonda, que no comprimen los dedos.
- Para evitar la aparición de grietas u otro tipo de lesiones, evitar caminar descalzo o utilizar sandalias.
- Usar calcetines limpios cada día. Preferiblemente de algodón o lana, ya que absorben mejor la humedad. Así se evitan las alteraciones de la piel causadas por la transpiración del pie. Evitar el uso de calcetines de nylon.
- Si es necesario, usar polvos antitranspirantes.
- Colocar lana entre los dedos de los pies para mantenerlos secos y prevenir roces.
- No utilizar medias con extremos elásticos ni ligas, evite la mas mínima compresión sobre las piernas.

20.2.6. Evitar el frío y el calor extremos

El frío reduce el riego sanguíneo, por ello, hay que evitar que los pies se enfríen. Hay que procurar abrigarlos durante el invierno y no bañarse ni nadar en agua fría.

Debe evitarse la aplicación directa de calor a pies y piernas, tomándose las medidas de seguridad para no quemarse al bañarse o al utilizar almohadas de calor.

20.3. Trombosis venosa

La trombosis venosa es la formación de un coágulo o trombo en el interior de una vena. Si el coágulo llega al corazón, cerebro o pulmones puede producir graves complicaciones.

La trombosis venosa se produce principalmente en las venas de las piernas, y es el

problema venoso más frecuente en los mayores de sesenta años. Además de la edad, hay otros factores que influyen en la aparición de esta enfermedad, y algunos pueden prevenirse adoptando una serie de medidas sencillas. Estos factores, muy frecuentes en ancianos, son: obesidad, consumo de tabaco, inmovilidad, golpes y caídas.

20.3.1. Obesidad

El exceso de peso produce dificultades para que la sangre circule por los vasos sanguíneos. La obesidad también es una dificultad para realizar ejercicio físico, que es muy necesario para prevenir esta enfermedad. Por todo ello es necesario llevar una dieta equilibrada y realizar un régimen si existe sobrepeso (supervisado por un especialista).

20.3.2. Consumo de tabaco

Hay que evitar el consumo de cualquier tipo de tabaco, pues contiene sustancias que producen modificaciones en las paredes de las venas y arterias. Las paredes están menos elásticas y la sangre circula con más dificultad. De esta manera es más fácil que se formen coágulos.

20.3.3. Inmovilidad

El ejercicio físico es muy importante para favorecer la circulación sanguínea. La falta de ejercicio físico, frecuente en las personas mayores, produce que la sangre circule con mayor lentitud por las venas. Al circular más despacio, la sangre puede llegar a estancarse y formar coágulos. Éstas son algunas medidas que se pueden tomar para evitar que esto suceda:

- Dedicar algún momento del día a realizar algo de ejercicio. Es ideal montar en bicicleta, nadar o correr. Si estos ejercicios resultan demasiado difíciles para la persona mayor, pueden sustituirse por un paseo largo diario, de al menos una hora de duración. También puede realizar una serie de ejercicios sencillos, como los descritos en la [figura 20.1](#), que favorecen la circulación sanguínea.
- No es conveniente permanecer de pie o sentado en la misma postura durante mucho tiempo. Tampoco es conveniente cruzar las piernas durante largo rato, porque se comprimen los vasos sanguíneos y se dificulta la circulación.
- Si la persona mayor debe permanecer encamada o inmóvil por algún motivo, pueden adoptarse varias medidas:
 - Elevar las piernas colocando debajo de los pies almohadas, cojines, etc., o,

preferentemente, elevar los pies de la cama colocando algún objeto debajo (figura 20.2). Se facilita así que la sangre regrese por las venas al corazón, evitando que se estanque.

- Hay que evitar que permanezca mucho tiempo en la misma posición. Para ello deben realizarse cambios de postura con regularidad. Así se evita que las arterias y venas de una misma zona se compriman durante largo rato impidiendo que la sangre circule con normalidad.
- Si el encamado está totalmente inmóvil, se pueden realizar con él ejercicios pasivos, que consisten en movilizar las articulaciones de la persona que no puede hacerlo por sí misma. Mientras sujetamos la pierna se le puede hacer doblar la rodilla varias veces. También se pueden realizar giros y flexiones con los pies.
- Si el encamado puede mover las piernas, debe realizar por sí mismo algunos ejercicios. Por ejemplo, puede hacer como si caminara contra los pies de la cama, durante cinco minutos cada hora.

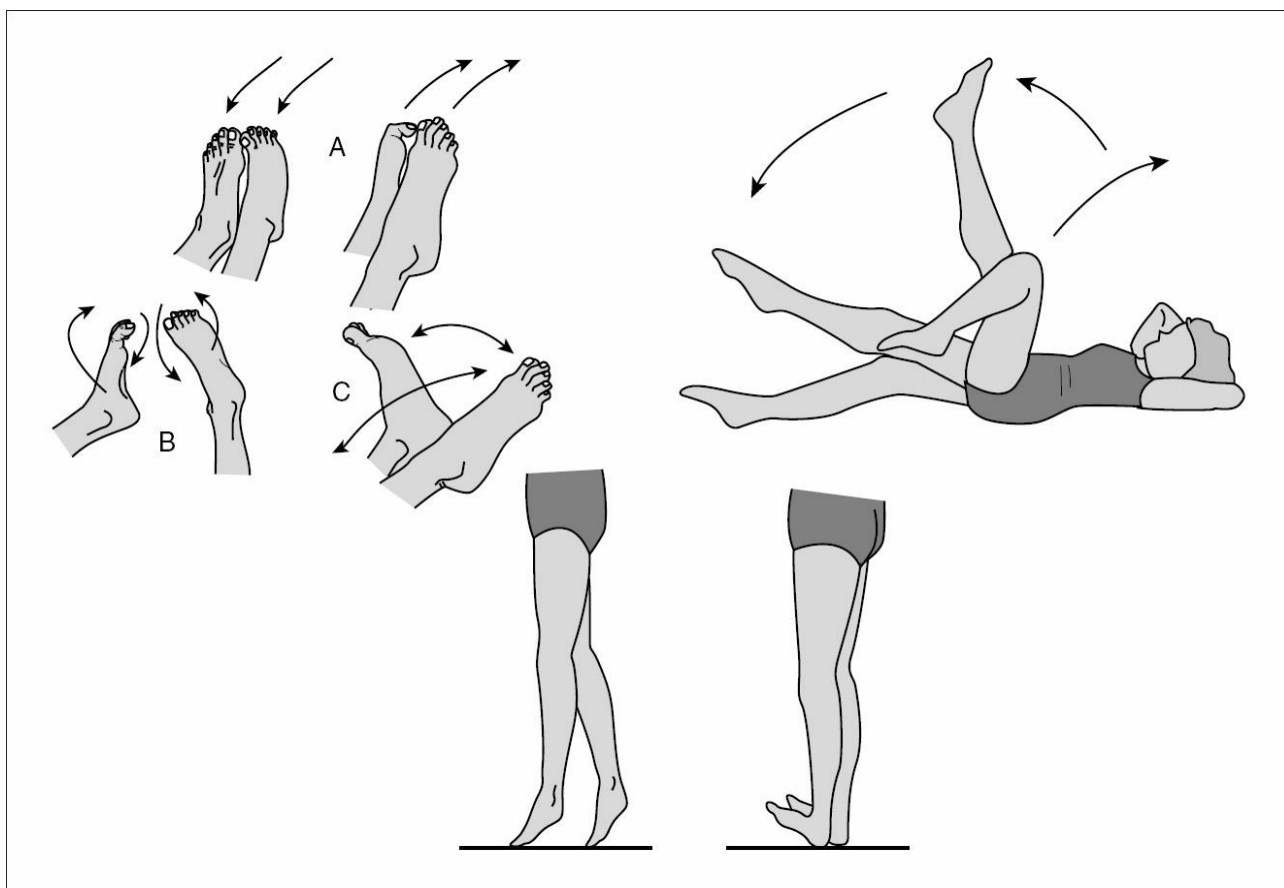


FIGURA 20.1. Ejercicios para mejorar la circulación.

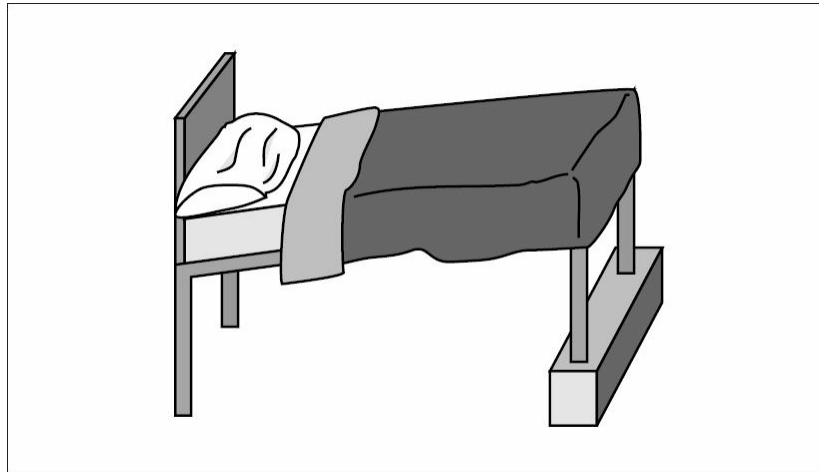


FIGURA 20.2. Elevar los pies de la cama. Conviene elevar los pies de la cama unos 10-20 cm para descongestionar las piernas, colocando un objeto adecuado en los pies de la cama.

20.3.4. Golpes y caídas

Son muy frecuentes en las personas mayores y pueden dañar venas y arterias produciendo trastornos en la circulación y coagulación de la sangre. Se pueden tomar una serie de medidas de seguridad para evitar estos accidentes. Algunas de estas medidas ya se citaron en el capítulo de alteraciones de la marcha y el equilibrio, pero no estará de más recordarlas brevemente:

- Si la persona mayor necesita ayuda para caminar, hay que asegurarse de que el bastón o la muleta tengan una altura adecuada y se apoyen correctamente en el suelo, así como de que la persona mayor es capaz de manejarlos correctamente. A veces puede ser necesario el uso de un andador.
- Acondicionar la cama de la persona mayor: no debe tener gran altura, para que le resulte fácil subir a ella. Pueden acoplárseles unas barandillas de seguridad para evitar caídas.
- Tener cuidado al diseñar la disposición de los muebles y objetos de la casa: muchos pueden resultar un verdadero obstáculo para una persona mayor que camine mal. Hay que poner especial atención en alfombras y escaleras.
- En todas las bañeras deben emplearse esterillas antideslizantes y apoyamanos en las paredes.

A veces todas estas medidas no son suficientes y la trombosis venosa se produce de todas formas. Lo más habitual es que se produzca en las venas de las piernas, entonces aparecen una serie de síntomas:

- Hinchazón: muy frecuente en la zona del tobillo y en el pie.
- Dolor: sobre todo al tocar la zona afectada.
- Enrojecimiento de zona y cianosis (color azulado debido a la mala circulación

- en dicha zona).
- Dificultad para andar.
- Si la trombosis es grave, posiblemente se produzcan en la parte afectada de la pierna unas heridas debidas a la alteración de la circulación en esta zona. Estas heridas reciben el nombre de úlceras venosas. En este caso hay que acudir rápidamente al médico, que considerará la utilización de vendas o medias compresivas, reposo absoluto en cama y tratamiento con anticoagulantes (medicamentos que impiden que la sangre forme coágulos dentro de los vasos sanguíneos).

20.3.5. Tratamiento y cuidados

A) Uso de medias compresivas

Deben utilizarse siempre que el médico considere necesario, mientras que el anciano está en cama y cuando camina. Es importante que ejerzan una presión uniforme en toda la pierna, por eso no hay que doblar ni enrollar el extremo final de la media y mantenerla siempre sin arrugas. Deben reemplazarse cuando pierdan su elasticidad. Es aconsejable tener dos pares como mínimo.

B) Reposo absoluto en cama

Con elevación de la pierna afectada según el criterio médico (en general de quince a veinte centímetros).

C) Tratamiento anticoagulante

Los anticoagulantes son una serie de medicamentos que impiden la coagulación de la sangre. Así se evita la formación de trombos y, por tanto, la aparición de trombosis venosa.

Este tratamiento suele prolongarse durante algún tiempo y son necesarios unos controles y revisiones periódicos para comprobar la eficacia del medicamento (es decir, si el medicamento está teniendo los efectos que se esperaban). El médico indicará la frecuencia de los controles y es muy importante no olvidar ninguno.

También es importante en los ancianos que sigan este tipo de tratamientos vigilar cualquier golpe o herida, porque van a tardar más tiempo en cicatrizar. Hay que vigilar cualquier hemorragia que se pueda producir, ya que en estas circunstancias la sangre tarda más en coagular. Si la hemorragia no se corta en un tiempo prudencial, es aconsejable acudir al centro médico más cercano.

20.4. Varices

Las varices son dilataciones de las venas de las piernas debidas al estancamiento de la sangre dentro de ellas. El estancamiento se debe a la falta de elasticidad de los vasos sanguíneos y a una disminución de la fuerza de bombeo del corazón.

Cuando el músculo de la pierna está en movimiento, la sangre no se estanca y se facilita su regreso al corazón. Por eso, para prevenir su aparición, es importante el ejercicio físico y el no permanecer mucho tiempo de pie sin moverse.

El estancamiento de la sangre va a producir una dilatación de las venas, que se engruesan y parte del líquido que contienen sale fuera del vaso produciendo hinchazón en las piernas. Los síntomas que se producen son:

- Pesadez en las piernas.
- Dolor.
- Coloración azulada.
- Hinchazón de piernas.
- Posible ulceración de la zona (aparición de heridas en las piernas como consecuencia de este proceso).
- Sensación de compresión.
- Calambres nocturnos.
- Cansancio precoz.
- Aparición de nódulos (nudos) o forma de cuerda de las venas, de apariencia antiestética y que se pueden palpar.

Hay una serie de factores que influyen en la aparición de las varices, y son:

- Edad: el progresivo deterioro de la pared de las venas facilita el estancamiento de la sangre. La pérdida de elasticidad de los vasos sanguíneos dificulta el retorno de la sangre al corazón.
- Inmovilidad: el movimiento de los músculos ayuda a impulsar la sangre hacia el corazón en su camino de regreso desde las piernas. La inmovilidad a la que están sometidos muchos ancianos, bien por enfermedades o por soledad, empeora la situación.
- Obesidad: el exceso de peso sobre las piernas conlleva un empeoramiento del retorno de la sangre por las venas. Además, la obesidad suele ir relacionada con inmovilidad, lo que aumenta aún más el riesgo de padecer varices.
- Problemas cardíacos y respiratorios: algunos de estos problemas son la insuficiencia cardíaca y la insuficiencia respiratoria, que son dos procesos que favorecen alteraciones en la circulación de retorno al corazón.
- Temperatura ambiental: las temperaturas altas de verano y primavera dilatan aún más las venas favoreciendo el estancamiento de la sangre.

Una vez conocidos los factores que influyen en la aparición de las varices, puede tomarse una serie de medidas para evitar que se produzcan:

- Evitar estar mucho tiempo de pie sin moverse.
- No cruzar las piernas al sentarse. Si se adopta esta posición es conveniente cambiar de una pierna a otra.
- Elevar las piernas por encima del pecho al menos una hora al día. En esta posición las piernas no deben estar completamente extendidas, sino que deben mantener una flexión que no haga incómoda la postura ni comprima el paso de la sangre por las venas que están detrás de las rodillas.
- Caminar diariamente: realizar largos paseos, de más de cuatro kilómetros si es posible. Mientras se camina se pueden utilizar medias, compresivas que favorecerán la circulación de la sangre por las venas.
- Practicar deporte: puesto que los ancianos no pueden realizar deportes de gran esfuerzo, la natación se ofrece como una alternativa muy saludable y en la que va a encontrar muchos efectos beneficiosos. También son recomendables los ejercicios mencionados anteriormente para mejorar la circulación.
- Tratamiento de compresión: en este caso también es aconsejable el uso de medias elásticas, vendajes elásticos adhesivos o calcetines graduados con velcro. La presión en las piernas que realizan las medias elásticas o los vendajes dan soporte a la pared de las venas facilitando el retorno de la sangre al corazón. Estas medias deben cubrir la pierna entera, nunca serán ligas ni calcetines que compriman rodilla o muslo.
- Control del exceso de peso: es necesario recordar los enormes efectos beneficiosos para la salud de una dieta equilibrada y del control del exceso de peso. Se evita así sobrecargar las piernas y se mejora la circulación de la sangre, además de evitar otros muchos problemas relacionados con la obesidad.

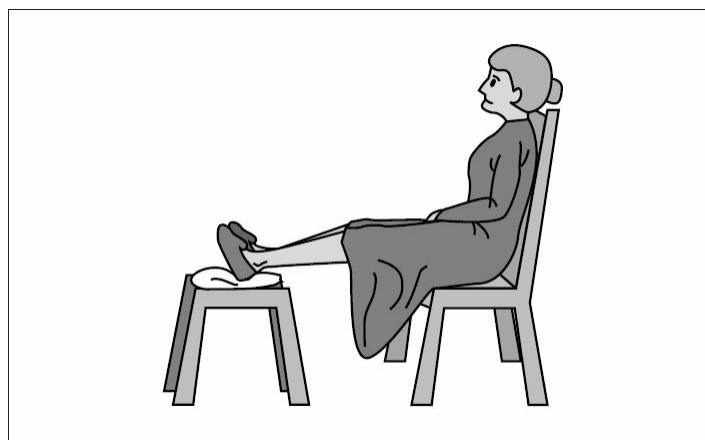


FIGURA 20.3. Descansar con las piernas elevadas. Colocar las piernas en posición elevada. Si ha de permanecer sentado mucho tiempo, También es recomendable levantarse y caminar unos minutos.

20.5. Úlceras venosas

Hemos destacado en los apartados anteriores su importancia, ya que el 90% de las úlceras que se producen en las piernas son de origen venoso (es decir, se producen como consecuencia de problemas de las venas). Los factores que favorecen su aparición son fundamentalmente la presencia de varices y la trombosis venosa.

Las características de estas úlceras son:

- Suelen ser únicas.
- De gran tamaño.
- Irregulares.
- Rojizas.
- Superficiales.
- Poco dolorosas (el dolor se alivia elevando la extremidad).
- Presencia de hinchazón y picor (elevando la extremidad también se reduce la hinchazón).

Las úlceras venosas se localizan principalmente en:

- Tercio inferior de la pierna.
- En el tobillo.
- En la “espinilla”.
- En los dedos de los pies.

20.5.1. Cuidado de la piel para prevenir úlceras

Las úlceras son una grave complicación porque pueden tardar mucho en curar y necesitan un cuidado especial, por eso éstas son algunas recomendaciones generales para evitar que se produzcan:

- Lavar la piel con jabón neutro, evitando frotar fuertemente.
- Hidratar la piel con cremas hidratantes o lociones de lanolina.
- Evitar traumatismos. Si se producen, acudir al médico.

20.6. Recomendaciones generales

Teniendo en cuenta las ya expuestas en apartados anteriores, algunas medidas preventivas son:

- Visitar al médico al primer signo de cualquier problema.
- Acudir al centro de salud para llevar a cabo el control y seguimiento de las enfermedades responsables de la aparición de úlceras venosas: varices y trombosis venosa.

- No comprar ni utilizar productos de venta libre. Se deben seguir los consejos de su médico o enfermera en cuanto al tratamiento y cuidados.
- Acudir al centro de salud para llevar a cabo las curas periódicas de la úlceras con el fin de evitar complicaciones como la infección.
- Mejorar la circulación de la zona afectada mediante la realización de ejercicio progresivo.
- Evitar las temperaturas extremas en pies y piernas.
- Evitar prendas que compriman.
- Llevar a cabo el cuidado de los pies y piernas como se ha indicado a lo largo del capítulo.
- Ante una situación de urgencia, como puede ser un golpe en alguna de las heridas acompañado de sangrado, debe comprimirse con unas gasas limpias y realizar un vendaje que comprima la zona homogéneamente. Acudir lo más rápidamente posible al centro de salud más cercano.

Recuerde...

- Las medidas preventivas generales que mejoran la circulación periférica.
 - Los principales problemas de la circulación periférica que afectan a la población mayor: isquemia arterial, trombosis arterial, varices y úlceras venosas.
-

La confusión

21.1. ¿En qué consiste la confusión?

La confusión es una alteración mental que se presenta cada vez con más frecuencia entre las personas mayores. No es una enfermedad, sino un síndrome, es decir, un conjunto de signos y síntomas ([cuadro 21.1](#)) que pueden indicar la agravación de una enfermedad ya presente.

La confusión mental se caracteriza por en una alteración del reconocimiento del entorno y un inicio brusco, es decir, de un día para otro. Existe también pérdida de memoria: la persona mayor puede ser incapaz de reconocer a sus familiares, así como el lugar y el tiempo en el que está. Igualmente, puede tener lentitud de pensamiento. Suele aparecer a última hora de la tarde, cuando empieza a oscurecer, o bien, por la noche, y esta disminución de la claridad del entorno así como el desconocimiento de éste le conduce a un estado de gran ansiedad y agitación. Puede incluso sufrir alucinaciones, que harán que crezca más aún su estado de agitación. Otras veces presenta un aspecto extraviado, ausente, indiferente a lo que le rodea. Esta situación puede ir unida a otros síntomas tales como insomnio.

CUADRO 21.1
Características de la confusión

Inicio brusco	Pérdida de memoria
Desorientación	Lentitud de pensamiento
Alteraciones de la percepción/alucinaciones	Agitación
Aire extraviado y ausente	Insomnio

21.2. ¿Qué puede producir confusión?

Hay muchas causas que pueden llevar a un estado de confusión. Se puede hablar de causas orgánicas, debido a la enfermedad que padece el individuo. También influye un factor muy importante que puede precipitar la confusión en la persona mayor: el ambiente en que se encuentra.

Hay una extensa lista de problemas que aparecen muchas veces asociados en la persona mayor. Entre ellas se encuentran:

- Problemas vasculares y circulatorios:
 - Infarto cerebral.
 - Insuficiencia cardíaca.
 - Arritmias.
- Infecciones/fiebre:
 - Neumonías.
 - Infecciones urinarias.
- Problemas metabólicos:
 - Insuficiencia hepática.
 - Diabetes (hipoglucemia/hiperglucemia).
 - Déficit de vitamina B₁₂ o ácido fólico.
- Ciertos fármacos:
 - Tranquilizantes.
 - Hipnóticos.
 - Antidepresivos.
- Anemia, hemorragias digestivas...
- Deshidratación.
- Retención urinaria y/o fecal.
- Tumores.
- Traumatismos.
- Cirugía (cataratas, fractura de cadera, etc.).
- Tóxicos (alcohol).

Muchas veces el problema aparece en el hogar, y es bastante fácil de reconocer por la familia, pero no siempre es así. Se considera que el 40% de las personas mayores hospitalizadas sufren estados confusionales, que se deben a:

- La situación de enfermedad, que suele ser la causa principal.
- El hecho de estar rodeadas de gente que no conocen (médicos, enfermeras, auxiliares, etc.) y que les someten muchas veces a técnicas cruentas.
- Los continuos cambios de turno del personal sanitario.
- El lugar, que les es extraño y les causa ansiedad, más aun si se trata de unidades donde especialmente los pacientes desarrollan confusión, como son las unidades de cuidados intensivos.

21.3. ¿Qué consecuencias puede tener?

- Fugas. Una persona mayor que sufre un estado confusional se desorienta, se vuelve ansiosa, se agita y puede extraviarse.
- Agresividad. Éste sería un mecanismo de protección ante una situación que no conoce. La persona mayor siente que el ambiente y las personas le son extrañas. Los intentos de acercarnos a él, así como las distintas pruebas a las que es sometido en el hospital puede interpretarlas como agresiones a su persona, por lo que intentará defenderse. Además, la persona mayor puede no colaborar con el profesional sanitario, y esto dificultará su diagnóstico y tratamiento.
- Empeoramiento del estado general. La confusión agrava los problemas de base que tenga el mayor.
- Problemas familiares. En la familia también se produce gran tensión. Tener en casa a un ser querido con este estado de confusión, con el cual es difícil comunicarse y del que a veces se obtienen respuestas agresivas puede causar gran dolor en los familiares y cuidadores. Esto conduce a una situación de estrés importante, que puede tener repercusiones sobre la atención que recibe la persona mayor. Otras veces, familiares desaprensivos responden de manera violenta a la agresividad de la persona mayor confusa. Ésta es una situación de malos tratos, y por tanto, denunciabile.

21.4. Detección del síndrome confusional

Los síndromes confusionales que aparecen en los mayores ingresados son más difíciles de valorar, y esto se complica aún más si tiene problemas de visión o de audición.

Es conveniente comparar la función mental del momento, con la que tenía antes de que apareciera el problema. La persona que se encargue de valorar esto debe recoger toda la información posible, por lo cual la familia y amigos de la persona mayor deberán prestar toda su ayuda. Interesa que conozcan y puedan informar sobre el modo en que se desarrolló la desorientación, y el tiempo que ha pasado desde que ocurrió esto.

21.5. Cuidados de una persona mayor con confusión

Los cuidados que hay que prestar a una persona mayor con confusión son:

- Es muy importante hablarla, con un lenguaje sencillo y directo. También es conveniente no discutir con ella, para no crear un ambiente tenso.
- Evitar realizar comentarios acerca de su trastorno creyendo que “no nos oye” porque pueden herir sus sentimientos.
- No forzarla, intentar convencerla de que está a salvo y tranquilizarla, debemos intentar comprenderla, saber escucharla, para evitar una confrontación. Cuando cometa errores, no reprenderla con dureza sino con suavidad o no reprenderla.
- Procurar que no esté sometida a emociones excesivas ni situaciones de estrés.
- Control de los estímulos extremos que recibe: crear a su alrededor un ambiente sosegado.
- Medidas de seguridad ambiental:
 - Barras de seguridad en la cama, para evitar caídas en estado de agitación.
 - Evitar la oscuridad, que favorece la confusión; es aconsejable tener alguna lucecita de seguridad en pasillos, habitación, etc.
 - No cambiar frecuentemente los muebles de lugar.
 - Evitar los cambios bruscos del entorno.
- Facilitarle el contacto con un entorno conocido: familiares, amigos, objetos valiosos para ella, fotografías, etc.
- Mantener a la persona mayor ocupada el mayor tiempo posible, intentar que su vida no sea una rutina.
- Es preciso que la persona mayor tenga conciencia del tiempo que pasa: debe tener a su alcance relojes, calendarios, etc.
- Control adecuado de los medicamentos que toma y revisiones periódicas.
- Higiene y dieta adecuada a sus necesidades.
- No aislar a la persona mayor, sino hacerla partícipe de las actividades familiares y de su entorno.

Recuerde...

- Los estados confusionales son frecuentes en las personas mayores y se producen por una gran variedad de causas.
- Es importante crear un ambiente sosegado y seguro a las personas mayores que sufren confusión para controlar los síntomas y evitar las complicaciones.

- Siga las indicaciones de los profesionales sanitarios sobre las medidas a tomar ante un estado confusional.
-

La demencia

22.1. ¿Qué se entiende por demencia?

El concepto actual de demencia es muy reciente. La Sociedad Española de Neurología aprobó en 1989 la definición de Masden (1978): *“La demencia es un síndrome adquirido por patología congénita plurietiológica que, en un paciente sin alteraciones del nivel de conciencia, ocasiona un deterioro persistente de varias funciones mentales superiores y provoca una capacidad funcional en el ámbito social y/o laboral”*.

De acuerdo con los criterios clínicos internacionales, en la actualidad los más utilizados, la demencia se definiría como:

22.1.1. CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades)

- La demencia es un síndrome (conjunto de síntomas y signos).
- Afecta a las funciones corticales superiores.
- Es de naturaleza crónica, progresiva y de instauración insidiosa.
- Produce deterioro de la memoria, intelectual y afectivo.

22.1.2. DSM-IV (Asociación Psiquiátrica Americana)

- Deterioro de la memoria.
- Uno o más de los siguientes trastornos:
 - Afasia o dificultad de nombrar individualmente un objeto.

- Apraxia o incapacidad de ejecutar actividades motoras como vestirse, peinarse, cocinar, etc.
 - Agnosia o fallos para reconocer objetos, estímulos o símbolos.
 - Trastornos en la función ejecutiva.
- Presenta un deterioro de la vida familiar, social y laboral.

22.2. Número de personas afectadas

Las demencias han pasado a ser el tercer problema de salud de los países desarrollados, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

El grupo Eurodem realizó un estudio sobre la prevalencia de la demencia, de donde se sacan estas conclusiones:

- Afecta a un 6% de los mayores de 65 años y tal vez un 30% en los mayores de 90 años.
- Su aparición va en aumento en todos los países participantes de forma parecida. El índice de prevalencia es mayor en mujeres que en hombres.

22.3. Tipos de demencia

Se conocen más de 60 tipos de enfermedades que originan demencia por distintas causas. En este capítulo sólo vamos a referirnos, debido a su importancia por su alta prevalencia (número de casos en una población) como por su alta incidencia (número de casos nuevos), a tres tipos de demencia: enfermedad de Alzheimer, demencia vascular y demencia debida a la enfermedad de Parkinson.

22.3.1. *Enfermedad de Alzheimer*

La enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia más frecuente. Representa aproximadamente dos de cada tres casos de demencia, afecta más a la raza negra y es similar en varones y mujeres.

Los principales factores de riesgo son la edad avanzada, historia familiar de demencia, síndrome de Down en la familia, edad materna tardía y antecedentes de traumatismo craneal.

Existe un tipo de enfermedad de Alzheimer que aparece antes de los 65 años y que se transmite con un patrón autosómico dominante.

Entre las hipótesis que explican la aparición de la enfermedad de Alzheimer, la más aceptada es el depósito de una proteína llamada beta-amiloide en el tejido cerebral y en los pequeños vasos cerebrales, que da lugar a unas lesiones llamadas placas seniles.

También se producen alteraciones dentro de las neuronas, que se denominan ovillos neurofibrilares. Los lugares de mayor acúmulo de estas placas seniles y ovillos neurofibrilares son zonas cerebrales encargadas de la memoria y de otros procesos cognitivos.

También en la enfermedad de Alzheimer aparece un intenso proceso inflamatorio y autoinmune. Además, se cree que algunos genes activan prematuramente el envejecimiento cerebral, originando un proceso irreversible de muerte neuronal.

El paciente con esta enfermedad ve instaurada más rápidamente las progresivas fases de la demencia. Aparece entre los 40 y 90 años, pero más generalmente a partir de los 65.

Se aprecia un deterioro progresivo de la memoria y otras funciones cognitivas sin trastorno de la conciencia. No va acompañada de otras enfermedades generales o neurológicas que pudieran explicar el déficit cognitivo.

22.3.2. Demencia vascular

La demencia vascular es menos frecuente que la enfermedad de Alzheimer. La prevalencia es mayor en países orientales que en occidentales.

Es un proceso patológico producido por diversos factores como la isquemia cerebral aguda o crónica y la hemorragia cerebral.

El cuadro clínico se debe a infartos cerebrales repetidos en el tiempo. Se caracteriza generalmente por un comienzo brusco, curso fluctuante, rigidez muscular, marcha a pequeños pasos, alteración en la articulación del lenguaje, dificultad de deglución y, en fases finales, demencia.

La persona con demencia vascular avanzada aparece deprimida, rígida, sin movimientos, con marcada invalidez. Esto llevará al paciente a un deterioro físico y psíquico.

22.3.3. Enfermedad de Parkinson

La demencia en la enfermedad de Parkinson aparece en fases avanzadas de la misma, en un 25% de los pacientes.

El enfermo presenta en una fase inicial cambios en el carácter y ánimo (depresión). Sufren trastornos de la memoria y alteraciones del lenguaje debido a la articulación defectuosa verbal.

Aparece bradipsiquia (enlentecimiento psíquico), que se caracteriza por un proceso de pensamiento lento, dificultad para iniciar la respuesta. Disminución de la destreza manual y falta de expresividad facial.

22.4. Fases de la demencia

22.4.1. Fase 1

Existe un deterioro de la memoria que recae en situaciones recientes de la vida cotidiana. También hay un trastorno en el reconocimiento ambiental y en la conducta.

22.4.2. Fase 2

El enfermo presenta desorientación que al principio aparece referida a datos de tiempo y lugares y, más tarde, pierde también nociones de períodos menores. Aparece incapacidad para recordar palabras y trastornos de la comprensión y expresión del lenguaje. En la pérdida de memoria ya no reconocen a familiares cercanos, datos de la vida, etc.

22.4.3. Fase 3

Pérdida de reconocimiento de las personas allegadas. Desorientación en el espacio y en el tiempo. Dificultad para recordar palabras de forma espontánea y de nombres de objetos. Aparece la incapacidad para realizar actividades cotidianas (peinarse, vestirse, cocinar,...). Imposibilidad para reconocer objetos. Alteración en la articulación de palabras. Descuido por completo de su higiene personal. En esta fase pueden aparecer alucinaciones, agitación e ideas delirantes.

22.4.4. Fase 4

Deterioro físico y psíquico evidente. Incapacidad para andar. Aparición de mutismo o un lenguaje deteriorado que consiste en la ecolalia (repetición de lo que oye) o palilalia (repetición de sonidos). Incontinencia esfinteriana. Pérdida completa de su autonomía. Precisa ser atendido para su higiene personal y necesidades biológicas.

22.5. Cuidados generales domiciliarios del paciente demenciado

Los pacientes demenciados sufren perturbación en su memoria, y debido a ello es importante un ordenamiento de su vida cotidiana. Al principio de la enfermedad, cuando aún están capacitados para decidir por sí mismos, puede resultar delicado y difícil; pero cuando son los demás los que deciden por ellos, una buena organización en su vida facilita los cuidados y la atención que necesitan. Por ejemplo, acostarlos, levantarlos,

llevarlos al servicio, darles de comer, etc., en el mismo momento del día permite ordenar su vida. Este orden sirve para ayudarles y nunca hay que llegar a forzarlos para seguir una disciplina.

El medio ambiente debe ser simplificado. Esto implica retirar poco a poco los objetos de valor, así no se avergonzaran por estropear o perder algo.

Se van a producir una serie de cambios en su vida cotidiana, como cambiarles de ropa, sentarles en orinales o ponerles pañales. Estos cambios implican aprendizaje, pero encuentran dificultades para el mismo, debido a sus alteraciones cognitivas. Es importante comprender esto porque ayudará a tener paciencia cuando aparezcan resistencias o imposibilidad para adaptarse a las nuevas situaciones.

En relación con el autocuidado, como ya se ha señalado, es importante establecer horarios precisos. Si el paciente no se encuentra muy perturbado y mientras sea capaz, debe ser él mismo quien realice estas tareas o con la ayuda necesaria según corresponda. Es útil que las prendas sean cómodas y fáciles de poner.

Existe una serie de pautas a seguir para la comunicación con personas que presentan trastornos cognitivos.

- A la hora de acercarse es importante que los movimientos utilizados sean lentos, suaves y mirándoles a los ojos.
- Para conseguir su atención es útil sonreír.
- Al mandar el mensaje, deben usarse palabras cortas y oraciones simples, intentar hablar despacio en términos positivos (“haga”, en lugar de “no haga”)
- Al repetirse una frase, que sea con las mismas palabras.
- Para no perder su atención conviene repetir su nombre y no apartar la mirada.
- La escucha debe ser activa (demostrar interés, mantener la mirada, asentir, etc.).
- Para responder es necesario clarificar el mensaje repitiéndoles las palabras claves, por ejemplo.

Las visitas son muy importantes para estas personas. Debe pedirse a quienes les quieren que hagan visitas breves de vez en cuando. Sirven para animar a la persona mayor, no para humillarla, avergonzarla o ponerla triste. La visita debe aportar calor y alegría.

22.6. Problemas asociados a la demencia y sus cuidados

Una demencia se prolonga habitualmente durante varios años. En este período pueden surgir problemas asociados a ella. Se clasifican en biológicos, psíquicos y sociales.

22.6.1. Problemas biológicos

- Alteraciones en la nutrición por defecto o por exceso. Debe conseguirse una ingestión adecuada a las necesidades nutricionales y una ingestión adecuada de líquidos. Es útil equilibrar y vigilar la alimentación durante las primeras etapas; ofrecerles líquidos regularmente y si desea comer a deshoras, proporcionarles alimentos con pocas calorías.
- Incapacidad para alimentarse. En fases avanzadas de la demencia, la persona ya no puede alimentarse de forma autónoma. La familia debe ofrecerles los alimentos y utensilios sucesivamente, los cuales deben ser adaptados (de plástico, platos con ventosas, etc.).
- Incontinencia urinaria y fecal. La incontinencia que presentan estos pacientes pueden deberse a su edad avanzada, a enfermedades asociadas o a problemas familiares que rodean al enfermo.
- La piel, debe mantenerse íntegra y evitar posibles infecciones urinarias; se aconseja vigilancia, cuidados de la piel, higiene, movilización, etc.
- Problemas accesorios. Se pueden evitar vistiendo a los enfermos con ropa cómoda y poner los retretes suficientemente altos y señalizados. Recordar y acompañar al baño regularmente. También es aconsejable disminuir la ingestión de líquidos a partir de las 6 de la tarde. El uso de pañales quedará limitado hasta que no exista otra solución, por tres razones fundamentales:
 - Los enfermos los rechazan a menudo porque les supone el final de una vida normal, volver a ser como niños, y también los rechazan porque les deforma su manera de andar o su silueta.
 - Estas personas pueden ignorar la eficacia o necesidad de usarlos.
 - Su elevado coste.

Para más información sobre las incontinencias, les remitimos a dicho capítulo expuesto en este libro.

- Afectación en la integridad de la piel (úlceras por presión, infecciones, etc.). En fases avanzadas tienen disminuida la movilidad, que junto con la incontinencia fecal o urinaria da lugar a una pérdida de la integridad cutánea.

Los consejos prácticos para familiares y cuidadores están en relación con aplicar las medidas ante la incontinencia, revisar las zonas de mayor riesgo, movilización y cambios posturales. Deben utilizarse medidas técnicas para proteger las zonas de mayor riesgo: almohadillado de la silla de ruedas, taloneras, colchones antiescaras, etc.

Si existe lesión, se aplicarán los cuidados oportunos a los que ya están adiestrados los familiares.

22.6.2. Problemas psíquicos

- Alteraciones en el sueño. Es necesario un buen descanso nocturno por parte de la persona mayor y de la familia. Para ello, es importante lograr una actividad diurna y evitar que duerma durante el día. Debe orinar antes de acostarse para no interrumpir el sueño. Si el paciente se despierta desorientado, es importante situarlo en la realidad.

Si con las medidas higiénicas no se soluciona el problema, se derivará al médico, que prescribirá los fármacos más adecuados.

- Depresión. La demencia lleva a los pacientes a sentirse desgraciados y deprimidos, especialmente en las fases iniciales e intermedias de la enfermedad. Hay que hacer todo lo posible para evitar la depresión y el resto de problemas psicológicos que aparezcan. Esto exige más atención, cuidado y esfuerzo. El médico tratará la depresión con un fármaco adecuado.
- Ideas delirantes, sobre todo de robo, infidelidad y abandono.
- Alucinaciones, generalmente visuales o auditivas. Creen ver personas o animales en su habitación.
- Alteraciones en el proceso del pensamiento. La persona con demencia pregunta repetitivamente, esconde objetos y persigue a los familiares, etc. Debe dejarse libertad en su conducta mientras sea tolerable y no peligrosa. Aunque pregunte repetidas veces, no debe regañarse porque no recuerde sus manifestaciones. No debe enfadarse por la pérdida de sus objetos. Se le quitarán las joyas y utensilios de valor, y, si la persona no lo entiende y agrede por quitárselo, se le puede sustituir por bisutería barata. Es importante facilitarle entretenimientos basados en sus aficiones.

Debe asegurarse la comprensión y darle tiempo para expresarse. Muy importante es el tono de voz que se utiliza, más que el contenido de las palabras, el lenguaje debe ser sencillo y accesible al paciente. No se le debe acosar con preguntas. El diálogo se puede acompañar con el empleo del tacto, como caricias.

22.6.3. Problemas sociales

- Incapacidad para vestirse. La persona va olvidando como vestirse y es incapaz de elegir la ropa y ponerla adecuadamente. Es importante que la familia coloque su ropa en el armario y la disponga en el orden en que debe ponérsela. Es lógico que necesite ayuda para vestirse.
- Incapacidad para mantener su higiene. La persona mayor con demencia en las fases intermedias de la enfermedad olvida su higiene y presenta aspecto desaseado, pero puede perder la capacidad del autocuidado en su totalidad cuando avanza la enfermedad. Se le recordará su higiene y se le proporcionará ayuda para su aseo según sus necesidades.
- Riesgo de accidentes. Es un problema muy frecuente en los pacientes con

demencia. Es importante también corregir las alteraciones de la visión y de la audición que pueden presentar (véase en los capítulos correspondientes). Deben eliminarse los elementos peligrosos (cables, enchufes, etc.) y mantener una buena iluminación durante el día y la noche, organizar el espacio donde vive evitando objetos innecesarios y sin cambiar de lugar los ya existentes.

- Alteración de los procesos de relación familiar. La presencia en una familia de una persona mayor con demencia cambia la relación, pudiendo generar problemas entre los familiares, disputas, exceso o defecto de ayuda al enfermo.

Deben expresarse los sentimientos relacionados con la situación y tomar conjuntamente las responsabilidades del cuidado del enfermo.

22.6.4. *Fármacos más frecuentes utilizados en pacientes demenciados*

Existen fármacos que retardan la evolución de la enfermedad de Alzheimer y mantienen las funciones cognitivas: *tacrina* (Cognex[®]) o *donepezilo* (Aricept[®]), Exelon[®].

También se utilizan otros fármacos indicados para el trastorno del comportamiento, agresividad, alteraciones del sueño, etc.:

- Neurolépticos:
 - Haloperidol[®].
 - Meleril[®].
 - Risperdal[®].
- Ansiolíticos:
 - Orfidal[®].

La utilización de estos fármacos se realiza bajo prescripción médica en las visitas oportunas para el caso.

22.7. Asociaciones de apoyo

Para ayudar al enfermo es necesario un bienestar en los cuidadores. El agotamiento tanto físico como psíquico lleva a una disminución en la calidad de los cuidados.

El cuidador se siente triste, descorazonado y frustrado; además se encuentra solo y con toda la responsabilidad.

El familiar dedicado al enfermo con demencia debe buscar un tiempo para descansar; así como un tiempo para realizar sus tareas personales (un compromiso, ver

televisión, hacer compras, etc.). Este paso resulta difícil, pero es muy importante para continuar.

Es también muy importante mantener los amigos o hacer otros nuevos, pueden hacer mucho por ayudar a soportar los momentos difíciles. No hay que sentirse culpable por tener estos lazos de amistad, sirve para romper el aislamiento que se siente. Para ello se puede acudir a asociaciones que existen para familiares de enfermos con demencia.

El apoyo a familiares de enfermos con demencia en España se centra en cinco puntos:

- El médico de familia es el encargado de hacer un seguimiento de forma individual, con visitas en consulta o en el domicilio. Su trabajo se destina a la atención de los enfermos y a la educación sanitaria de los cuidadores.
- La enfermera de atención primaria, cuando realiza visitas a domicilio no sólo proporciona cuidados, sino también ayuda y apoyo a los familiares.
- Centros geriátricos de día. Son escasos para la gran demanda que existe. Son lugares cedidos por los ayuntamientos y puntos de referencia para la comunidad. Son centros especializados en el cuidado y tratamiento de personas mayores con demencia. Constan de un equipo multidisciplinar: médico gerontólogo, terapeuta ocupacional, trabajador social, psicólogo, fisioterapeuta y auxiliares. Prestan otros cuidados, como la higiene personal, aseo de ropa, podología, peluquería, alimentación con menús dietéticos, transporte adaptado para traslado a domicilio, excursiones o gestiones.
- Grupos de voluntarios (Cruz Roja, Cáritas, voluntarios de las parroquias, de las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer, o de otras organizaciones) que de manera desinteresada y responsable respondan a las necesidades de los familiares, proporcionándoles apoyo y respiro en su domicilio.
- Asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer. En España existen dos:
 - Fundación Alzheimer España. Es de ámbito nacional y se encarga de dar cualquier información sobre:
 - a) La enfermedad de Alzheimer y sus cuidados.
 - b) Residencia y centros de día que acepten a enfermos de Alzheimer, ofreciendo descuentos a los socios de la fundación.
 - c) Apoyo a familiares a través de voluntarios.
 - d) Personas y empresas de ayuda a domicilio.
 - e) Asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer en la provincia que les interese.
 - f) Posibles ayudas que pueden solicitar al ayuntamiento.
 - g) Para obtener más información, puede llamarse al teléfono 91-344-18-30.

- Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer (AFAL). Es de ámbito provincial. Su origen partió de un grupo de familiares. Está dirigido por ellos e intentan ayudarse mutuamente, transmitiendo y recibiendo experiencias, visitando a familiares e intercambiando información. Los grupos de apoyo o talleres terapéuticos son un recurso para ayudar al familiar que lo necesite.

Las actividades que desarrollan estas asociaciones son: información, difusión y formación, ayuda y apoyo a familias para llevar mejor la enfermedad, representación y defensa de los intereses de los enfermos y sus familiares.

Se encargan de facilitar material de ayuda, colaboraciones económicas para satisfacer los gastos que origina un enfermo de Alzheimer en la familia y prestaciones sociales a las que pueden acceder.

Si les interesa pertenecer a algunas de estas asociaciones distribuidas por toda España, pueden pedir información y asesoramiento en los mismos o al trabajador social de su centro de salud.

Recuerde...

- La demencia es un trastorno muy frecuente en las personas mayores, con importantes repercusiones sanitarias, sociales y familiares.
 - No existe, por el momento, ningún tratamiento curativo de los tipos más frecuentes de demencia (enfermedad de Alzheimer y demencia vascular).
 - La prevención de complicaciones y los cuidados básicos son las tareas más importantes que familiares y cuidadores deben proporcionar a estos enfermos.
 - No dude en pedir información y ayuda tanto en su centro como a las organizaciones de apoyo (Afal, Alzheimer España).
-

Enfermedades respiratorias

23.1. ¿Qué alteraciones respiratorias sufren las personas mayores?

Durante el envejecimiento, es habitual una disminución fisiológica de la función respiratoria, ya que el pulmón, al igual que el resto de los órganos, se deteriora con el paso de los años. También influye la acción de agentes externos como el tabaco, la contaminación ambiental, etc.

La enfermedad respiratoria más frecuente en la vejez se conoce con el nombre de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Bajo esta denominación están englobados distintos signos y síntomas que se manifiestan, esencialmente, por una limitación crónica de la entrada del aire en el interior del aparato respiratorio.

No podemos olvidar otras enfermedades como son la neumonía y la insuficiencia respiratoria, dado que también son frecuentes en las personas mayores.

Los cuidados para estas patologías son similares, por ello se describen unas medidas generales que van a servir para un mejor conocimiento de las actividades a realizar ante cualquiera de ellas.

23.2. Cuidados y medidas generales en ancianos con enfermedades respiratorias

El cuidado de una persona mayor con enfermedad respiratoria es de suma importancia para disminuir la ansiedad y el temor causado por su patología. Esta repercusión psicológica va a afectar, en gran medida, al tratamiento prescrito. Por ello es importante:

- Proporcionar un medio tranquilo (sin ruidos excesivos) con suficiente luz y

- ventilación (evitando que exista corriente).
- Colocación de humidificadores de agua para mantener humedad ambiental y evitar así la sequedad de mucosas (especialmente en lugares con aire acondicionado y calefacción, por ser éstos más secos).
- Evitar que se quite la mascarilla de oxígeno, en el caso en el que ésta sea necesaria para paliar su patología. Usar gafas nasales en caso de incomodidad.
- Ayudar a que la persona mayor expulse sus secreciones del aparato respiratorio:
 1. Enseñar a toser de forma correcta. Para ello es necesario que se siente a la persona mayor lo más erguida posible, haciendo varias respiraciones lentas y profundas antes de toser dos o tres vez seguidas. En el caso en que la persona mayor haya sido sometida a una operación quirúrgica que dificulte este ejercicio, puede proporcionarle una almohada para sujetar la herida.
 2. Insistir en que la expulsión del aire se haga de forma lenta, mediante el inflado de un globo o de una bolsa, ya que de esta manera se desprenden mejor las secreciones.
 3. Percusión o *clapping*: deberá colocar las manos en forma de cuenco con el pulgar pegado al índice, se irá golpeando de forma rítmica en la espalda desde la parte inferior a la parte superior. No se deberá golpear sobre la columna vertebral ni más abajo de las costillas.
 4. Variar la posición de la persona mayor cada cierto tiempo (aproximadamente cada dos o tres horas) para que se movilicen las secreciones ([figura 23.1](#)).
- Es importante insistir en la necesidad de tomar líquidos durante el día (aproximadamente dos litros), excepto si está contraindicado por otras enfermedades.
- Administración correcta de aerosoles. Más adelante se describirá con detalle.
- Para favorecer su respiración puede colocar una o varias almohadas de forma que la posición del cuerpo sea casi vertical (semisentado). En esta posición y con las rodillas semiflexionadas, se colocarán las manos por encima del ombligo. Cogerá aire de forma lenta y profunda por la nariz y expulsará el aire lentamente por la boca como si fuese a silbar.
- Algunas personas mayores pueden respirar mejor sentadas en un sillón grande e inclinadas hacia delante, apoyándose en unas almohadas colocadas sobre una mesita delante de ellas. Esta mesita debe bloquearse para evitar que se deslice ([figura 23.2](#)).
- Hay que mantener un adecuado estado de nutrición, con dietas equilibradas.
- Cuidar la higiene corporal, nasal y bucal.

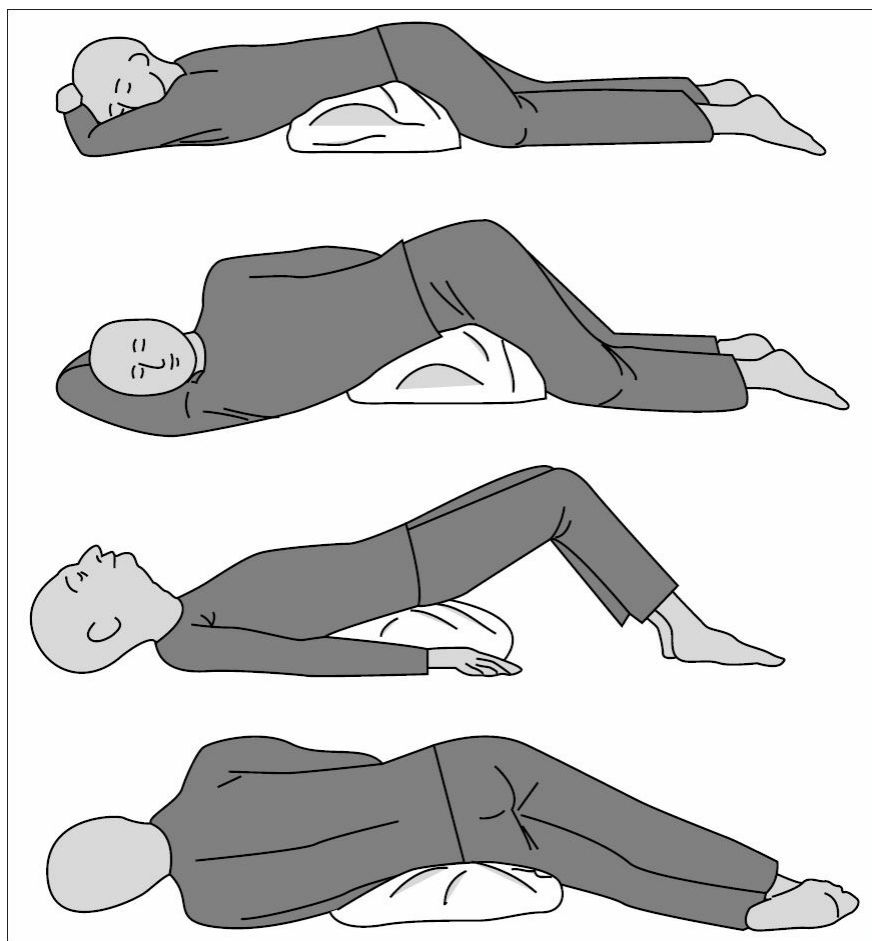


FIGURA 23.1.

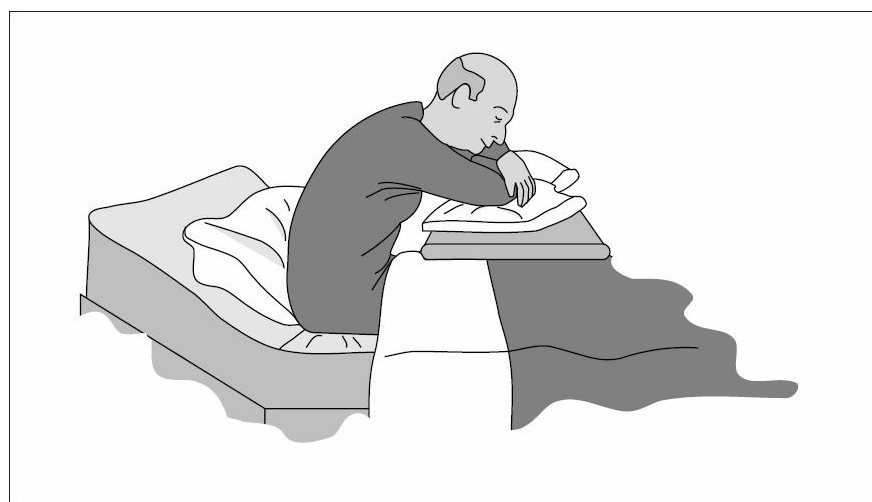


FIGURA 23.2. Posición que favorece una mejor respiración.

23.3. Administración de oxígeno

El oxígeno es un gas vital que forma parte del aire e interviene en la respiración. En la mayoría de los trastornos respiratorios es necesario compensar la falta de oxígeno, administrando una concentración necesaria y constante para cubrir las necesidades corporales.

Para la administración de oxígeno es indispensable abandonar el hábito de fumar. El oxígeno se administra en botellas individuales, que son recipientes de acero capaces de resistir gran presión, conectadas cada una de ellas a una mascarilla o a unas gafas nasales (figura 23.3).

El recipiente que contiene el agua debe estar limpio y casi lleno. Asegúrese de que los litros que señala el manómetro son los que ha indicado el médico. Igualmente, debe vigilar la cantidad de oxígeno que le queda para reponer la botella cuando sea necesario.

Reemplace la mascarilla por gafas nasales a la hora de comer, ajustando la equivalencia en litros por minuto.

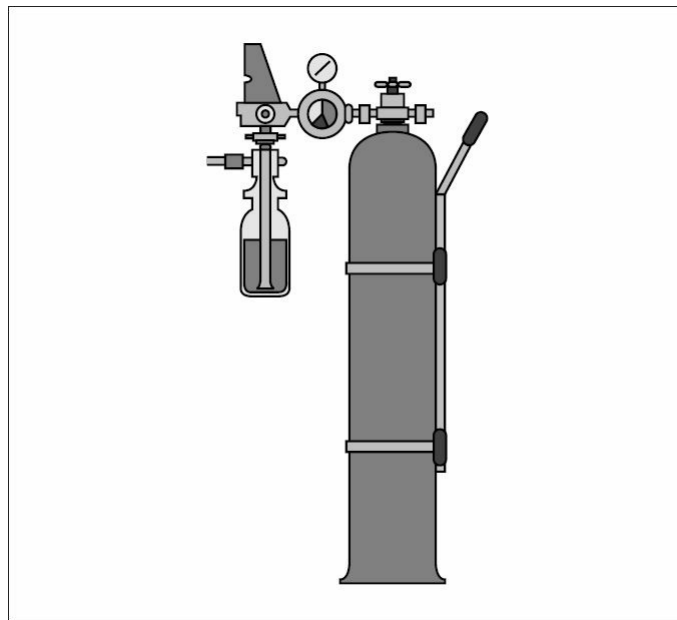


FIGURA 23.3.

Precauciones importantes a seguir serán:

- No debe permitirse fumar en la proximidad del oxígeno.
- No usar instrumentos eléctricos como maquinillas de afeitar, timbre, almohadillas eléctricas, etc., en su cercanía.
- No situar las bombonas cerca de lámparas, radiadores u otros aparatos de calefacción.

Actualmente, existen sistemas móviles portátiles que permiten transportar el oxígeno con más facilidad.

23.4. Aerosolterapia

Se utilizará para ayudar a compensar la falta de humedad del aire que entra, ya que de no ser así las secreciones se pueden espesar y acumular, tapando la vía aérea, provocando mayor dificultad para respirar.

23.4.1. Administración del nebulizador

El nebulizador consta de una sonda de oxígeno, un recipiente nebulizador de mano, una pieza en forma de T y una boquilla.

En el recipiente se deberá echar suero fisiológico y la medicación que haya mandado el médico. Se cerrará el recipiente uniendo la boquilla y conectándolo a la fuente de oxígeno.

Para que la administración sea lo más eficaz posible, la persona mayor deberá estar sentada, lo más erguida posible, ajustando los labios a la boquilla. Tras coger el aire profundamente, lo aguantará unos segundos antes de expulsarlo.

Hay que vigilar cualquier alteración que se pueda producir durante su administración.

23.4.2. Administración de aerosoles por presión (inhaladores)

Es frecuente en este tipo de enfermedades la administración de fármacos mediante este método. Para que su efecto sea óptimo, los pasos que deberá seguir serán ([figura 23.4](#)):

- Agitar el envase.
- Sujetarlo firmemente entre índice y pulgar.
- Realizar dos o tres respiraciones profundas.
- Colocar los labios alrededor de la boquilla sin dejar ningún espacio.
- Coger aire lenta y profundamente, y apretar el pulsador.
- Contener la respiración durante un mínimo de diez segundos.
- Repetir después de dos o tres minutos.

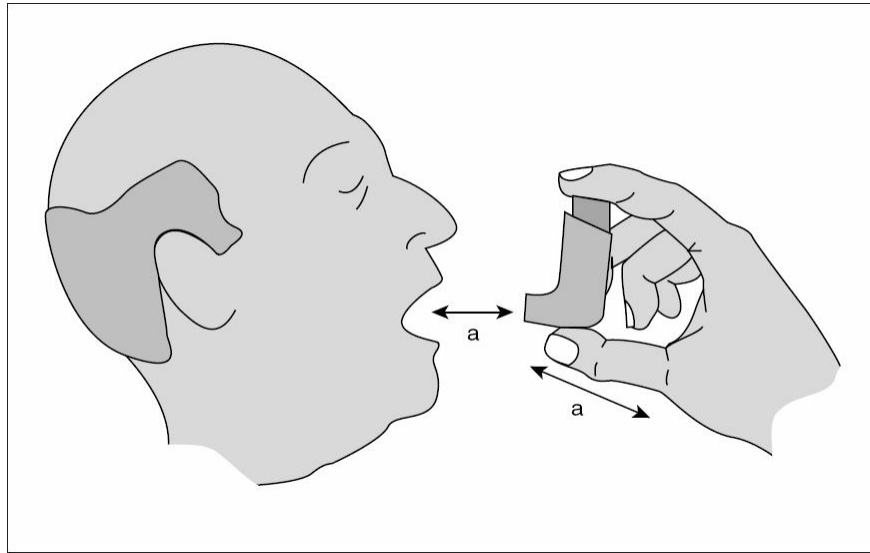


FIGURA 23.4.

23.5. Neumonía

Esta enfermedad tiene una elevada frecuencia, por lo que deben conocerse los factores que pueden producirla, entre ellos podemos destacar: gérmenes, anteriores infecciones respiratorias, disminución de la conciencia, etc.

Aunque se presenta con escasos síntomas, los que aparecen son los suficientes para orientarnos:

- Somnolencia y/o confusión, dando lugar a una desorientación en el tiempo y en el espacio.
- Falta de apetito.
- Ingestión de líquido deficiente.
- Falta de relación con su medio habitual.
- Cambios de comportamiento.
- Cambios de su tos habitual.

En general, la sensación de la persona es la de no encontrarse bien.

Para que el enfermo note mejoría es importante seguir las pautas establecidas por el médico:

- Tomar los antibióticos los días prescritos para destruir esos gérmenes.
- Correcta administración del oxígeno.
- Hidratación.
- Cambios posturales.
- Fisioterapia respiratoria (véase el apartado de cuidados generales).

Hay que tener especial atención en personas mayores con demencia, enfermedades neurológicas y enfermedad de Parkinson, pues en ellos es fácil que se presente la neumonía por aspiración. Esta neumonía se produce por la introducción de cuerpos extraños (generalmente alimentos y líquidos) desde el aparato digestivo al respiratorio, debido a vómitos o alteraciones en la capacidad de efectuar una correcta deglución.

23.6. Enfermedades obstructivas

Las enfermedades pulmonares obstructivas (bronquitis crónica, asma bronquial, enfisema pulmonar) son un grupo de trastornos respiratorios caracterizados por una obstrucción persistente de la cantidad de aire que entra en los pulmones. Debido a que esta enfermedad impide la aportación de oxígeno suficiente y tienen que trabajar tanto para respirar, se cansan con facilidad.

La nutrición constituye un problema importante para las personas mayores con esta enfermedad. Puede que una persona mayor tenga un problema funcional subyacente añadido a la dificultad para respirar y a los bajos niveles de energía.

El tratamiento de esta patología debe ser cumplido adecuadamente para obtener una mejoría del estado de salud. Éste se basa principalmente en: educación, medicación, terapia respiratoria, condicionamiento físico, rehabilitación y prestación de ayuda en todo momento para reducir su ansiedad a través del empleo de estrategias de adaptación positivas.

Es una enfermedad que tiende a empeorar con el tiempo y puede originar complicaciones:

- Hipertensión pulmonar (presión sanguínea elevada en los vasos pulmonares).
- Enfermedad cardíaca pulmonar.
- Úlcera péptica.

23.7. Prevención de los problemas respiratorios

23.7.1. Prevención de neumonía por aspiración

- Vigilar el nivel de conciencia antes ingerir comida y líquidos.
- Cuando exista una mínima sospecha de que pueda tener alguna dificultad al tragar, cuide la forma en que toma los alimentos, los medicamentos y las bebidas.
- En caso de vómitos, debe colocarse de lado la cabeza, si es posible, el cuerpo, para evitar que los trague.
- Si se atraganta, abrácele por la cintura comprimiendo el abdomen hacia atrás y retire el cuerpo extraño de la boca con los dedos, sentándole posteriormente.

23.7.2. Prevención de las enfermedades obstructivas

Son hábitos tendentes a prevenir las enfermedades obstructivas:

- Dejar el tabaco. Los fumadores pasivos deben evitar los ambientes cargados de humo.
- Evitar, en la medida de lo posible, la contaminación atmosférica.
- Prevenir la aparición de enfermedades respiratorias evitando la exposición al frío y a corrientes.
- Vacunación antigripal, anticatarral y antineumocócica.
- Practicar ejercicio físico periódicamente y bajo control médico.
- Evitar los cambios bruscos de temperatura y humedad.
- Evitar la automedicación y, en caso de ser necesario, un tratamiento farmacológico debe ajustarse correctamente a las indicaciones del médico.

23.8. Espirómetro

El espirómetro es un instrumento que estimula a la persona mayor a mantener su esfuerzo respiratorio mediante el control visual de su respiración. Deberá forzar la entrada de aire para lograr que la bolita ascienda cada vez más ([figura 23.5](#)).

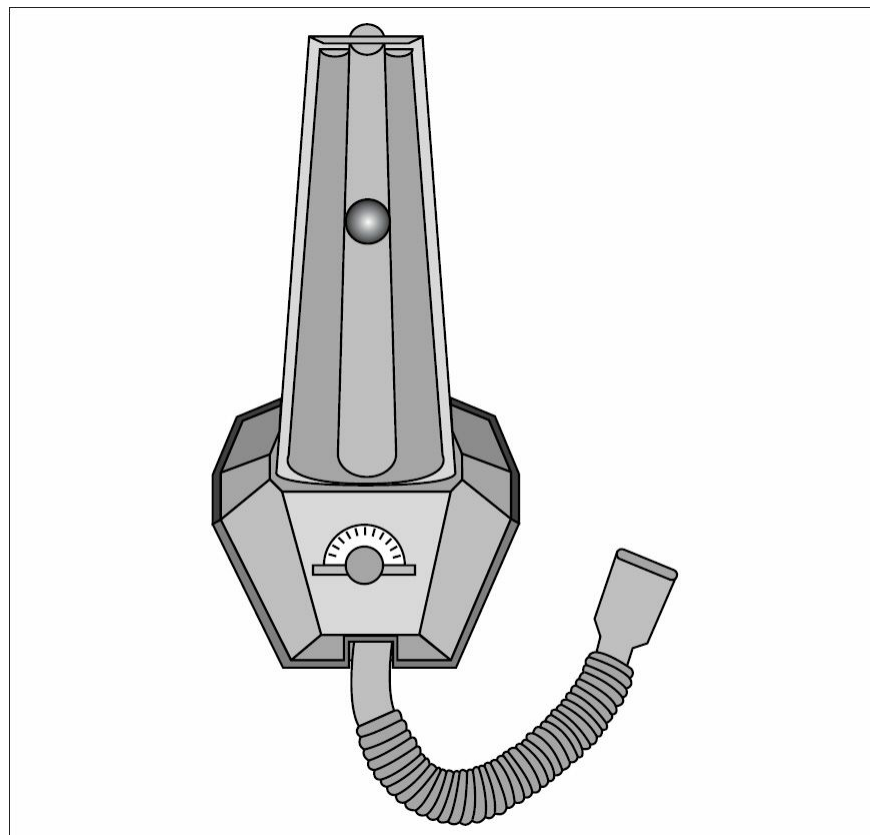


FIGURA 23.5.

Recuerde...

- Los cuidados y medidas generales en personas mayores con enfermedades respiratorias.
 - La importancia de los procesos neumónicos y de las enfermedades obstructivas en la población mayor.
 - Las medidas que previenen la neumonía por aspiración y las enfermedades obstructivas.
-

Hipertensión arterial

24.1. Introducción

La presión arterial (PA), también llamada tensión arterial (TA), es la presión que ejerce la sangre circulante sobre las paredes de las arterias. Depende de la fuerza de contracción del corazón, del diámetro y la elasticidad de los vasos sanguíneos arteriales y del volumen y viscosidad de la sangre.

La presión arterial tiene dos cifras: la presión máxima o sistólica y la presión mínima o diastólica. La máxima es el valor mayor de la tensión arterial y se corresponde con la presión sobre las arterias en el momento en que el corazón se contrae. La mínima es la presión de la sangre en el momento en que el corazón se relaja, cuando éste recibe la sangre que será impulsada en la siguiente contracción.

Los valores ordinarios se sitúan en torno a los 110-140 mm Hg (milímetros de mercurio) para la tensión máxima y a los 60-80 mm Hg para la mínima.

Después de esto, podría definirse la hipertensión arterial como la elevación de las cifras de la presión arterial por encima de lo normal: 160 mm Hg para la presión máxima y 90-95 mm Hg para la mínima.

24.2. Tipos de hipertensión

Los tipos de hipertensión se clasifican en función de las cifras a las que afecten (si es a la tensión máxima o a la mínima) y cuál ha sido el tipo de causa que la ha provocado. Así, se puede hablar de:

- Hipertensión sistólica aislada. En las cifras de tensión arterial sólo está elevada la sistólica o máxima por encima de 160 mm Hg.

- Hipertensión sistólica. Dentro de ésta se encuentran:
 - La hipertensión primaria o esencial: es aquella que de por sí es un problema, ya que no es producida por una alteración en el organismo.
 - La hipertensión secundaria: es debida a problemas o alteraciones renales y/o endocrinas.
- Hipertensión diastólica. También puede ser primaria o esencial y secundaria. La hipertensión diastólica a su vez se clasifica en:
 - Hipertensión ligera: tensión diastólica o mínima entre 90-104 mm Hg.
 - Hipertensión moderada: valor mínimo de presión arterial entre 105-114 mm Hg.
 - Hipertensión grave: presión diastólica/mínima igual a 115 mm Hg o por encima de éste valor.

24.3. Factores de riesgo

La presión arterial varía según el sexo, la edad y los factores ambientales. Respecto al sexo, generalmente la mujer tiene la tensión arterial mayor que el hombre. Pero esta situación es benigna sólo hasta la menopausia, ya que a partir de ese momento, el riesgo de sufrir complicaciones por una tensión arterial elevada es muy parecido al del hombre.

Los factores ambientales son los más influyentes en la hipertensión: el estilo de vida de la persona, la que lleva en la actualidad y también, en el caso de las personas mayores, la que ha llevado antes; el tipo de trabajo que tuvo; la dieta, e incluso, ciertos hábitos como el alcohol o el tabaco. El trabajo va a ser elemento condicionante debido al estrés que genera y al grado de actividad física que suponga. Pero el factor más importante es la dieta: en ella se incluyen la ingestión de sal, grasas (sobre todo de origen animal), colesterol y el tipo de comidas ingeridas (comidas *rápidas* o comidas tradicionales). Aunque las comidas tradicionales han sido las más consumidas por la personas mayores, éstas a su vez han podido ser equilibradas o no.

En cuanto a la edad, la presión arterial aumenta a medida que aumenta ésta, y ello hace que la probabilidad de padecer de hipertensión entre la población integrada por personas mayores de 65 años sea elevada.

Otros factores importantes desencadenantes de hipertensión son los genéticos, pero éstos siempre van a estar influidos por el resto de factores anteriormente comentados. Igual sucede con ciertas alteraciones en las que la hipertensión sólo es un síntoma, como en algunas enfermedades hormonales.

24.4. Determinación correcta de la presión arterial

El aparato de medida recomendable es el *esfingomanómetro de mercurio* (que se encuentra en hospitales y centros de salud o ambulatorios). Si se va a medir la presión

arterial en el propio domicilio se puede utilizar un *esfingomanómetro aneroides* (en vez de una columna de mercurio, como el anterior, éste mide los valores de presión arterial con un manómetro en forma de reloj). Pueden utilizarse también los aparatos electrónicos de medida de la presión arterial y los de medida digital, aunque éstos son propensos a los errores y desviaciones. Todos ellos deberán ser revisados y calibrados periódicamente.

El tipo de brazal o manguito para la medida de la presión arterial en personas mayores dispone de tres tamaños: 12, 15 o 18 cm de ancho por 33-36 cm de largo.

Condiciones para medir la presión arterial:

- La persona mayor debe estar confortablemente sentada durante al menos 5 minutos antes de la medición y el brazo en que se realiza la medida debe colocarse a la altura del corazón. En las personas mayores también debe realizarse una medición complementaria de pie. Esta segunda medición permitirá descubrir posibles descensos de la tensión arterial al levantarse del asiento, ya que estos descensos bruscos pueden ser causa de mareos o caídas.
- La persona mayor no habrá fumado, tomado café ni realizado ejercicios bruscos en los 30 minutos previos.
- Debe usarse un manguito de tamaño adecuado.
- La temperatura de la habitación debe aproximarse a los 21 °C y no debe haber estímulos ambientales.
- Una vez preparado, se procederá a la toma de la tensión ([figura 24.1](#)):
 - El manguito se situará por encima de la flexura del codo y el fonendoscopio se colocará sobre la arteria humeral (localizada en la cara interna de la flexura del codo).
 - A continuación, se inflará el manguito y se procederá a desinflarlo lentamente.
 - El primer latido que se escuche a través del fonendoscopio, corresponderá a la presión máxima o sistólica; a éste primer latido le seguirán más que se irán haciendo progresivamente más leves hasta su desaparición total. El último de estos latidos audibles, corresponderá a la tensión mínima o diastólica.

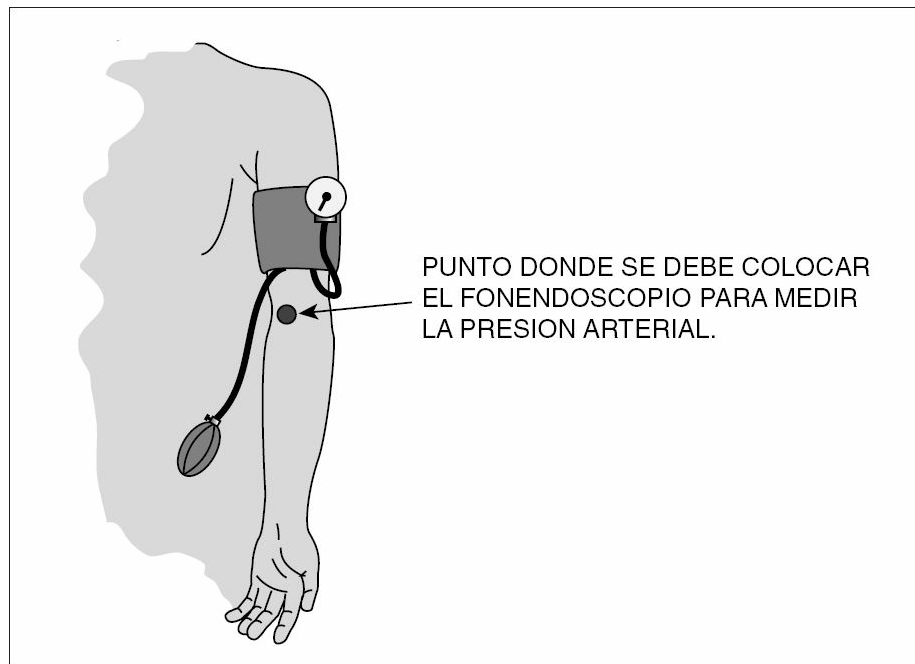


FIGURA 24.1. Esfigmomanómetro aneroide.

La presión arterial ha de ser controlada y valorada por el personal sanitario (médicos y/o enfermeras) y, dado el carácter crónico de la hipertensión arterial, se han de realizar revisiones periódicas ante la posibilidad de que varíen las cifras de presión y deba reforzarse el tratamiento.

24.5. Complicaciones de la hipertensión

La hipertensión arterial en la persona mayor, generalmente se acompaña de otras enfermedades que van a empeorar el problema y a acentuar las complicaciones, como, por ejemplo: la obesidad, la diabetes y las hiperlipidemias (aumento de colesterol y triglicéridos en sangre).

En primer lugar, hay que mencionar que, con la edad, una de las capas que forman la pared de las arterias se engruesa y la pared arterial se vuelve más rígida, dificultando la dilatación de las misma y aumentando de este modo la presión arterial. Además, en las personas mayores también se produce un depósito de grasas y calcio en las paredes arteriales (lo que se conoce con el nombre de placas de ateroma) que disminuyen el calibre de las arterias, haciendo también que aumente la presión arterial.

En el corazón, que es la *bomba* que impulsa la sangre por todo el sistema circulatorio, se producen complicaciones en las válvulas cardíacas, especialmente en la válvula mitral (que separa las dos cámaras izquierdas del corazón: la aurícula y el ventrículo izquierdos).

24.5.1. Complicaciones renales

El riñón puede ser la causa de la hipertensión arterial o bien ser afectado por la misma. Se produce un aumento de la presión en la arteria renal, con disminución de la cantidad de sangre que llega al riñón. Esto puede producir una alteración de la función renal, conocida como nefropatía hipertensiva.

24.5.2. Complicaciones cardíacas

El corazón está sometido a una sobrecarga de trabajo, debido a que el aumento de la presión arterial (es decir, de la resistencia de los vasos arteriales al paso de la sangre) hace que tenga que ejercer una mayor fuerza para impulsar la sangre por las arterias. Como consecuencia, el corazón varía su morfología debido al esfuerzo realizado. Entre los cambios que se producen se encuentran:

- Aumento del tamaño del ventrículo izquierdo y fracaso del mismo para impulsar la sangre. El ventrículo izquierdo es el que empuja la sangre a través de la arteria aorta, que a su vez se encarga de transportarla hacia todos los órganos y tejidos del organismo. La resistencia de la arteria aorta está elevada, por lo que el corazón debe hacer un mayor esfuerzo para contrarrestarla.
- Insuficiencia cardíaca o fallo del corazón para impulsar toda la sangre que le llega.
- Angina de pecho e infarto de miocardio. Ocurre con frecuencia debido a la presencia de placas de ateroma que reducen el calibre de las arterias coronarias, responsables de proporcionar sangre (y con ella oxígeno y nutrientes) al propio corazón. La angina y el infarto se producirán cuando el corazón no reciba suficiente oxígeno.

La mayoría de las muertes producidas por la hipertensión se deben a infarto de miocardio o a insuficiencia cardíaca, de ahí la importancia de su prevención y detección precoz.

24.5.3. Complicaciones cerebrales

Son frecuentes, sobre todo, en personas mayores de 65 años. La afectación principal que se produce es la aparición de un accidente cerebrovascular (ACV). El ACV más frecuente es el producido por una trombosis a nivel de los grandes vasos que irrigan el cerebro, debido a la formación de placas de ateroma que, al desprenderse, se convierten en émbolos que pueden obstruir algún pequeño vaso del cerebro.

24.5.4. Retinopatía hipertensiva

El aumento de la presión arterial puede producir un estrechamiento de los vasos de la retina. También se pueden producir microaneurismas arteriolares (rotura de las arterias más pequeñas) por oclusión y estrechamiento arterial. La hipertensión, además, favorece el aumento de la presión en el interior del globo ocular, que puede inducir la aparición de glaucoma.

24.6. Tratamiento de la hipertensión arterial

Las personas mayores hipertensas, independientemente de sus cifras de tensión, deben iniciar un tratamiento no farmacológico que es imprescindible en todos los casos.

Con tensiones arteriales entre 140-149 mm Hg de presión sistólica/máxima y 90-104 mm Hg de presión diastólica/mínima se suele comenzar con un tratamiento no farmacológico y vigilancia periódica. Si la presión arterial diastólica/mínima es mayor de 105 mm Hg o es menor de ésta cifra pero la persona mayor presenta complicaciones cardiovasculares u otros factores de riesgo asociados a la hipertensión, deberá iniciarse también el tratamiento farmacológico.

Aquellas personas mayores cuya tensión sistólica/máxima esté por encima de 160 mm Hg y no se controle con las medidas dietéticas deben iniciar también tratamiento farmacológico.

Los cuidadores que estén al cargo de las personas mayores deben poner gran énfasis en el seguimiento de las medidas no farmacológicas, ya que en la mayoría de los casos la hipertensión se controla satisfactoriamente de esta manera.

24.6.1. Tratamiento no farmacológico

Está encaminado a modificar los estilos de vida para que no aumente la presión arterial.

- Reducción del consumo de sal. El sodio es uno de los principales factores hipertensivos. Se recomienda que la ingestión de sal sea menor de 3-5 gr diarios. Con esto se consigue un aporte adecuado de sodio al organismo sin repercutir en las cifras de tensión. Deberá reducirse la cantidad de sal que se echa en las comidas, al igual que todos los productos potenciadores de sabor y los extractos de caldo de carne. También es conveniente procurar evitar el consumo de alimentos congelados y precocinados, conservas, embutidos, aceitunas, patatas fritas, etc., ya que tienen un alto contenido en sodio.

Para que las comidas no dejen de ser atractivas, se puede optar por distintas formas de cocinar que aumenten el sabor de los alimentos, como el

asado a la plancha y los alimentos fritos con una pequeña cantidad de aceite vegetal (de oliva o girasol). Se pueden utilizar condimentos alternativos, como sales preparadas de venta en farmacias bajas en sodio y ricas en potasio, orégano o pimienta negra molida.

- Aumento del consumo de potasio. El potasio favorece la eliminación de sodio a través de la orina y se ha demostrado su efecto protector sobre los accidentes cerebrovasculares. Se puede incrementar la ingestión de potasio a través de alimentos como frutas y verduras frescas.
- Reducción de peso. Las dietas deben ser bajas en calorías, pero equilibradas. Lo mejor es una dieta variada, rica en frutas y verduras, sin abusar de las grasas de origen animal como el tocino, la manteca o la mantequilla. Respecto a la leche, se aconseja la desnatada o semidesnatada. Al disminuir las grasas de la dieta se reducen los niveles de colesterol y triglicéridos que repercuten de una forma importante en la hipertensión.

La persona mayor deberá someterse a un control periódico del peso por el médico o la enfermera. Éstos le informarán de cuánto peso ha perdido o cuánto debe perder en caso de que lo necesite.

- Ejercicio físico. Ha de iniciarse una vez que la presión arterial ha sido controlada. El ejercicio será moderado y continuado, siendo recomendable la vigilancia médica. Caminar de 30 a 60 minutos diarios es la práctica más habitual y aconsejable, aunque se podrán realizar otros ejercicios físicos tales como nadar, montar en bicicleta, etc., si ello es posible.
- Reducción del consumo de alcohol. Debe disminuirse la ingestión de alcohol y bebidas estimulantes como el café y el té. Respecto al alcohol, no deben superarse los 30 ml (equivalentes a un vaso de vino) al día. En caso de que se tome, se recomienda que sea tinto, ya que éste contiene polifenoles, sustancias que reducen el colesterol.
- Evitar el tabaco.
- Aumentar el consumo de líquidos. Al menos un litro y medio de agua al día fuera de las comidas. Si no podemos conseguir que la persona mayor los beba, se podrán utilizar las comidas por medio de sopas, los zumos, las infusiones no estimulantes (evitar, por tanto, el té), etc.

24.6.2. Tratamiento farmacológico

Está encaminado a reducir la hipertensión y sus complicaciones.

La reducción de la presión arterial ha de ser gradual y se recomienda realizar un tratamiento escalonado. El tratamiento farmacológico sólo se iniciará una vez prescrito por el médico. También se deberá realizar controles periódicos del mismo.

La medicación habitualmente utilizada en el control de la hipertensión la constituyen:

- Diuréticos. Con ellos se disminuye la cantidad de líquidos del organismo y, por tanto, el trabajo del corazón. La ingestión de diuréticos ha de hacerse preferiblemente por la mañana, ya que si se hace por la noche dificultará el descanso al aumentar el número de veces que debe ir al baño.
- Beta-bloqueantes.
- Antagonistas del calcio.
- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA).

Recuerde...

- La presión arterial aumenta con la edad. La probabilidad de que una persona padezca de hipertensión por encima de los 65 años es elevada.
 - El ambiente es el que más influye en la hipertensión: el estilo de vida de la persona en el pasado y en la actualidad, la dieta, y los hábitos como el alcohol y el tabaco.
 - La hipertensión es causa de múltiples complicaciones en riñón, corazón, circulación cerebral, etc., llegando a ser la causante de la muerte en muchas personas que sufren de ella.
 - La presión arterial ha de ser controlada y valorada por el personal sanitario (médicos y/o enfermeras). Deben realizarse revisiones periódicas para reforzar el tratamiento.
 - El tratamiento no farmacológico está encaminado a modificar los estilos de vida para que no aumente la presión arterial. El tratamiento farmacológico sólo se iniciará una vez prescrito por el médico, cuando el tratamiento no farmacológico no dé resultados, debiendo realizarse controles periódicos del mismo.
-

La diabetes

25.1. ¿Qué es la diabetes?

La diabetes es un trastorno metabólico producido por una disminución de la producción de insulina o por una mala utilización de la misma por parte de las células.

La insulina es una proteína producida por el páncreas que permite la entrada de la glucosa en las células para poder ser utilizada por éstas como fuente de energía. Una lesión en el páncreas puede suponer variaciones en la cantidad de insulina y, si falta ésta, se presentará una hiperglucemia, es decir, un aumento de la glucosa en la sangre, ya que ésta no podrá penetrar en las células. Dicho de un modo más gráfico, la insulina sería como una llave que abre la puerta de las células para que entre la glucosa. Si falta esa llave, la puerta no se abre y, por tanto, la glucosa queda retenida en la sangre.

25.2. Causas de la diabetes

Existen múltiples circunstancias que pueden favorecer la aparición de una diabetes. Entre ellas podemos destacar las siguientes:

- La herencia genética.
- Obesidad y mala nutrición. Por mala nutrición no debe entenderse una ingestión escasa de alimentos, sino una ingestión excesiva, poco variada o limitada a alimentos ricos en hidratos de carbono (pan, pasta, repostería, etc.).
- Poco ejercicio físico.
- Período de enfermedad violenta.
- Consumo de muchos fármacos.

- Edad. La probabilidad de padecer diabetes es mayor cuanto mayor es la edad.

25.3. Signos y síntomas de la diabetes

- Necesidad de orinar muchas veces y abundantemente (poliuria).
- Necesidad de beber mucha agua (polidipsia).
- Sensación de mucha hambre (polifagia). Aunque coma mucho, el diabético no se siente saciado.
- Pérdida de peso.
- Cansancio y fatiga.

En condiciones normales, la glucosa en sangre se mantiene entre unos límites entre 70-120 mg/dl (miligramos por decilitro). El diabético presenta estos niveles aumentados. Las cantidades de glucosa y otras sustancias como los cuerpos cetónicos en la orina también pueden estar aumentados.

25.4. Tratamiento de la diabetes

El objetivo del tratamiento es mantener los niveles de glucosa dentro de sus límites normales. En algunos casos esto se conseguirá mediante insulina (a esta diabetes se la llama diabetes mellitus tipo I o insulino dependiente), en otros ésta no será necesaria (en la llamada diabetes mellitus tipo II o no insulino dependiente).

En cualquier caso, una buena dieta y ejercicio físico son imprescindibles.

25.4.1. Dieta

La dieta es el pilar fundamental en el tratamiento de la diabetes. El diabético puede comer prácticamente de todo, pero, evidentemente, un exceso o una mala utilización de los alimentos puede suponer una descompensación de su enfermedad.

Es imprescindible una buena distribución de las comidas. Éstas se repartirán en seis tomas: desayuno, a media mañana, comida, merienda, cena y antes de acostarse. De esta forma se pueden evitar complicaciones como la hipoglucemia (descensos de glucosa en sangre).

Las grasas deben tomarse sólo en la cantidad necesaria. Hay que evitar engordar y que aumenten los niveles de colesterol. Así, los embutidos, la mantequilla, la nata, etc., se tomarán en bajas cantidades. Los aceites más aconsejables son los de maíz, oliva y girasol.

Los alimentos proteicos, tales como pescado, carne, clara de huevo, etc., se pueden tomar de forma normal. Es preferible que se coma más veces pescado que carnes y,

dentro de éstas últimas, son más aconsejables las de pollo (sin piel), ternera y conejo.

Lo más importante es llevar un control de los hidratos de carbono. Para ello es necesario establecer las equivalencias por peso ([cuadro 25.1](#)).

CUADRO 25.1

Equivalencia por pesos entre alimentos que contienen hidratos de carbono.

ALIMENTOS	GRAMOS
Pan	20
Harina, pastas, galletas, arroz, dátiles	13
Cereales	15
Almendras, avellanas, nueces cacahuetes	10
Castañas	22
Remolacha, zanahoria, cebolla	90
Berros, calabaza, coles, coliflor, espárragos, espinacas, judías verdes, alcachofas, lechuga, pepino, pimiento, tomate	200
Guisantes, habas, patatas	50
Fresa, sandía, melón	50
Naranja, albaricoque, melocotón, membrillo	100
Peras, manzanas, ciruelas, higos, piña	75
Plátanos, uvas	50
Pasas	13

Las verduras se pueden tomar en las cantidades indicadas en la tabla. La mejor forma de tomarlas es en ensalada, para que conserven todas sus vitaminas. La fruta también se puede tomar en cantidades moderadas (2-3 piezas al día). El plátano y la uvas son poco aconsejables por su alto contenido en hidratos de carbono, al igual que los frutos secos.

La leche debe ser descremada, nunca debe ser condensada, por su alto contenido en azúcar. Las bebidas o refrescos artificiales contienen gran cantidad de hidratos de carbono, por lo que se debe restringir su consumo. Las infusiones, café, agua, etc., pueden tomarse en las cantidades que se quiera, siempre y cuando no se les añada azúcar. Las bebidas alcohólicas, aparte del daño que producen, presentan gran cantidad de hidratos de carbono, y su consumo en excesivo puede enmascarar síntomas de las complicaciones de la diabetes.

Los edulcorantes artificiales, tales como la sacarina, se puede tomar libremente. Sin embargo, el sorbitol, la fructosa, el manitol, no deben consumirse en cantidades abundantes.

Es imprescindible no confiar en los llamados alimentos para diabéticos. Éstos llevan

menos hidratos de carbono que el resto pero pueden llevar edulcorantes artificiales perjudiciales, como los indicados anteriormente.

En resumen, el diabético puede tomar cualquier tipo de alimento, a excepción de los dulces o azucarados, pero siempre es aconsejable que lo tome en las cantidades y proporciones adecuadas, para el mejor control de su enfermedad ([cuadro 25.2](#)).

25.4.2. Ejercicio físico

El ejercicio físico es, en general, beneficioso para todo el mundo, pero especialmente para el diabético. La edad no debe ser una barrera para realizar una actividad física, pues siempre hay un ejercicio recomendado para cada período de la vida.

CUADRO 25.2
Dieta para diabéticos, 1.500 calorías.

DESAYUNO	Leche descremada (200 cc), con o sin café. Edulcorante para la leche. Pan (40 g), sin mantequilla ni mermelada, o galletas
MEDIA MAÑANA:	Fruta (150 g)
COMIDA:	Sopa de fideos (30 g en seco) Carne a la plancha (200 g) Ensalada de lechuga y tomate (300 g) Pan (40 g) Fruta (100 g)
MERIENDA	Leche descremada (200 cc)
CENA	Verdura cocida o rehogada (200 g) Pescado blanco (100 g) Pan (40 g) Fruta (100 g)
ANTES DE ACOSTARSE	Leche descremada (200 cc)

Aceite para todo el día: 30 cc (dos cucharadas).

Debe realizarse 3-4 veces a la semana como mínimo, con una duración de 30-60 minutos cada vez, dependiendo del tipo de actividad. Lo más aconsejable es que se realice todos los días.

Con un ejercicio mantenido, regular y suave, se pueden obtener grandes beneficios, entre los que podemos destacar:

- Disminuye la cantidad de glucosa en sangre.
- Beneficia la respiración y mejora la actividad del corazón y la circulación.
- Ayuda a reducir peso.
- Produce sensación de bienestar.
- Permite que la insulina del tratamiento se pueda administrar en dosis menores (al igual que los antidiabéticos orales).

Es preferible realizar ejercicio cotidianamente que hacerlo esporádicamente. El médico o la enfermera serán quienes mejor puedan aconsejar sobre qué tipo de actividad es la más benéfica para la persona mayor diabética y en qué cantidad debe realizarse. Los ejercicios más recomendables son: caminar, nadar, etc. El mejor horario para hacer el ejercicio en personas diabéticas es después de las comidas.

Los riesgos derivados del ejercicio pueden aparecer cuando éste no se realiza de forma habitual o cuando se aumenta su intensidad. Es típico en estos casos la aparición de descensos bruscos de glucosa en sangre. Debido a esto, a veces es necesario modificar la dieta o el tratamiento de ese día. Para evitar la deshidratación, el ejercicio no debe realizarse en las horas más calurosas del día. Si no puede ser así, se tomará gran cantidad de agua. Por éstas y otras razones, es aconsejable que se haga una valoración médica inicial antes de planificar e iniciar cualquier tipo de ejercicio físico.

25.4.3. Antidiabéticos orales

Son un grupo de medicamentos utilizados para el tratamiento de la diabetes en determinadas personas. Su administración es mucho más cómoda que la de insulina, ya que se trata de pequeños comprimidos que se toman unos 20-30 minutos antes de las comidas, en las dosis determinadas por el médico. Suele administrarse cuando la dieta y el ejercicio no han dado los resultados esperados.

Éstos, al igual que la insulina, pueden producir hipoglucemia, de la que hablaremos posteriormente.

25.4.4. Insulina

Este tratamiento empieza a utilizarse si los demás no han logrado una compensación adecuada de la glucosa. La insulina no puede ser administrada por vía oral, sino que debe ser inyectada. El propio diabético o un familiar pueden administrarla.

Existen distintos tipos de insulina dependiendo de su origen. También, dependiendo del tiempo que tardan en hacer su efecto, serán rápidas o retardadas.

La insulina, por regla general, se administra unos 15 minutos antes de las comidas, en la dosis indicada por el médico, e inyectada bajo la piel.

La insulina debe conservarse en el frigorífico. Una vez abierta, sólo puede conservarse durante diez días como máximo.

A) Técnica de inyección

Se puede administrar con una jeringa o por medio de bolígrafos con cartucho. Estos últimos son mucho más cómodos para que se inyecte el propio diabético.

Deben seguirse las siguientes normas para la correcta administración:

- Si utiliza jeringa, agítese el frasco suavemente y coger la dosis indicada.
- Limpiar la zona donde se vaya a inyectar. No es conveniente usar alcohol.
- Tomar un pellizco en la piel para evitar que se inyecte en el músculo.
- Pinchar con un ángulo de 90° (perpendicular a la piel).
- Inyectar la insulina.
- Sacar la aguja, sin masajear la zona con el algodón.

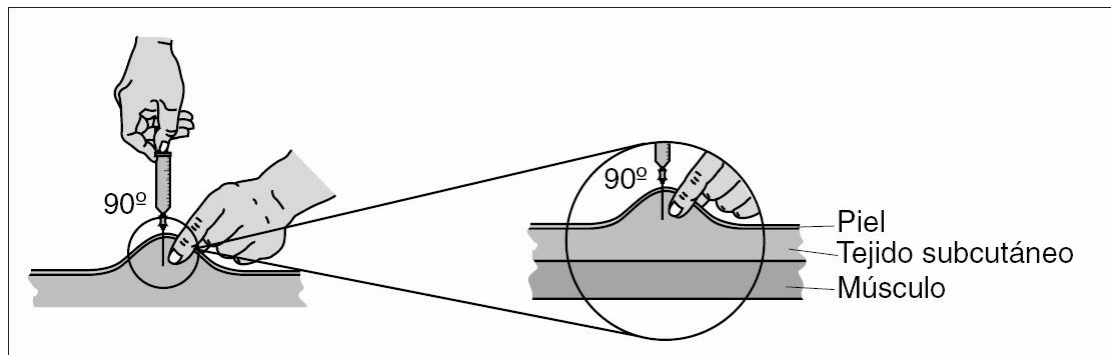


FIGURA 25.1. Técnica de inyección de insulina (con pellizco).

B) Zona de inyección

Existen varias zonas en el cuerpo donde se puede administrar la insulina, en función de la comodidad del propio diabético.

Es importante saber que no debe inyectarse en el mismo sitio varias veces seguidas, sino que es conveniente ir rotando las zonas, que pueden ser:

- Brazos: zona del deltoides.
- Piernas: parte anterior de los muslos.
- Abdomen: hay que evitar la zona del ombligo.

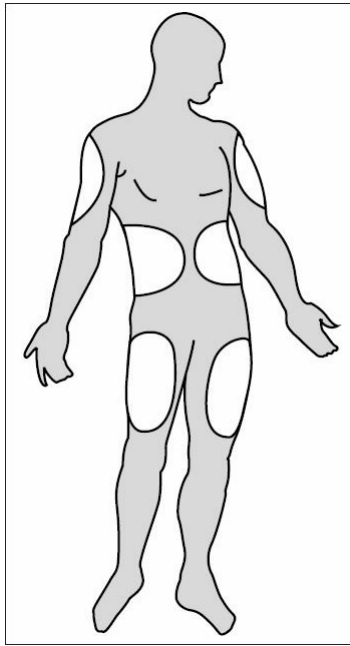


FIGURA 25.2. Zonas para la inyección de insulina.

Cuando es la propia persona mayor quien se administra la insulina, la zona más apropiada es la del muslo o el abdomen. Si es un familiar o la enfermera, se puede inyectar en el brazo.

C) Automedición

En general, es conveniente que los diabéticos lleven una vigilancia de su enfermedad mediante la automedición de la cantidad glucosa en sangre o glucemia. Para la realización de ésta se necesita un aparato que mide la glucosa por medio de tiras que se deben impregnar con una gota de sangre obtenida del dedo.

Esta automedición es especialmente importante en diabéticos que necesitan inyectarse insulina, pues con él pueden evitarse hipoglucemias.

Se realizará, generalmente, antes de las comidas principales, y con el intervalo de tiempo que se considere oportuno. En la consulta de enfermería de su centro de salud, se valorarán todas sus automediciones para llevar un mejor control de la dosis de insulina necesaria.

25.5. Complicaciones

La diabetes puede desarrollar complicaciones a cualquier edad, pero en el caso de la persona mayor son más frecuentes y puede acelerar las complicaciones propias del envejecimiento.

25.5.1. Complicaciones agudas

Son las que aparecen de forma brusca y a corto plazo.

A) Hipoglucemia

Se trata de una disminución de la glucosa en la sangre por debajo de los límites normales (menos de 50 mg/dl).

Ésta es la complicación aguda más frecuente de la diabetes. La glucosa, como ya sabemos, es la principal fuente de energía para las células del organismo y en especial para el cerebro. Cuando disminuye la glucosa en la sangre, el cuerpo pone en marcha un *mecanismo de defensa* para aumentar estos niveles. Esto se consigue movilizandó el azúcar almacenado en el organismo, a través de dos hormonas: el glucagón y la adrenalina. Son estas últimas las que provocan una serie de síntomas que avisan que la glucosa está baja. Dichos síntomas son:

- Temblores.
- Irritabilidad.
- Cambio de carácter.
- Agresividad.
- Palpitaciones.
- Sudoración fría.
- Palidez.
- Hambre.
- Dolor de cabeza.
- Visión doble o borrosa.
- Somnolencia.
- Mareos.
- Confusión.
- Cansancio.
- Lengua y boca acorchadas.
- Pérdida de conciencia.

Conviene señalar que algunas hipoglucemias no tienen todos estos síntomas, e incluso pueden aparecer otros que no estén aquí citados.

Existen múltiples causas que pueden provocar una hipoglucemia, entre ellas se pueden destacar:

- Aumento del ejercicio físico o realización de ejercicio no habitual.
- Elevada dosis de insulina o antidiabéticos orales.
- Retraso u olvido de alguna comida.
- Vómitos o diarreas.

- Ingestión de alcohol o medicamentos que aumenten la acción de la insulina o anti-diabéticos orales.

Es importantísimo que todo diabético lleve una placa consigo donde se especifique que se tiene dicha enfermedad y lo que deben hacer con él en caso de que se le encuentre en mal estado ([cuadro 25.3](#)).

CUADRO 25.3

¿Cómo se debe actuar ante una hipoglucemia?

- Comer hidratos de carbono de rápida absorción en el intestino, como pueden ser: azúcar, zumos o bebidas azucaradas, caramelos, etc.
- Posteriormente se comerá hidratos de carbono de absorción más lenta, tales como cereales, bocadillos, leche entera, etc.
- Comprobar la cantidad de glucosa en sangre mediante una automedición.
- Si presenta pérdida de conocimiento, debe llevarse a la persona mayor al hospital más cercano.

B) ¿Cómo se puede prevenir?

Evitar las causas. Por ejemplo: no debe realizarse ejercicio físico intenso, sobre todo si la dosis de insulina que se ha administrado es la habitual, ya que el efecto de la insulina y del ejercicio sobre la glucosa en sangre se suman, pudiendo provocar la hipoglucemia. También es importante, tras la administración de la insulina, tomar las comidas necesarias y a la hora habitual, sin olvidarlas ni retrasarlas.

Llevar siempre consigo hidratos de carbono (azucarillos, caramelos), y tomarlos cuando empiecen a sentirse los síntomas.

Para evitar las hipoglucemias nocturnas se tomará algún alimento antes de acostarse (leche, yogur). Estos descensos de glucosa en sangre pueden ser causa de mareos y caídas si la persona mayor se levanta durante la noche. Además, tras estas hipoglucemias, suelen darse las denominadas hiperglucemias de rebote: por la mañana, la cantidad de glucosa en sangre es anormalmente alta, pudiendo alarmar a la persona mayor y a sus cuidadores, a pesar de haber seguido el tratamiento de una manera correcta.

C) Cetoacidosis diabética

Está desencadenada por una carencia total o parcial de insulina. Se caracteriza por el aumento de glucosa y de cuerpos cetónicos en sangre. Los cuerpos cetónicos son sustancias de desecho que se producen al tener que utilizar las células las grasas (en lugar

de la glucosa) como fuente de energía para su funcionamiento. Su aparición suele coincidir con diabetes mal tratadas o por un mal cumplimiento del tratamiento.

La persona comienza a tener signos y síntomas tales como: necesidad de orinar frecuente y abundantemente, sed difícil de saciar, pérdida de apetito, náuseas y vómitos. Posteriormente aparecen otras alteraciones: somnolencia, confusión, estupor o embotamiento y, finalmente, coma.

En esta situación, es importantísimo acudir al hospital más cercano para administrar líquidos e insulina.

D) Coma hiperosmolar

Se caracteriza por un aumento grave de las cantidades de glucosa en sangre, a lo que se suma una deshidratación intensa.

Generalmente, se da en las personas mayores diabéticas y con su enfermedad mal controlada, y suele manifestarse con: somnolencia, confusión y hasta pérdida de conciencia.

En este caso hay que actuar de forma similar a la cetoacidosis.

25.5.2. Complicaciones a largo plazo

Aparecen como consecuencia de una descompensación repetida de la diabetes o por un mal control de la misma.

- Microangiopatía. Es una alteración de los pequeños vasos del organismo. Sus manifestaciones aparecen en retina, riñón, corazón y piel.
- Macroangiopatía. Es la lesión de arterias grandes y medianas, produciendo una arteriosclerosis. También en la diabetes existen otros factores de riesgo que influyen en la aparición de dicha arteriosclerosis: la hipertensión arterial, obesidad, poco ejercicio físico, etc.
- Neuropatía diabética. Se llama neuropatía diabética a las lesiones que se producen en los nervios por una diabetes mal controlada. Pueden verse afectados todos los nervios del organismo, pero principalmente los de las piernas y los pies. Los síntomas que aparecen son:
 - Sensación de hormigueo en los pies.
 - Acorchamiento y frialdad desde los dedos hacia el resto del pie.
 - Pérdida de sensibilidad en los pies.
 - Dolor en las piernas, sobre todo en reposo.

La causa suele ser un prolongado mal control de la diabetes. Por tanto, un buen control de la enfermedad es la mejor prevención. Si ya se tiene una

neuropatía, también puede mejorarse con un buen tratamiento de la diabetes.

25.6. Consejos para la persona mayor diabética

- Llevar siempre un buen control médico de su enfermedad.
- Realizar un ejercicio físico adecuado, así como una dieta correcta.
- Tener siempre a mano un caramelo en el caso de que se produzca una hipoglucemia.
- Si se sale de viaje, llevar siempre consigo una fotocopia de los informes médicos.
- Bañarse o ducharse todos los días.
- Consultar a su dentista regularmente, y mantener una buena higiene dental.
- Realizar con mucho cuidado el afeitado o la depilación. Debe recordarse que cualquier corte o herida cutánea puede desarrollar una infección que debe tratarse inmediatamente.
- Nunca se debe andar descalzo, para evitar heridas en los pies.
- Utilizar calcetines de algodón y calzado que no oprima.
- Los masajes en los pies, si se realizan de forma habitual, son muy beneficiosos.
- Los callos deben ser tratados por un podólogo.
- Cortar las uñas después del baño, de forma recta y sin dejarlas demasiado cortas. No utilizar cortaúñas.
- Tener precaución con el sol si se es diabético que necesita inyectarse insulina.
- Conservar siempre en buen estado la insulina, manteniéndola en el frigorífico.
- Acudir al médico en caso de:
 - Sensación de frío o entumecimiento.
 - Sensación de calor.
 - Calambres en la pantorrilla.
 - Cambio de color de rojo a morado en pies, dedos o uñas.
- Acudir a su centro de salud ante cualquier duda.
- Llame a un teléfono de información al diabético si le surge algún problema.

Recuerde...

- La probabilidad de padecer diabetes es mayor cuanto mayor es la edad.
- La dieta es el pilar fundamental en el tratamiento de la diabetes. El diabético puede tomar cualquier tipo de alimento, a excepción de los dulces o azucarados, pero siempre en las cantidades y proporciones adecuadas para

- controlar bien su enfermedad.
- Haga seis comidas distribuidas a lo largo del día. De esta forma se evitarán descensos de glucosa en sangre.
 - La actividad física es especialmente beneficiosa para la persona mayor diabética.
 - La hipoglucemia o disminución de la glucosa en sangre es una de las complicaciones a corto plazo más importantes que deben evitarse.
 - Si sale de viaje, lleve siempre consigo una fotocopia de los informes médicos. Lleve una placa consigo donde se especifique que es diabético y lo que deben hacer las personas que le encuentre en mal estado.
-

Fractura de cadera

26.1. ¿Por qué es importante la fractura de cadera?

En España se producen de 30.000 a 35.000 fracturas de cadera al año. La mayor incidencia se produce a partir de los 50 años y el pico de máxima incidencia entre los 70 y los 80 años. Este tipo de lesión lleva asociada una elevada repercusión sanitaria, social y económica. Suele ser más frecuente en las mujeres que en los hombres.

La importancia de esta lesión radica en que las personas mayores afectadas se vuelven parcial o totalmente dependientes. Detectar su existencia así como su posterior traslado es fundamental para una adecuada recuperación de la persona.

26.2. Recuerdos anatómicos

El sistema esquelético (el conjunto de todos los huesos en general) es la base o la “percha” que sostiene todos los músculos y estructuras del organismo, además de proteger a los distintos órganos, por ejemplo, las costillas protegen los pulmones.

Este sistema está formado por una serie de partes, que corresponden a los distintos huesos de nuestro cuerpo. La parte que nos interesa es la llamada cintura pélvica y la parte proximal del fémur ([figura 26.1](#)).

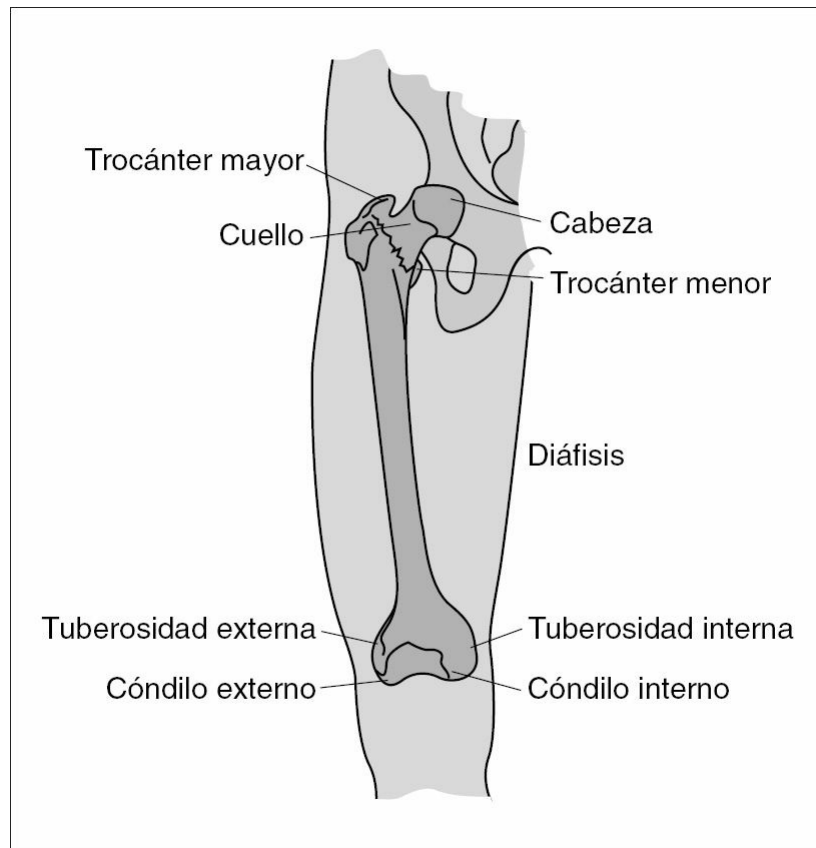


FIGURA 26.1.

26.3. ¿Qué es una fractura?

Es la rotura de una de las partes de esa percha, en este caso concreto se trata de la rotura del hueso, perdiendo su forma (pérdida de la continuidad del hueso). Esa rotura podrá ser total (separación de los extremos del hueso), o parcial (no existe separación de los fragmentos pero existen líneas de fractura) ([figura 26.2](#)).

Existe un tipo de fractura llamada impactada, que se caracteriza por la incrustación del extremo de uno de los fragmentos fracturados o rotos sobre el otro fragmento. En este tipo de fracturas a veces el extremo del fragmento incrustado consolida, formando un nuevo hueso pero más corto ([figura 26.3](#)).

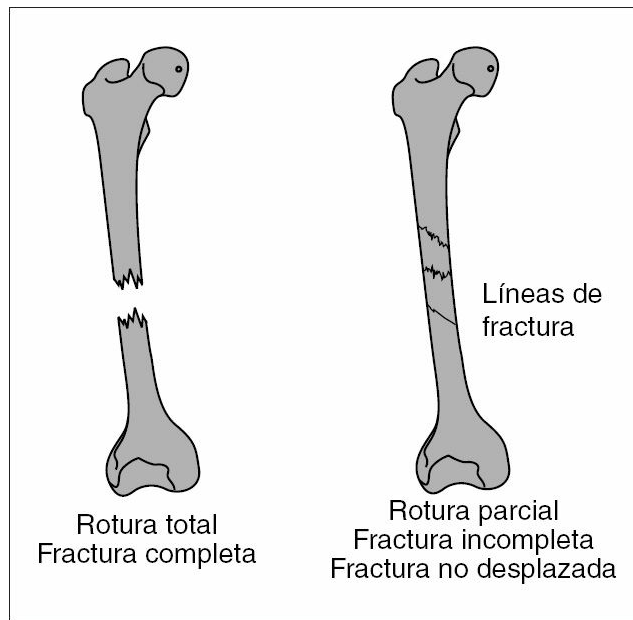


FIGURA 26.2.

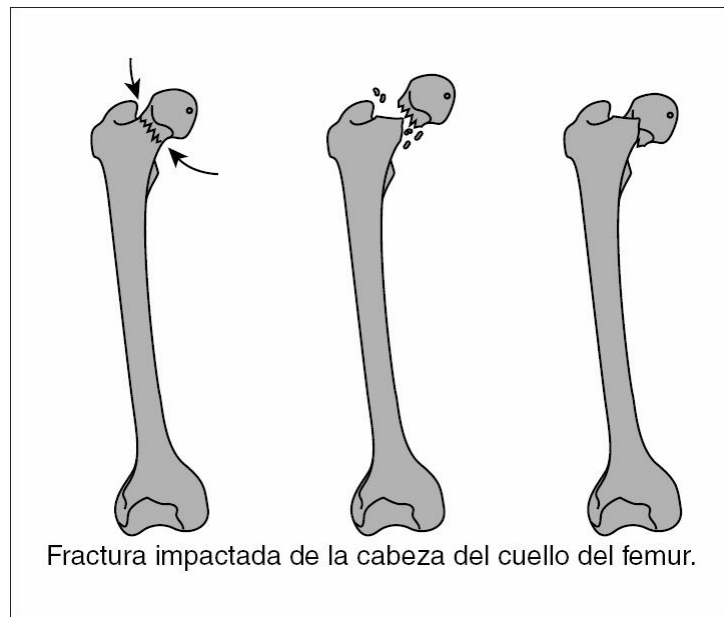


FIGURA 26.3.

Las fracturas desplazadas son aquellas que tienen fragmentos del hueso separados. Al estar separados suele existir el riesgo de que corten o dañen vasos, nervios y tejidos de alrededor.

Las fracturas no desplazadas, por ende, tenderán a ser menos peligrosas, ya que sus fragmentos no estarán separados.

Suele denominarse a las fracturas en función de la región anatómica y de la parte de ésta que se ve afectada. En el caso de la fractura de cadera ([figura 26.4](#)):

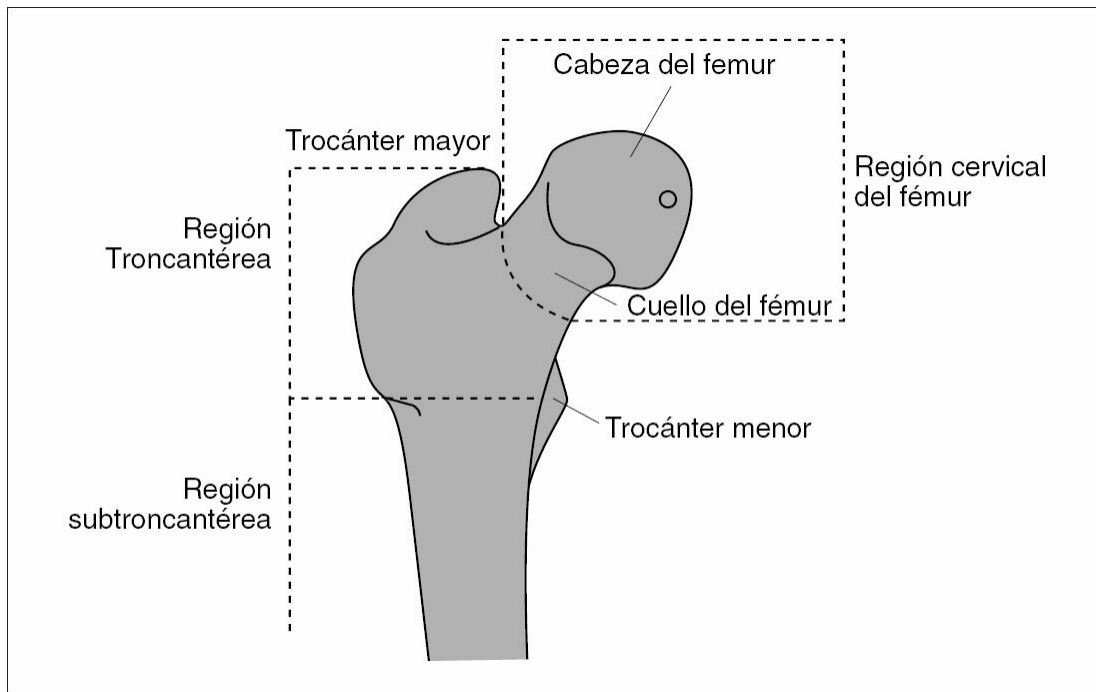


FIGURA 26.4.

Así, a las fracturas o roturas del cuello de la región cervical del húmero se las denominará:

- Subcapital (debajo de la cabeza del fémur).
- Mediocervical (en la mitad del cuello).
- Basicervical (en la base del cuello).

A las fracturas de la región trocantérea, fracturas trocantéreas o del trocánter. Un tipo de ésta es la intertrocantérea (en el interior del trocánter). También existen las fracturas de la región subtrocantérea (debajo del trocánter menor).

La fractura de cadera o fractura del cuello del fémur se produce realmente a nivel del cuello del trocánter y/o de la región subtrocantérea del fémur, sólo que se denomina erróneamente fractura de cadera porque la lesión se localiza, vulgarmente hablando, en la región lateral de la cadera.

26.4. Mecanismos de producción de la fractura del cuello del fémur

Estos mecanismos de producción serán todos aquellos factores predisponentes, situaciones o actividades que podrán provocar la fractura y rotura del hueso. La causa más importante son las caídas, las cuales pueden estar producidas por:

- Factores extrínsecos o medioambientales: luz de poca intensidad, mobiliario, objetos en medio de la habitación, suelo mojado, calzado inadecuado,

- arquitectura, etc.
- Factores intrínsecos:
 - Propias del envejecimiento fisiológico: alteraciones de la vista, oído, disminución de la coordinación, etc.
 - Por alteraciones patológicas y efectos farmacológicos: dolor en las articulaciones, artritis, deformidad en los pies, existencia de lesiones en piernas, asma, alteraciones patológicas de la marcha y del equilibrio y uso de fármacos como las benzodiacepinas, diuréticos, hipotensores, etc.

En ocasiones es necesario pedir ayuda al profesional de enfermería del centro de salud para que nos informe acerca de qué fármacos pueden producir alteración de la estabilidad y caídas.

26.5. Signos y síntomas

Obsérvese en un primer momento que, tras la caída, la persona mayor es incapaz de incorporarse, y si lo hace no puede apoyar la pierna afectada. Signos generales ([figura 26.5](#)):

- Acortamiento de la pierna de la zona afectada de 1 a 5 cm.
- Separación hacia afuera de la pierna afectada (hacia el exterior).
- Rotación hacia el exterior de la pierna y del pie afectados.
- Imposibilidad de mover la pierna afectada.
- Deformidad de la zona.
- Existe elevado dolor al tocar al nivel de la ingle.

Salvedades: puede, en ocasiones, que la persona mayor tras la caída se apoye en el miembro afectado e incluso puede que llegue a caminar en un primer momento. Esto no quiere decir que no exista fractura, existen algunas que, dependiendo de la zona afectada, pueden permitir el movimiento (el caso de las fracturas impactadas de la cabeza del fémur).



FIGURA 26.5. Posición del miembro afectado con fractura del cuello fémur derecho.

26.6. ¿Por qué es importante detectarlo precozmente?

La caída va a producir numerosas complicaciones, entre éstas y a corto-medio plazo:

- La disminución de la temperatura por permanencia en el suelo durante largo tiempo, provocando una hipotermia.
- Miedo a próximas caídas, que origina una marcha inestable, con temor, inmovilización en su silla o habitación, aislamiento, disminución de las salidas al exterior, etc.
- Aparición de un empeoramiento en sus enfermedades de base (ya existentes) por la caída y la fractura.
- Lesiones secundarias a la caída, rotura de otros huesos, pérdida de sangre, afectación de otros órganos...

Ante una persona mayor que encontremos en el suelo o que sospechamos que se ha caído será conveniente acudir a un centro sanitario para una valoración por profesionales, para descartar las anteriores complicaciones.

Salvedades: no fiarse de que no refieran dolor, porque las personas mayores tienen

un umbral elevado del dolor, pudiendo no emitir ningún signo ni síntoma a pesar de existir fractura u otra lesión.

26.7. Tratamientos

26.7.1. Quirúrgicos

En primer lugar se comentará brevemente el significado de los conceptos: reducción, osteosíntesis y artroplastia.

Reducción de la fractura: volver a unir los dos extremos del hueso roto, para que esta unión se produzca y suelde correctamente; suelen unirse los extremos con placas, lo que se denomina fijación mediante osteosíntesis. En ocasiones, la rotura afecta a la cabeza del fémur, que puede quedar totalmente fragmentado, con lo que es necesario sustituir esa cabeza por una prótesis o volver a reconstruir la cabeza, lo que se denomina artroplastia ([figura 26.6](#)).

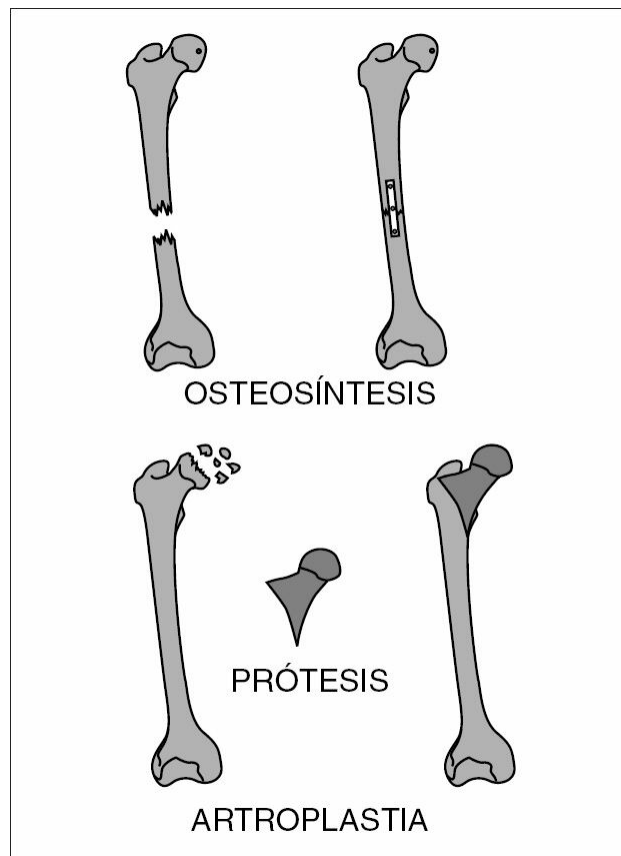


FIGURA 26.6.

26.7.2. Conservador

En este caso no se realiza ningún tratamiento de quirófano, se suele dejar la fractura tal como está, administrando analgésicos para disminuir el dolor, movilizaciones precoces (véase más adelante) y otras medidas.

26.8. Cuidados

26.8.1. In situ

- Ver si está o no inconsciente, si responde a nuestras preguntas.
- Detectar signos de fractura de cadera.
- Atender a los puntos dolorosos, no sólo en las piernas y cadera, también en otras localizaciones como las costillas, manos, brazos, etc.
- Determinar la hora en la que sucedió la caída y calcular el tiempo aproximado que ha permanecido en el suelo y la posible causa.
- Cubrir con una manta para disminuir la hipotermia.
- No movilizar, ni levantar del suelo sin antes desechar la existencia de fractura. Con una mala movilización podría empeorar la lesión.
- Dar ánimos y acompañar, no dejar solo, hablar constantemente con el afectado.
- Ante la duda, avisar a los servicios sanitarios y preparar todo para el posible traslado, documentación (tarjeta sanitaria) y registro en un papel de las enfermedades diagnosticadas, tratamiento actual, fármacos usados, dosis, frecuencia, etc., si existen alergias, antecedentes quirúrgicos, prótesis, etc.

26.8.2. Generales

Posterior a la intervención y/o a la incorporación al domicilio, los familiares y los afectados tendrán que seguir una serie de cuidados generales que facilitarán la recuperación y ayudarán a adaptarse a la persona mayor a su nuevo estado.

A) Medio ambiente

Deberemos tener cuidado de no dejar objetos en medio de la habitación, mantener una buena iluminación, quitar alfombras o moquetas que puedan predisponer tropiezos o caídas, zapatillas con suelas deslizantes, proporcionarle mesillas o muebles de noche donde pueda depositar sus cosas cerca de la cama.

B) Herida quirúrgica

- Seguir los consejos de la enfermera, respecto al mantenimiento de la incisión.
- Comprobar la aparición de fiebre o picos febriles anormales, sin causa justificada.
- Lavarse las manos antes y después de manipular la zona de la incisión.
- Observar si existe enrojecimiento, hinchazón y un contacto caliente en la herida, en cuyo caso consulte a la enfermera, porque se podría haber infectado la herida.
- Mantener la zona limpia y seca y no cambiar el apósito hasta dos días después de la intervención.
- En caso de que se prescriban antibióticos, controlar las pautas, las dosis a intervalos correctos.
- Nunca cubrir la incisión con una gasa o compresa que haya caído al suelo, ya que está contaminada.

C) Úlceras por presión

En encamamientos prolongados y que es necesario permanecer durante mucho tiempo inmóvil, pueden aparecer lesiones o “heridas” debido a un aumento de la presión del cuerpo sobre las mismas zonas durante mucho tiempo. Estas heridas se llaman úlceras por presión. (Véase el [capítulo 19](#).)

D) Dolor

- Detectar su existencia, aparición, tiempo de duración, ante qué actividades o situaciones se da, etc.
- Ayudar a la persona mayor a cambiar de posición o hacerla mas cómoda (si no existen contraindicaciones).
- Uso de medidas alternativas de alivio como música, televisión, masajes, respiraciones profundas y lentas, leer, etc.
- Administrar de forma rigurosa los analgésicos pautados, a su hora correcta y de forma programada y no a petición de la persona mayor. Si se administra de forma correcta y programada, evitaremos la aparición del dolor y disminuirémos la ansiedad, en caso contrario obligamos al afectado a soportar el dolor y es cuando se realiza la petición del analgésico.

La importancia de la eliminación del dolor radica en que, si no se soluciona, éste provocará la postración y la inmovilización de la persona mayor para evitar la aparición del dolor, que origina un mayor tiempo de encamamiento y de la aparición de todos los problemas derivados de esta situación, por ejemplo úlceras por presión, acúmulo de secreciones, trombosis, desorientación, infecciones, etc. (Véase el capítulo correspondiente).

E) Descompensación de enfermedades crónicas ya existentes

La aparición de estrés físico como la fractura del cuello del fémur (de cadera) puede desencadenar una descompensación de enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades del corazón, respiratorias, etc., o desencadenar la aparición de otras alteraciones como problemas en la defecación, en la nutrición, etc., con lo que será necesario observar cuidadosamente y realizar visitas y valoraciones periódicas por parte del equipo de su centro de salud para controlar y prever estas alteraciones.

Ante cualquier signo de empeoramiento o cambios bruscos, hay que ponerse en contacto con los servicios sanitarios.

F) Posición del cuerpo de la persona mayor encamada

Tendremos en cuenta las siguientes consideraciones:

- El cuerpo estará boca arriba (en decúbito supino). En caso de fractura del cuello del fémur, evítese la posición sentada, ya que aumenta la presión sobre el cuello del fémur tratado. Mejor en decúbito supino. Siempre pedir información acerca de la posición recomendada por el traumatólogo.
- La pierna del lado afectado estará ligeramente separada, esto disminuye la presión sobre la prótesis y sobre los clavos de la osteosíntesis.
- Evitar que la pierna y el pie se giren hacia fuera (rotación externa), así evitaremos que la prótesis se salga de la articulación.
- Se procurará que el peso del cuerpo se disponga sobre la cadera no afectada (girando el cuerpo lateralmente hacia ese lado), así liberaremos la cadera lesionada de la presión del cuerpo. En caso de movilizar por aparición de úlceras por presión en la cadera no afectada por exceso de presión, se girará lentamente hacia el lado afectado distribuyendo y disminuyendo la presión.

G) Movilidad y deambulación

La movilidad precoz es uno de los puntos mas importantes, ya que evitará numerosas complicaciones derivadas de la inmovilidad.

La movilidad y la deambulación precoz se suelen instaurar desde el primer día de la intervención, excepto en caso de cambios de prótesis.

Estos ejercicios se realizarán para facilitar la incorporación a la deambulación y para impedir la deformidad de las articulaciones y mantener el tono de los músculos. Se realizará de manera progresiva y continua por profesionales especializados. Constarán de ejercicios pasivos y activos.

- Ejercicios pasivos. Serán aquellos ejercicios realizados por los profesionales; los

músculos deben estar relajados y la persona mayor no debe oponer resistencia, para la buena realización de los ejercicios.

Aunque sean pasivos, agotan y cansan, con lo que entre unos ejercicios y otros se programarán períodos de descanso. La duración y frecuencia la determinará el fisioterapeuta, así como el paso a ejercicios activos.

- Ejercicios activos. Aquellos realizados por la persona mayor sin ayuda. En un primer momento se le supervisará y se le enseñará a realizarlos, para posteriormente ir dejándola sola.

— Primer paso: movilización en cama (no olvidar la posición del cuerpo y los cuidados).

Cambios de postura del cuerpo cada 2 horas. Por ejemplo, de decúbito supino a decúbito lateral derecho, y de ahí a decúbito supino otra vez y posteriormente a decúbito lateral izquierdo. Realización de ejercicios pasivos en la cama a una altura adecuada y en un colchón firme.

— Segundo paso: sentarse.

En fracturas de cuello femoral no debe sentarse a la persona, es mejor dejarla en decúbito supino (mirando hacia el techo). La efectuarán como mínimo dos personas, situándose una por detrás de la persona mayor, sujetándola por las axilas, y la otra se encargará de mantener la pierna en una posición correcta.

El traslado se realizará con la máxima suavidad y cuidado. El sillón no debe ser demasiado bajo, para evitar una flexión excesiva de la cadera.

Debe cuidarse que la posición sea siempre la correcta, manteniéndola erguida, con la cabeza alineada y los pies apoyados.

— Tercer paso: bipedestación (poner en pie).

En un primer momento se intentará que la persona mayor se levante con la ayuda de un andador, que le servirá de apoyo y sujeción. Presentará gran inestabilidad, que no debe ser motivo de abandono de esta práctica; hay que alentarla y estimularla en todo momento. Una vez que la persona mayor consigue mantenerla, se intentará iniciar la marcha.

— Cuarto paso: inicio de la marcha.

Se practicará diariamente, a paso lento y aumentando las distancias poco a poco. Comenzar con un andador de ruedas, que será sustituido por muletas en función del progreso de la persona mayor. El empleo de estos soportes requerirá cierta destreza, por lo que es indispensable la voluntad y la paciencia del afectado, que en un principio suele sentirse incapaz y temeroso. Hay que apoyarlo en todo momento, con un trato amable y optimista que le transmita seguridad.

Los andadores y las muletas irán provistos en su base de tacos de goma que aseguren una firme adherencia al suelo, para impedir deslizamientos (serán reemplazados en caso de desgaste).

El tamaño de las muletas será esencial para facilitar la adaptación a éstas, así como el cuidado de las zonas de agarre.

Durante su uso, se recomienda el empleo de calzado adecuado, con suela antideslizante, buena sujeción del pie y sin tacón.

Se le advertirá de las medidas de seguridad pertinentes, evitar superficies húmedas, obstáculos, escaleras, etc.

Es recomendable la programación de paseos diarios, en un principio realizados en el domicilio y posteriormente en la calle.

H) Secuelas psicológicas

Para evitarlas, será necesario la participación de todos los miembros del equipo, familia, cuidadores y persona mayor. La incapacidad y el aislamiento que sienten suele conducirlos a una depresión y generar inmovilidad, produciendo una dependencia considerable. En ocasiones, la persona mayor se acomoda a esta situación, puesto que es frecuente la inseguridad y el temor a que se produzca una nueva fractura, limitándoles en sus tareas de la vida diaria.

La solución reside en la motivación continua desde todas partes y en todos los ambientes, domicilio, centro de día, de rehabilitación, etc.

I) Circulación

La aparición de una piel pálida, fría, de color azulado es indicativa de afectación vascular y es necesario avisar rápidamente a los profesionales sanitarios.

J) Trombosis

Uno de los riesgos más frecuentes en las personas mayores encamadas es la aparición de trombos, (pelotitas) o restos de coágulos de sangre (en general) que ocluyen u obstruyen un vaso.

La oclusión de ese vaso (ya sea arteria o vena) dará alteraciones más o menos importantes y con consecuencias más o menos graves. De forma somera podríamos afirmar que estos coágulos suelen formarse porque, al no movilizar el cuerpo, y sobre todo, las piernas, la sangre se estanca en los vasos, perdiendo parte de su componente líquido, volviéndose más espesa y viscosa, llegando a formar pequeñas masas o cuerpos sólidos (trombos) de sangre.

Para evitar este riesgo los médicos suelen pautar anticoagulantes. Son fármacos que impiden la coagulación, la formación de placas o pequeños cuerpos sólidos de sangre, volviéndola mas líquida. Cabe destacar que la coagulación hace que se forme una capa sólida de sangre en las heridas (coágulo) evitando la pérdida masiva de ésta. El uso de

anticoagulantes inhibe este efecto favoreciendo la pérdida de sangre ante cualquier lesión de la piel o sangrado.

Los anticoagulantes pueden administrarse a través de vía parenteral (inyecciones fundamentalmente) y por vía oral (comprimidos).

No olvidar que las dosis de anticoagulante son individuales para cada persona y pueden variar.

Las dosis se determinan con un análisis que mide el nivel de anticoagulación de la sangre tras la administración del anticoagulante, midiendo sus efectos.

El efecto anticoagulante puede variar aumentándolo o disminuyéndolo por distintas causas: vómitos, diarreas, enfermedades hepáticas, renales, infecciones, fiebre y por uso de otros fármacos.

Debe pedirse consejo en su centro de salud sobre qué fármacos o situaciones pueden modificar el efecto del anticoagulante en su situación concreta.

Los anticoagulantes tienen una acción retardada. Su efecto comienza a las 46 horas y no es totalmente eficaz hasta los 5-7 días. Al suspenderlo, su efecto tarda varios días en desaparecer.

- Tomar el anticoagulante siempre a la misma hora.
- No olvidar tomar la dosis. Si se olvida, tomarla cuanto antes, *pero no duplique la dosis al día siguiente*.
- No tomar por cuenta propia ninguna medicación, sobre todo del tipo ácido acetilsalicílico y otros analgésicos no esteroideos que no necesitan receta. Pedir consejo a su médico siempre.
- Informar de la toma de anticoagulantes y pedir consejo siempre que:
 - Se realice la administración de fármacos por vía intramuscular.
 - Se suspenda o añada algún fármaco.
 - Si van a existir pequeñas intervenciones quirúrgicas, extracciones dentales.
 - Si aparecen hemorragias y hematomas espontáneos.
 - Si aparecen deposiciones de color negro y maloliente.
 - Si aparecen vómitos y diarreas prolongadas.

Otras medidas para evitar la aparición de trombosis: usar medias compresivas en ambas piernas, mover el tobillo hacia delante y hacia detrás, poner las piernas elevadas unos 30 grados, masajearse las piernas desde la punta de los pies hasta la rodilla.

K) Medidas de prevención de las caídas

Los siguientes puntos, indican aquellos aspectos a tener en cuenta para evitar las caídas.

- Existencia de dolores en piernas, pies y articulaciones.

- Existencia de caídas previas al ingreso y durante el ingreso.
- De comportamientos o hábitos como orinar por la noche, dejar objetos o zapatillas en medio de la habitación, uso de zapatos de tacón, etc.
- Mala iluminación de la habitación, falta de pasamanos en los servicios, etc.
- Aparición de marcha y formas de andar inestable, desequilibrio, mareos.
- No usa prótesis auditivas y ópticas a pesar de que las necesita.
- Existencia de episodios de desmayos o síncope.
- Parálisis de algún miembro, total o parcialmente.
- Confusión, alteraciones de la memoria, desorientación espacio, tiempo y persona.
- Incapacidad para comprender y obedecer indicaciones.
- Uso de fármacos cuyos efectos secundarios conlleven la pérdida de equilibrio. Se muestran a continuación algunos de ellos, aunque será necesario pedir información a los profesionales del centro de salud.
 - Antieméticos.
 - Diuréticos.
 - Psicotrópicos (tranquilizantes y antidepresivos).
 - Analgésicos narcóticos.
 - Hipotensores (antiparkinsonianos, antihipertensivos, cardiotónicos).

Recuerde...

- La fractura de cadera es una importante causa de dependencia de las personas mayores.
 - La caída es la causa más frecuente.
 - Es necesario detectar precozmente aquellos factores o situaciones que pueden provocar una caída.
 - Participarán: sanitarios, cuidadores, familia y la persona mayor afectada.
 - Ante la detección de una caída, observar si ha perdido la consciencia y cuanto tiempo aproximadamente ha estado en el suelo desde la caída, y avisar a los servicios sanitarios.
 - No movilizar y levantar hasta la cama apresuradamente y sin valorar la situación. Mejor cubrir con mantas para evitar la hipotermia y avisar a los servicios sanitarios.
 - Pedir siempre consejo ante cualquier tema de su interés o que plantee dudas como la posición en la cama, movimientos permitidos, ejercicios básicos de fisioterapia, tratamiento anticoagulante, cambio de tratamiento, control del dolor, posible descompensación de una enfermedad base, etc.
-

Los medicamentos

27.1. ¿Qué es un medicamento?

Es una sustancia administrada para el diagnóstico, curación, tratamiento, atenuación (alivio) o prevención de la enfermedad.

27.2. Reglas generales en la administración de medicamentos

Al administrar un medicamento a una persona por cualquier vía, y especialmente a ancianos, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ¿Qué fármaco hay que administrar?
- ¿Cuánto fármaco (dosis)?
- ¿Cuándo debe administrarse?
- ¿Cómo? (vía de administración).
- ¿Dónde produce su efecto (local o general)?
- Fecha de caducidad del fármaco.
- Alergias (respuesta exagerada del sistema de defensa del organismo tras la administración de un medicamento) a medicamentos de la persona que debe administrarse el fármaco.
- Leer siempre el prospecto (papel que acompaña al medicamento).

27.3. Principales vías de administración de los medicamentos

27.3.1. Vía Oral

Es la más utilizada comúnmente.

A) Ventajas

- Bajo coste económico.
- Segura, porque no rompe la barrera de la piel.
- Ausencia de dolor en la administración.
- Sencilla de administrar.

B) Inconvenientes

No se puede administrar el medicamento si la persona presenta náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, dificultad al tragar e inconsciencia (no puede tragar el medicamento de forma voluntaria).

C) Forma de administración

Existen distintos tipos de medicamentos (sólidos, líquidos, etc.) que se pueden administrar por la vía oral. Los más comunes son:

- Comprimidos y cápsulas:
 - Comprobar, al menos dos veces, que el medicamento coincide con la prescripción del médico.
 - Colocar los comprimidos o las cápsulas al final de la lengua.
 - Tragar la medicación ayudándose con un trago de agua. Es importante que al tragar se incline la cabeza hacia atrás porque facilita la administración.
- Jarabe:
 - Agitar el jarabe antes de usarlo.
 - Administrar la dosis correcta. Hay distintos métodos:
 - a) Vaso calibrado con una marca que indica la dosis correcta.
 - b) Cucharas cuya capacidad coincida con la dosis. En algunos envases se incluyen con el jarabe.
 - c) En administración conjunta con otro fármaco, el jarabe será el último en ingerirse.
 - d) Cuidado en personas diabéticas: algunos jarabes contienen azúcar.
- Sobres:

- Introducir todo el contenido del sobre en un vaso.
- Llenar el vaso con agua y remover con una cuchara hasta que el fármaco quede bien disuelto.
- Ingerir el contenido.
- En el caso de los antiácidos, no diluirlos en agua ya que se disminuye su efecto.
- Preparados efervescentes: formas medicamentosas que se disuelven al entrar en contacto con el agua.
 - Lavado de manos.
 - Llenar un vaso de agua hasta la mitad.
 - Introducir la pastilla efervescente en el vaso.
 - Esperar hasta su total disolución.
 - Ingerir el vaso de agua.

D) Recomendaciones generales sobre la administración de medicamentos por vía oral

Este apartado intenta recoger aquellos aspectos sobre determinados medicamentos que no deben olvidarse para conseguir con su administración el efecto terapéutico. Es necesario puntualizar que todos los principios activos englobados en un mismo guión presentan las mismas recomendaciones para su administración. El principio activo es la sustancia responsable del efecto terapéutico que produce el medicamento, por ejemplo: el principio activo de la Aspirina (nombre comercial) es el ácido acetilsalicílico.

- Antiinfecciosos.
 - Amoxiciclina: administrar con un vaso de agua. Se puede ingerir tanto en ayunas o con alimentos.
 - Doxiciclina: ingerir con un vaso de agua y una hora antes de las comidas. Si aparecieran molestias gastrointestinales, se haría coincidir con la comidas. Evitar ingestión de leche desde una hora antes y hasta una hora después.
 - Ofloxacino: administrar con algo de líquido, debe ingerirse sin masticar, tanto en ayunas como acompañado de alimento. Beber mucho líquido durante el tratamiento.
- Antifúngicos (eficaces contra las infecciones por hongos).
 - Ketoconazol: administrar inmediatamente después de una comida e ingerir entero.
- AINE (grupo de medicamentos de muy diverso uso).

- Ácido acetilsalicílico: alivia inflamación no reumática, dolor, fiebre y mejora la circulación de la sangre. Administrar con un vaso de agua, en la comida y evitar consumir alcohol durante el tratamiento.
- Paracetamol: indicados para el tratamiento de procesos que cursan con dolor y/o fiebre. Administrar una hora antes o dos horas después de la comida. Evitar consumir alcohol y dietas con gran cantidad de hidratos de carbono. Deben ingerirse con un vaso de agua.
- Naproxeno sódico: tratamiento del dolor leve o moderado acompañado de inflamación). En tratamiento agudo (corto período de tiempo), administrar una hora antes o dos horas después de la comida. En tratamiento crónico (de larga duración) administrar con la comida. Evitar consumo de alcohol durante el tratamiento.
- Hipnóticos (facilitan el sueño).
 - Diazepam y lorazepam: administrar con la comida y evitar el consumo de alcohol durante el tratamiento.
- Antisicóticos: eficaces en el tratamiento de la psicosis.
 - Haloperidol: las gotas del medicamento pueden ser añadidas a cualquier líquido, siempre que el mismo no tenga una temperatura excesiva, debido a que las altas temperaturas inactivan el fármaco.
- Cardiotónicos (aumentan la fuerza de contracción del corazón).
 - Digoxina: administrar con un vaso de agua, siempre en las mismas condiciones, preferiblemente después de las comidas. Conviene ingerir zumos de frutas durante el tratamiento.
- Antihipertensivos.
 - Captopril: administrar con un vaso de agua una hora antes o dos horas después de la comida y evitar la ingestión de alcohol.
 - Enalaprilato: también indicado en la insuficiencia cardíaca. Administrar con un vaso de agua tanto en ayunas como con alimentos. Evitar el alcohol.
 - Diltiazem: eficaces también en la angina de pecho. Administración con la comida. Ingerir el comprimido en forma Retard, entero.
 - Verapamilo: administrar media hora antes de la comida. Ingerir el comprimido en forma Retard, entero, con las comidas.
 - Nifedipino: también indicado en la angina de pecho.
 - a) Comprimidos y cápsulas: administrar con un poco de líquido sin masticar, en las comidas o fuera de ellas.
 - b) Sublingual: romper la cápsula con los dientes y mantenerla debajo de la lengua. El paciente ha de estar sentado, por los mareos que

produce la caída brusca de tensión.

- Diuréticos (favorecen la eliminación de orina).
 - Furosemida, hidroclorotiazida y clorhidrato de amilorida: administrar con la comida, última dosis antes de las 6 de la tarde. Conviene ingerir zumos de frutas durante el tratamiento.
 - Espironolactona: ingerir junto con el alimento. Última dosis antes de las 6 de la tarde. Evitar la ingestión excesiva de zumos de frutas.
- Antiarrítmicos (controlan el normal funcionamiento del corazón).
 - Amiodarona: administrar inmediatamente después de la comida.
- Antianginosos (eficaces contra al angina de pecho).
 - Mononitrato de isosorbida: administrar con un vaso de agua una hora antes o dos horas después de la comida.
 - Nitroglicerina: disolver bajo la lengua cuando se precise (cuando aparezca el dolor típico de la angina).
- Anticoagulantes orales.
 - Acenocumarol: la dosis siempre se tomará de una vez y a la misma hora. Administrar con la comida, generalmente con la cena. Evitar la ingestión excesiva de verdura durante el tratamiento.
- Hipolipémicos (disminuyen la cantidad de grasas en la sangre).
 - Lovastatina: administrar una dosis única, coincidiendo con la cena.
- Antiulcerosos.
 - Antiácidos: deben administrarse entre una y tres horas después de las comidas; cuando se precisen y al acostarse.
 - Inhibidores de la secreción del estómago:
 - a) Ranitidina y famotidina: una sola dosis por la noche.
 - b) Omeprazol: administrar inmediatamente después de la comida.
- Protectores del estómago. Sucralfato: administrar una tableta cuatro veces al día, con el estómago vacío, antes de las principales comidas y la cuarta dosis poco antes de acostarse. La tableta debe tomarse disuelta en medio vaso de agua.

Es muy importante distanciar la administración de antiácidos por lo menos dos horas de la toma de fármacos, ya que alteran la absorción (aumentándola o disminuyéndola) de prácticamente todos los medicamentos.

- Laxantes.
 - Lactulosa: administración diluida en un vaso de agua, tanto en sobres como en jarabe coincidiendo con el desayuno. La lactulosa, responsable de la acción del fármaco, es un azúcar que no se absorbe, por tanto, puede administrarse a diabéticos.
- Antidiabéticos.
 - Glibenclamida: administrar media hora antes de la comida, evitar la ingestión de alcohol.
- Antigotosos.
 - Alopurinol: administrar con un vaso de agua tras la comida, e ingerir abundante agua durante el tratamiento.
- Broncodilatadores. Mejoran la entrada de aire en los pulmones.
 - Teofilina: administrar una hora antes o dos horas después de la comida con un vaso de agua. Si aparecen problemas gastrointestinales, se hará coincidir con la comida. Evitar leche, café, té y dieta hiperglucídica. El comprimido en forma Retard debe ingerirse entero.

27.3.2. *Vía rectal*

Se denomina vía rectal cuando se administra un medicamento a través del recto.

A) Ventajas

- Es la vía elegida cuando el medicamento tiene sabor u olor desagradable.
- Puede utilizarse en presencia de vómitos, y, además, es un método de tratamiento eficaz para los mismos.

B) Inconvenientes

- Es una vía incómoda para el anciano.
- Puede estimular la defecación tras la administración, provocando la expulsión del fármaco.
- Cuidado en personas con alteraciones cardíacas, ya que la administración por ésta vía activa un estímulo nervioso que enlentece el ritmo del corazón.

C) Forma de administración. Supositorios: es importante tener en cuenta

- Elegir la posición más cómoda para el anciano. Si necesita ayuda para la administración, se le colocará tumbado de lado en la cama con las piernas dobladas.
- Lavado de manos.
- Guantes: es aconsejable su uso siempre. De esta forma evitamos provocar heridas con las uñas en el interior del ano y, a la vez es un método higiénico.
- Introducir el supositorio totalmente para asegurarse de que no sea expulsado.
- Mantener apretadas las nalgas excepto cuando el supositorio haya sido prescrito para el estreñimiento, en cuyo caso la persona mayor hará de vientre al notar la sensación.

27.3.3. Vía sublingual

A) Ventajas

- Las mismas que en la vía oral.
- Efecto más rápido del medicamento.

B) Inconvenientes

- Si se traga el medicamento, no hará efecto.
- El medicamento debe permanecer debajo de la lengua hasta su total absorción. Esto implica una mayor incomodidad para la persona mayor.

C) Forma de administración

Colocar la pastilla debajo de la lengua como se muestra en la [figura 27.1](#).



FIGURA 27.1. Administración sublingual.

27.3.4. Vía bucal

A) Ventajas e inconvenientes

Son los mismos que en la vía sublingual.

B) Forma de administración

- Colocar la pastilla entre las encías y la mejilla ([figura 27.2](#)).
- Mantener la pastilla en la boca y evitar tragarla. Debe permanecer en ella hasta su total absorción.



FIGURA 27.2. Administración bucal.

27.3.5. *Vía tópica*

Administración de medicamentos sobre distintas superficies (ojos, nariz, oído y piel), cuyo efecto, salvo en las excepciones citadas al final del capítulo, se produce únicamente en la zona de aplicación.

A) Ventajas

- El efecto se produce en la zona administrada. Es local.
- Tiene pocos efectos secundarios.

B) Inconvenientes

- Los medicamentos pueden dar sensación de suciedad debido a que pueden manchar la ropa.
- Si la piel presenta alguna lesión, el fármaco puede llegar a la sangre y producir efectos generales.
- Dependiendo de la zona lesionada, la técnica de administración puede ser dificultosa.

C) Forma de administración

Existen distintas formas de administrar medicamentos de acción tópica.

- Vía oftálmica: es la aplicación de un medicamento en el ojo.
 - Colirios: son sustancias medicamentosas aplicadas en forma de gotas, en el fondo del saco conjuntival inferior. Para una correcta administración:
 - Colocar la cabeza inclinada hacia atrás.
 - Separar el espacio entre el ojo y el párpado (saco conjuntival), como se muestra en la figura ([figura 27.3](#)).

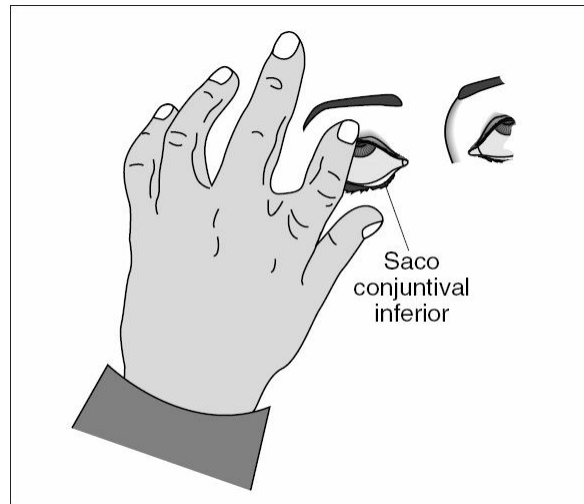


FIGURA 27.3.

Dirigir la mirada hacia arriba mientras se administra la gota en el medio del saco conjuntival.

Si hay que utilizar otra medicación oftálmica, esperar un mínimo de 5 minutos.

Los colirios son preparaciones estériles (no están contaminados), y por tanto deben seguirse las siguientes recomendaciones:

- a) Aplicar el colirio con la máxima higiene, limpieza de manos y evitar el contacto del envase con cualquier tipo de superficie, incluido el ojo.
- b) Cada persona utilizará su propio colirio, no debe intercambiarse.
- c) Asegurarse de que el envase queda perfectamente cerrado.
- d) Al finalizar el tratamiento con el colirio, éste será desechado debido a que su utilidad una vez abierto oscila entre 4-6 semanas.

— Pomada oftálmica: sustancia medicamentosa que se aplica en el saco conjuntival o en el borde de los párpados. Para administrarla correctamente:

1. Mantener el tubo de pomada a temperatura ambiente.
2. Lavarse las manos.
3. Adoptar una postura cómoda, fijando la vista en el techo.
4. Limpiar el ojo con una gasa humedecida siguiendo la dirección desde la nariz hasta la oreja con el objetivo de limpiar cualquier secreción o resto de pomada que quede en el ojo.
5. Quitar el tapón de la pomada y colocarlo con la parte interior hacia arriba. De esta forma se evita su contaminación.
6. Tirar con el dedo índice hacia abajo para descubrir el saco conjuntival
7. Aplicar una ligera capa de pomada en toda la extensión del saco

- conjuntival, siempre siguiendo la dirección desde la nariz a la oreja.
8. Retirar el dedo índice e indicar al anciano que mantenga el ojo cerrado de uno a dos minutos para percibir la extensión del medicamento y su absorción.
 9. Limpiar con una gasa el exceso de medicamento.
- Vía ótica: administración de medicamentos que realizan su acción en el oído. La forma de administración más empleada es a través de gotas ([figura 27.4](#)).
- Pasos a seguir:
1. Procurar una administración higiénica: lavado de manos.
 2. Mantener el envase entre sus manos durante dos minutos ya que si se administra a temperatura distinta de la corporal podrían producirse vértigos (sensación de giro de las cosas a nuestro alrededor).
 3. Tumbarse al anciano en la cama, ponerle de lado dejando el oído afectado al descubierto.
 4. Tirar de la oreja hacia atrás y hacia arriba, para alinear el conducto del oído.
 5. Evitando tocar el oído con el cuentagotas, aplicar el número correcto de gotas.
 6. Sujetar el oído para asegurar que el medicamento se introduce por completo en el canal auditivo.
 7. Mantener la postura indicada anteriormente más de diez minutos.
 8. Si hay que tratar los dos oídos, se mantendrá la postura descrita durante 10 minutos, y a continuación se realizará el mismo procedimiento en el otro oído.
 9. Es importante no colocar un algodón ya que lo absorbería y disminuiría su efecto.

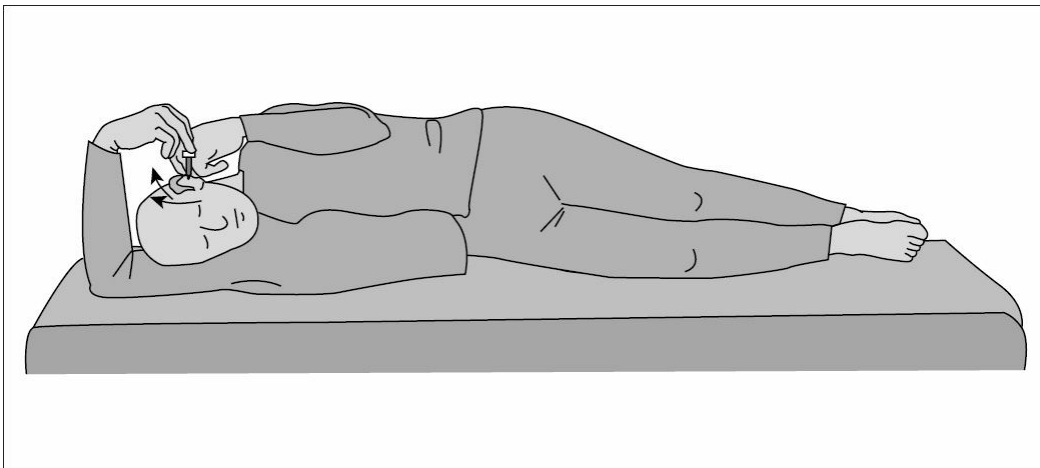


FIGURA 27.4.

- Otra técnica de administración consiste en humedecer un algodón con la medicación prescrita y colocarlo en el oído.
- Vía tópica nasal: permite la administración de sustancia medicamentosa a través de la nariz. La forma de administración más empleada son las gotas nasales. Para una correcta administración, hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:
 - Posición que se debe adoptar:

Si la persona presenta congestión nasal, debe sentarse con la cabeza hacia atrás.

Si la persona no puede levantarse, se le administrarán las gotas tumbada y con el cuello extendido, como se muestra en la [figura 27.5](#).
 - Extraer del envase el número de gotas prescritas por el médico, procurando que el cuentagotas no entre en contacto con ninguna superficie.
 - Presionar con el dedo pulgar la punta de la nariz para abrir completamente los orificios.
 - Introducir el cuentagotas a 1 cm de la nariz evitando el contacto con la misma.
 - Administrar las gotas diciendo al anciano que respire por la boca para evitar el estornudo.
 - Decir a la persona mayor, cuando le hayamos administrado las gotas, que mantenga la cabeza inclinada hacia atrás, aproximadamente 5 minutos.

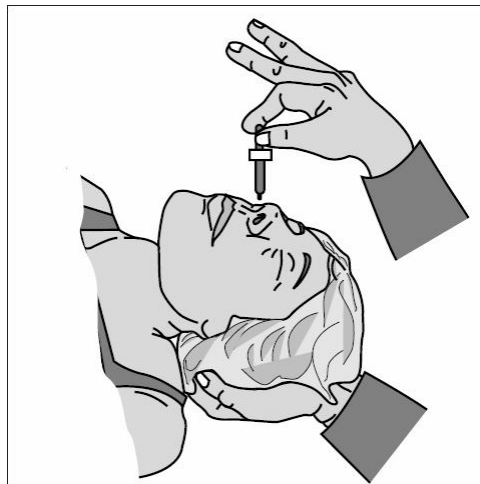


FIGURA 27.5.

- Vía dermatológica: método de administración de medicamentos sobre la superficie de la piel. La cantidad de medicación absorbida por esta vía, puede estar modificada por:

- La zona de la piel donde se administre, por ejemplo:
 - Planta del pie: absorción baja (1%).
 - Escroto (bolsa que contiene los testículos y sus órganos accesorios): absorción mucho mayor (42%).
- Estado de la piel: si se administra el medicamento sobre una herida, la absorción aumentará considerablemente, pudiendo aparecer efectos generales.
- Temperatura de la piel: si existe una temperatura alta en la persona (estados febriles), la absorción se ve aumentada.
- Edad: en la vejez, la absorción a través de la piel es menor.
- La hidratación de la piel favorece una correcta absorción del medicamento.

Los fármacos por vía tópica pueden presentarse como pomadas y cremas. Aunque presentan una distinta composición química, su forma de administración es igual:

- Aplicar siempre la pomada sobre la piel limpia y seca.
- Abrir el tubo y colocar el tapón con su cara interna hacia arriba para evitar cualquier contaminación.
- Abrir el paquete de gasas sin tocarlas.
- Lavarse las manos.
- Si la pomada ha sido previamente utilizada, desechar una pequeña cantidad del contenido.
- Echar una fina capa de medicamento sobre la gasa y, a continuación, aplicar sobre la zona indicada en la dirección del crecimiento del pelo.
- Si es necesario cubrir la zona de aplicación, se realizará con gasas limpias, sin cubrir esta zona de una manera excesiva.
- Volver a colocar el tapón de la pomada o crema sin tocar su parte interior y asegurarse de que está bien cerrado.

27.3.7. Vía inhalatoria

Método de administración de medicamentos que, a través de la corriente de aire provocada por la inspiración del paciente, deposita el fármaco en los pulmones. Los efectos que se obtienen por esta vía pueden ser locales (en los pulmones) o generales (en todo el cuerpo).

A) Ventajas

- El medicamento ejerce su acción de forma rápida.

- Pocos efectos secundarios.

B) Inconvenientes

- Difícil técnica de administración.
- Náuseas a causa del sabor desagradable de la medicación.
- Es necesario la colaboración por parte del paciente.
- Pueden provocar tos, por irritación de las vías respiratorias.
- Origina gran dependencia en algunos pacientes.
- Infección bucal por hongos si no se realiza una correcta higiene.

C) Formas de administración

- Aerosol.

- Debe estar incorporado o semiincorporado para permitir la máxima entrada de aire en los pulmones.
- Destapar el aerosol, ponerlo en posición vertical y agitar.
- Sujetar el aerosol entre los dedos índice y pulgar (índice arriba y pulgar en la parte de abajo) ([figura 27.6](#)).
- Efectuar una espiración (sacar todo el aire de los pulmones, de forma lenta y profunda).
- Colocar el aerosol en la boca y rodearlo con los labios de forma que el aire no se escape.
- Inspirar (coger aire), lentamente por la boca. Es importante que la lengua no interfiera la salida del medicamento.
- Iniciar la inspiración, presionar el aerosol (*una sola vez*) y continuar inspirando hasta llenar los pulmones. Para una administración correcta es indispensable pulsar el aerosol una vez iniciada la inspiración.
- Retirar el aerosol de la boca, apretar los labios y aguantar la inspiración durante 10 segundos.
- Si tiene que aplicar más de una dosis, deberá esperar un mínimo de 30 segundos.

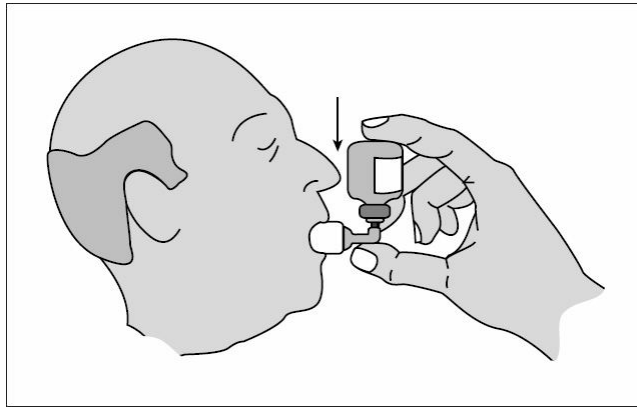


FIGURA 27.6.

- Turbuhaler.
 - Desenroscar y retirar la capucha blanca que cubre al inhalador ([figura 27.7](#)).
 - Sostener el inhalador en posición vertical.
 - Cargar la dosis girando la rosca giratoria (en la parte inferior del envase) hacia la derecha (hasta el tope) y luego hacia la izquierda (posición inicial) hasta oír el “click”.
 - Colocar la boquilla (parte superior del inhalador) entre los dientes. Cerrar los labios para, finalmente, aspirar profunda y lentamente.
 - Volver a colocar la capucha blanca sobre el inhalador.
 - Aunque se tenga la sensación de no haber inhalado el medicamento, si ha seguido los pasos indicados, el fármaco alcanzará los pulmones.
 - Limpiar regularmente la boquilla con un paño seco, nunca con agua.
 - Cuando aparece una marca roja en la ventanilla transparente, todavía quedan veinte dosis. Si llega a la parte inferior de la ventanilla es que el inhalador está vacío.

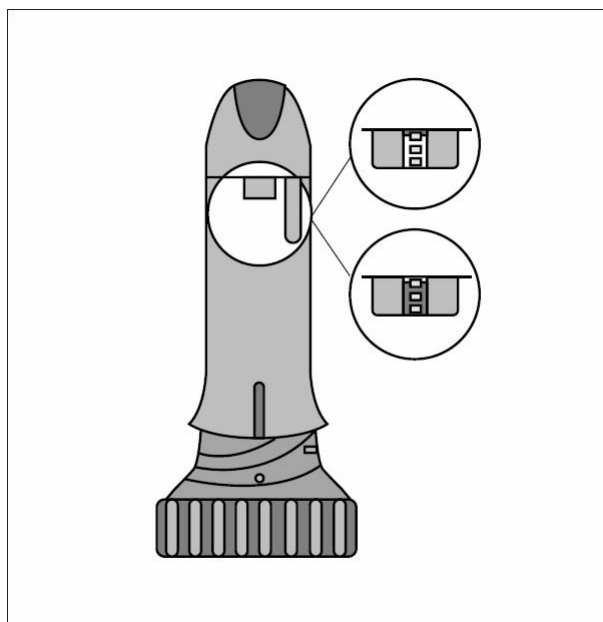


FIGURA 27.7.

27.3.9. Vía subcutánea

La utilizada para la administración de fármacos debajo de la piel (tejido subcutáneo).

A) Ventajas

- El efecto del medicamento por esta vía aparece más rápidamente que por vía oral.

B) Inconvenientes

- Al lesionar la barrera protectora de la piel, es necesario una técnica más higiénica.
- Coste más elevado que la oral.
- Sólo pueden administrarse por esta vía pequeñas cantidades de fármaco y de forma lenta.
- Algunos medicamentos pueden irritar la zona de punción y, por tanto, producir dolor.
- La administración de fármacos por esta vía puede producir cierta ansiedad en las personas.

C) Formas de administración

- Las zonas más utilizadas para la administración suele ser la zona externa de los brazos, la zona anterior de los muslos y el abdomen.
- Las personas que se administran su propia medicación lo hacen según el tipo:
 - Insulina: abdomen o parte anterior del muslo.
 - Heparina: sólo en el abdomen.

D) Insulina

- Las zonas de inyección de insulina deben ir variando para disminuir el daño que se pueda hacer en los tejidos (estructuras que están por debajo de la piel) y para procurar una buena absorción del fármaco, se podrá seguir el siguiente orden tal y como se muestra en la [figura 27.8](#).
- Preparar el material:
 - a) Vial de insulina: debe conservarse siempre en el frigorífico.
 - b) Jeringas de insulina.
 - c) Gasas de algodón.
- La zona donde se pincha la insulina debe estar limpia e hidratada.
- Quitar el protector metálico y limpiar el tapón de goma con una gasa y un antiséptico (alcohol 70%) para que no se contamine la aguja. Tirar la gasa utilizada.
- Lavarse las manos.
- Retirar la tapa de la aguja.
- Coger la jeringa con la medicación prescrita y siempre con las unidades exactas. Para ello, pinchar la aguja por el centro de la goma del vial (frasco que contiene la insulina), evitando el roce de la aguja. Si hay que mezclar dos clases de insulina, siempre se cogerá primero la regular y después la no regular.
- Una vez cargada la dosis exacta, volver a tapar la aguja evitando su contacto. Es importante extraer el aire que puede quedar en la jeringa empujando suavemente el embolo.
- Limpiar la zona donde vamos a inyectar el fármaco con una gasa. Añadir al algodón unas gotas de antiséptico (alcohol 70%, Betadine o Hibitane).
- Sujetar con una mano un pellizco de la piel, y con la otra introducimos la aguja. El ángulo que hace la aguja con la piel puede ser de 45 o 90 grados.
- Cuando la aguja está dentro de la piel, llevamos la mano utilizada para la inserción hacia el final de la jeringa y tiramos del émbolo suavemente.
- Si aparece sangre en la jeringa, retiramos la aguja y la desechamos volviendo a repetir todos los pasos anteriores. Si no aparece sangre, se inyecta la insulina

- ejerciendo una leve presión sobre el émbolo lentamente.
- Después se retira la aguja de la piel rápidamente y con la gasa utilizada anteriormente se comprime la zona de punción.
- Si sangra, aplicar una presión con la mano que sujete la gasa durante unos minutos. Es poco frecuente esta situación después de una inyección de este tipo.

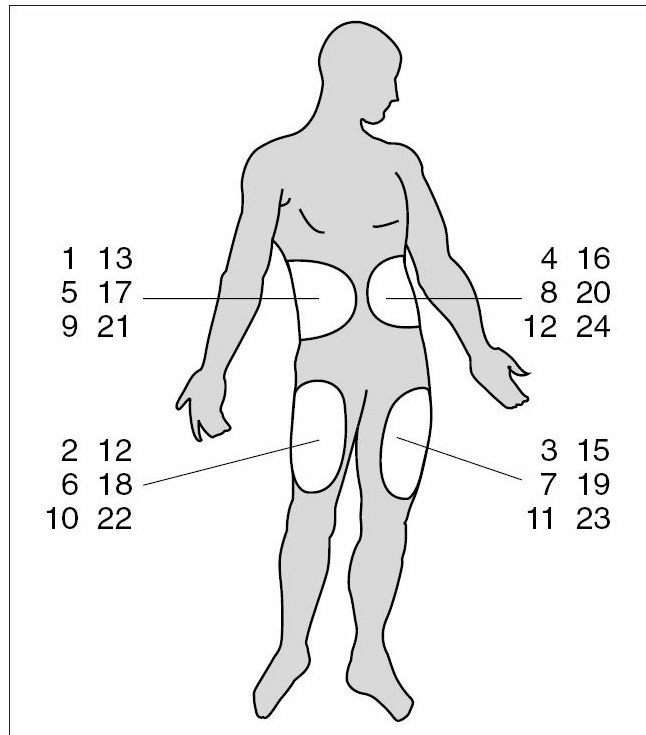


FIGURA 27.8.

E) Heparina de bajo peso molecular

- La zona de inyección debe ser siempre el abdomen, alternado el lado derecho e izquierdo (zona que rodea al ombligo).
- Preparar el material:
 - a) Jeringas precargadas.
 - b) Gasas o algodón.
 - c) Alcohol.
- Lavarse las manos.
- Quitar el capuchón de la jeringa precargada.
- Limpiar la zona que vayamos a pinchar y añadir al algodón unas gotas de antiséptico.
- Sujetar la piel con un pellizco y pinchar la aguja en sentido vertical (90

- grados). No es necesario aspirar, pero hay que empujar el émbolo hasta el final. Mantener durante la inyección el pellizco sin soltarlo.
- Retirar la aguja rápidamente.
 - No frotar la zona de inyección tras retirar la aguja porque puede producirse un hematoma.

27.4. Reacciones adversas de los medicamentos descritos

Una reacción adversa es cualquier efecto perjudicial que el fármaco es capaz de producir sobre el individuo. Todos los medicamentos pueden provocarlas, aunque es importante señalar que las reacciones adversas no son frecuentes.

Las principales son:

- AINE
 - Ácido acetilsalicílico: produce irritación gastrointestinal (está contraindicado en personas con úlcera gastroduodenal). Erupciones cutáneas, dificultad respiratoria, somnolencia, vértigos.
 - Paracetamol: puede provocar toxicidad al hígado con dosis altas o tratamientos prolongados (contraindicado en personas con enfermedades hepáticas).
- Hipnóticos.
 - Diazepam y lorazepam. Producen sedación, sueño, incapacidad de movimientos finos o de responder verbal o motoramente a los estímulos que requieren una respuesta rápida.
- Cardiotónicos.
 - Digoxina. La intoxicación (niveles muy elevados del fármaco) provoca arritmias cardíacas, anorexia, vómitos, náuseas diarrea, depresión, desorientación y confusión.
- Diuréticos
 - Furosemida, hidroclorotiazida, espironolactona: producen calambres y sensación de mareos por pérdida excesiva de líquidos.
- Broncodilatadores.
 - Teofilina. Puede provocar agitación, insomnio e irritación gastrointestinal.
- Antiulcerosos.
 - Inhibidores de la secreción del estómago: famotidina y omeprazol.

- Provocan diarrea, sueño, fatiga, dolor muscular y estreñimiento.
- Protectores del estómago: sucralfato. Pueden aparecer molestias en el estómago, estreñimiento, náuseas, y diarrea.
 - Anticoagulantes orales.
 - Acenocumarol. Pueden aparecer hemorragias visibles u ocultas.
 - Antidiabéticos.
 - Glibenclamida, insulina. Producen disminución de los niveles de glucosa, palpitaciones, sudor, ansiedad, cefalea, fatiga, falta de concentración.
 - Antianginosos.
 - Monohidrato de isosorbida, nitroglicerina. Pueden provocar dolor de cabeza, hipotensión, debilidad, mareos, aumento del ritmo cardíaco, náuseas, vómitos, rubor facial. Con los parches de nitroglicerina puede aparecer erupción cutánea. A veces también disminuye el ritmo cardíaco.
 - Antigotosos.
 - Alopurinol. Sus efectos adversos moderados son: erupción, picor, náuseas y vómitos, sueño, dolor de cabeza y sabor metálico en la boca. Sus efectos tóxicos son erupciones eritematosas, fiebre y mal funcionamiento tanto del hígado como del riñón.
 - Laxantes.
 - Lactulosa. Su efecto adverso más importante se produce por abuso del propio medicamento, que puede conducir a un hábito y provocar una obsesión en la persona mayor por evacuar diariamente. Puede provocar también diarrea.
 - Antibióticos.
 - Amoxicilina. Las reacciones adversas más frecuentes son de tipo alérgico, que pueden ser leves (enrojecimiento de la piel o picor) o más graves (aparecen muy rápidamente y dificultan la respiración).
 - Doxiciclina. Pueden provocar alergias, náuseas, vómitos, ardor de estómago, diarrea, enrojecimiento de la piel por efecto de la luz y color amarillento en los dientes.
 - Ofloxacino, norfloxacino. La mayoría de las reacciones adversas son leves, como pequeñas molestias de estómago, falta de apetito y náuseas. También producen dolor de cabeza, sensación de pérdida de equilibrio y reacciones de la piel.

- Antifúngicos.
 - Ketoconazol. Pueden aparecer molestias gastrointestinales, fiebre, fuerte dolor de cabeza, mareos y picores.
- Antisicóticos.
 - Haloperidol. Puede producir alteraciones en el sistema nervioso, sobre todo, reacciones extrapiramidales (que incluyen síntomas tipo Parkinson) durante los primeros días del tratamiento. También pueden darse semejantes a la enfermedad casos de insomnio, ansiedad, somnolencia, cefaleas y confusión.

Ante la aparición de una reacción adversa, provocada por cualquier tipo de medicamento, se debe acudir inmediatamente al hospital de referencia para ser valorado por el profesional médico que tomará las medidas oportunas.

Recuerde...

- Las reglas generales en la administración de medicamentos.
 - Las técnicas empleadas en la administración de medicamentos por las distintas vías.
 - Los peligros derivados de la automedicación.
 - Las reacciones adversas de los medicamentos. Ante cualquier efecto no deseado tras ingerir un medicamento, se debe suspender la terapia y acudir al centro sanitario más cercano.
-

Prótesis, sillas y andadores

28.1. ¿Qué utilidad tienen los medios técnicos?

Hay ocasiones en que el propio proceso biológico de envejecimiento o alguna enfermedad limitan las capacidades y habilidades de nuestros mayores. Esta limitación puede ser temporal o permanente. En ambos casos será muy frecuente el uso de aparatos y mobiliario especialmente diseñado para que estas personas puedan desenvolverse de forma más cómoda de acuerdo a su limitación, intentando mejorar así su calidad de vida. Otras veces este mobiliario se utilizará como medida de seguridad para la persona mayor, o como soporte hasta su completa recuperación.

El apoyo moral que la familia puede ofrecer a sus mayores es de vital importancia, ya que éstos se acostumbrarán y aceptarán mejor su estado y el uso de éste material si se les dan constantes ánimos y se les trata con el debido cariño y respeto.

Las personas mayores que se encuentran en casa con una limitación han de procurar pensar lo menos posible en el hospital. Por eso, todo este material y mobiliario especial ha de tratar de no simular, en la medida de lo posible, al del ámbito sanitario.

28.2. Diseño

28.2.1. Camas: tipos y accesorios

La cama de una persona mayor es uno de los muebles al que más importancia hay que dar. No será igual la cama de una persona totalmente válida de la de otra que necesite constante atención y cuidados.

Como norma general, la cama de una persona mayor ha de permitir que ésta pueda acceder y salir de ella de la forma más cómoda posible y que sus cuidadores puedan realizar las tareas necesarias sobre el mayor o en la cama sin la necesidad de forzar

posturas. La altura de la cama dependerá de si es de armazón fijo o móvil. La longitud y anchura de la cama será la apropiada a la del mayor, aconsejando que no sea menor de dos metros de largo y de noventa centímetros de ancho.

Es recomendable que haya en la cama un frontal rígido, tanto a la cabeza como a los pies, que servirá a la persona mayor para moverse alrededor de la cama proporcionándole un punto de apoyo y sujeción. El material será antideslizante, de una anchura de unos cuatro o cinco centímetros para una buena sujeción y no deberá tener salientes en pico.

Puede tener dos tipos de somieres: articulados y sin articular. Los somieres no articulados que se recomiendan son los rígidos o semirrígidos como los de láminas de madera, ya que conjuntados con un colchón apropiado darán a la persona mayor la superficie de descanso adecuada. Los articulados se adaptan mejor al cuerpo del mayor en los distintos momentos del descanso o tareas con él, aunque pueden provocar su deslizamiento. El número aconsejado de módulos articulados es de cuatro: uno para el tronco, de unos setenta centímetros, otro fijo central más corto, de unos veinticinco centímetros; otro para los muslos de entre treinta y cinco y cuarenta centímetros y el último para las piernas, de unos sesenta centímetros ([figura 28.1](#)).

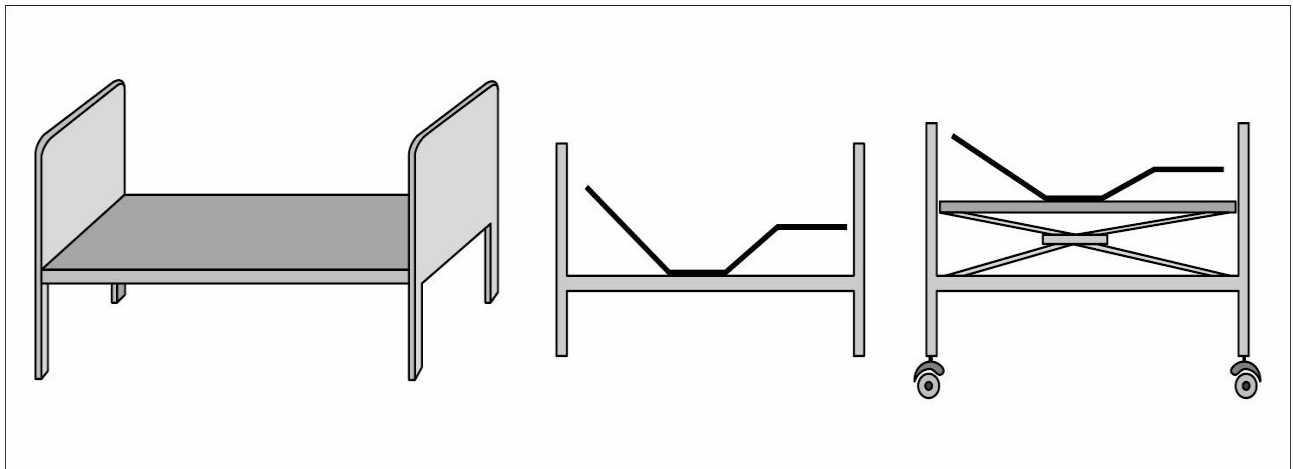


FIGURA 28.1. Camas.

Accesorios para camas

- Barandillas. Son poco atractivas para las personas mayores y no deben utilizarse para quitarnos trabajo por la noche al atender a la persona mayor. Producen gran nerviosismo en el individuo que las usa y puede aparecer sentimiento de inutilidad y producir desconfianza hacia la persona que los cuida. Pueden ser necesarias en personas mayores inquietas que están inconscientes o semiconscientes. En personas mayores que han sufrido un accidente vascular cerebral o estén débiles, puede producirles mayor seguridad. El mejor tipo son las que están fijas y se pueden plegar hacia abajo

para realizar las distintas maniobras o tareas que sean necesarias. El precio depende de la longitud de la barandilla.

- Elevadores. Es un instrumento que sirve para elevar el tronco de la persona mayor en caso de no tener somier articulado. Consta de dos planos: uno sobre el que se apoya el individuo con varias bandas de lona y otro para regular la altura (figura 28.2).
- Colchones antiescaras: Son colchones inflables con agua o aire que distribuyen mejor el apoyo del cuerpo y evitan la aparición de úlceras por presión. Hay un modelo de colchón de aire en el cual, por medio de un motor, se realiza el inflado y la distribución del aire por las distintas partes del mismo y con distintas presiones de forma gradual.
- Empapadores. Existe un tipo de “sábanas” especiales, con una parte de plástico impermeable y otra de material absorbente, que se colocan entre la persona y la ropa normal de la cama para absorber líquidos en caso de incontinencia. El tamaño adecuado es de sesenta centímetros de ancho por noventa de largo.
- Ruedas. No son necesarias en todos los casos, pero si así fuera, todas las patas de las camas deberían tener la posibilidad de poder acoplar ruedas. En este caso sí que se haría necesario un sistema de frenado para evitar que la cama se mueva al subir o bajar la persona mayor a ella.

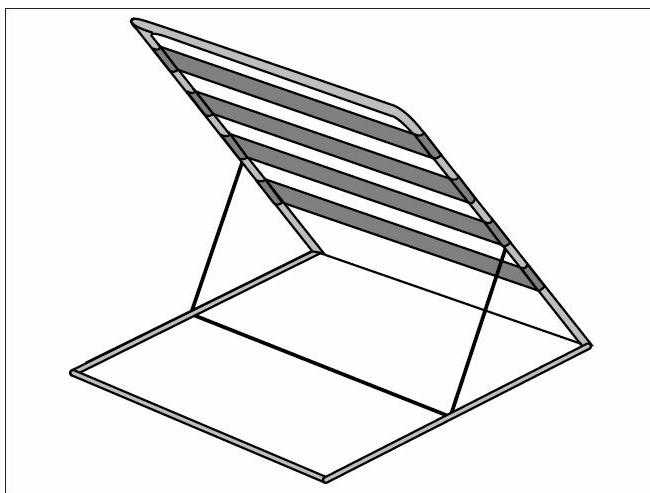


FIGURA 28.2. Elevador.

28.2.2. Sillas: tipos y accesorios

Las sillas y los sillones son elementos importantes en el mobiliario de una casa. Además, si nuestros mayores tienen una limitación, éstos deberán acomodarse a sus necesidades. Para juzgar si la altura es correcta, la persona mayor debe ser capaz de

sentarse en ella con la espalda recta y quedar con la columna lumbar bien apoyada. La banqueta de la silla será lo suficientemente ancha como para comprender toda la longitud de los muslos, y con una altura de la banqueta al suelo como para permitir un buen apoyo de los mismos.

Una persona mayor con cierta incapacidad que use una silla de tamaño correcto se independizaran mucho más rápidamente que otra que confíe en la ayuda de otras personas porque su silla no le resulte útil.

A) Tipos de sillas

- Sillas regulables. Son un tipo de sillas que se caracterizan por que se pueden acomodar a distintas personas o a una misma persona en distintos momentos. Tienen un respaldo largo, recto y cómodo, no demasiado duro ni demasiado blando, que comprende toda la longitud de la espalda y la cabeza. Puede ser abatible en distintas posiciones. El asiento tiene las características anteriormente citadas. Los apoyabrazos serán algo más duros que el asiento y las patas tendrán tacos de goma antideslizante y podrán ser regulables en altura.
- Sillas de ruedas. Sirven principalmente para trasladar a las personas impedidas de un lugar a otro. Las hay de distintas formas dependiendo de su utilidad concreta. Como norma general, son un tipo de sillas de estructura metálica, con el asiento y respaldo de tela plastificada, con cuatro ruedas: dos delante y dos detrás, que en ocasiones son más grandes las posteriores. Como medida de seguridad todas las sillas de ruedas deben tener un sistema de frenado al menos en dos de sus cuatro ruedas. También han de tener acoplado un cinturón de seguridad para que la persona mayor no se caiga, o por lo menos han de tener posibilidad de que se pueda acoplar en caso de necesidad. Tienen también, en la parte posterior del respaldo, una empuñadura a cada lado que permite el empuje y control de la misma. En la parte anterior tiene unas bandejas para apoyar los pies y que no arrastren al movimiento. Por lo general, las sillas de ruedas se pueden plegar y recoger cuando no se usen. El precio depende de las características de cada tipo de silla ([figura 28.3](#)).

Un primer tipo de sillas de ruedas a comentar es el que se utiliza para trasladar a las personas largas distancias y se suelen usar en la calle, hospitales, residencias, etc. Tienen las ruedas traseras más grandes que las delanteras, con un diámetro suficiente como para que la parte superior de la rueda llegue a la altura del asiento para que en caso de autoimpulso la distancia a recorrer sea mayor.

Hay otro tipo de sillas de ruedas que se utilizan para desplazamientos cortos o para subir y bajar escaleras. Tienen las ruedas pequeñas y son muy livianas.

Un último tipo de sillas de ruedas son las utilizadas para acomodar a la persona mayor durante largo tiempo y que no necesitan de largos desplazamientos. Son más robustas y pesadas. El taburete y el respaldo no son de tela plastificada, sino de material acolchado. Tienen las ruedas de unos veinticinco centímetros de diámetro, el asiento reclinable y la posibilidad de servir de silla WC ya que algunos modelos llevan incorporado un orinal en el asiento (figura 28.4).



FIGURA 28.3. Silla.



FIGURA 28.4. Silla.

B) Accesorios para sillas

Los principales accesorios que suelen utilizarse son los cojines antiescaras y los empapadores.

- Cojines antiescaras: son unos elementos en forma de flotador, que se utilizan para prevenir la aparición y/o la evolución de úlceras por presión en personas mayores desestabilizadas, mal cuidadas, o que ya estén escaradas. Los más utilizados y recomendables son los de silicona, pero son bastante caros: de diecisiete a veintidós mil pesetas. No obstante, en el mercado hay otro tipo de materiales, aunque no de tanta calidad, a precios más asequibles.
- Empapadores: ya se han explicado las características de los mismos en el apartado de accesorios para camas. Suelen venir en paquetes de cien unidades y los más apropiados para las sillas son los de sesenta por sesenta centímetros.

C) Taburetes higiénicos

Son un tipo de taburetes normales en apariencia, pero que tienen una tapa que al levantarla aparece un orinal, donde la persona mayor puede realizar sus deposiciones tanto sólidas como líquidas. Este orinal, una vez realizadas las necesidades de la persona mayor, se puede extraer y es de fácil limpieza. La parte externa del taburete puede ser de distintos materiales, siendo el más común de plástico imitando cuero. La parte interna es de plástico duro. El precio de este taburete suele rondar las veintiuna mil pesetas ([figura 28.5](#)).

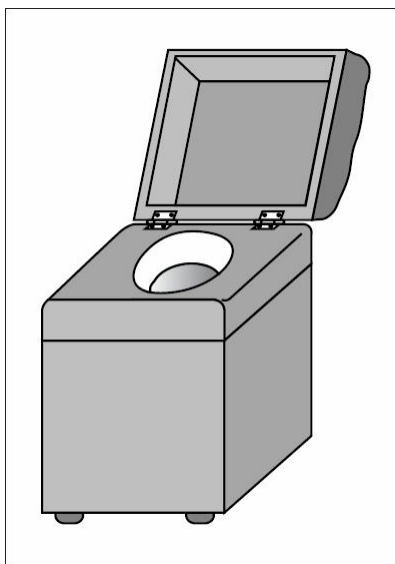


FIGURA 28.5. Taburete.

28.2.3. Bastones

Los bastones son un instrumento muy utilizado por las personas de edad avanzada como apoyo para caminar. Se distinguen tres tipos principales (figura 28.6):

- Bastón tradicional. Es el más extendido y utilizado en general por la población mayor. Consta de una vara rígida metálica o de madera, en cuyo borde inferior tiene un taco de goma para que no se deslice fácilmente, y la parte superior termina como continuación de la varilla en forma de circunferencia casi cerrada, o con mangos de distintas clases y formas. De entre estos mangos recomendaríamos los de forma de “T”, por su facilidad para agarrarse. Son bastante económicos.
- Bastón canadiense. Este tipo de bastones suele utilizarse cuando la dificultad para caminar es grande y se necesita de un apoyo seguro. Están formados por una barra tubular metálica principal, en la que se encuentra el asidero de la mano, y de otras dos barras más que encajan en la anterior y son extensibles. Una de ellas será la que apoye en el suelo y la otra será la que tenga el asidero semicircular para el antebrazo. Ambos asideros son, principalmente de plástico duro.
- Bastón alto. Es un bastón que apoya en la axila, y puede ser de metal o madera. Prácticamente no se usa por su incomodidad, además de ser más caro que los otros tipos.

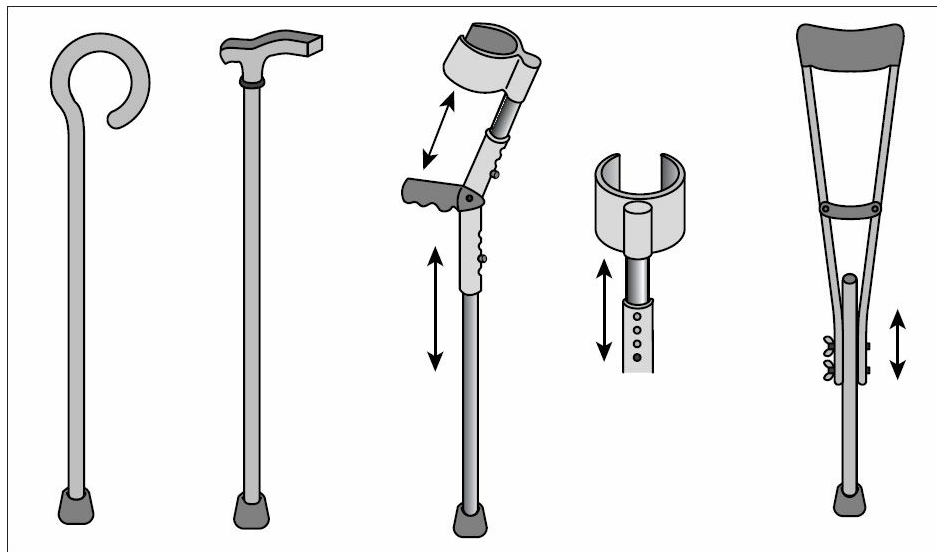


FIGURA 28.6. Bastones.

28.2.4. Material para el aseo

Por lo general, el cuarto de aseo es uno de los lugares donde más problemas tendrá para desenvolverse la persona con limitaciones, así como el cuidador que le va a atender. No obstante, hoy en día existe una gran oferta de material que facilitará las tareas que en el aseo se vayan a hacer.

A) Asideros

Son barras de plástico duro o de acero cromado que se fijan en la pared mediante tornillos y cuya función es dar mayor seguridad ante un caso de emergencia, o simplemente colocarlas como prevención.

A la hora de adquirir y colocar un asidero se ha de hacer de acuerdo a las características y necesidades del mayor y del espacio físico que tengamos.

La forma y longitud puede ser variada; los hay rectos desde quince centímetros en adelante y también con formas curvas o anguladas. El diámetro de la barra que suele resultar más cómodo es de unos tres centímetros, y ésta ha de quedar separada de la pared de cinco a siete centímetros. El precio depende de la longitud y de la forma y oscila desde dos mil a diez mil pesetas cada unidad.

Es muy conveniente colocar asideros en la ducha por la gran cantidad de accidentes que ocurren en la misma. Se han de colocar siempre en la posición, lugar y de la forma que le sea más cómoda a la persona mayor. Como norma general, con uno horizontal y otro vertical en paredes distintas suele ser suficiente pero, como ya se ha dicho, depende de las necesidades de la persona. También es recomendable colocarlos en las bañeras para ayudar a entrar y salir de ellas y para manejarse dentro de ellas ([figura 28.7](#)).

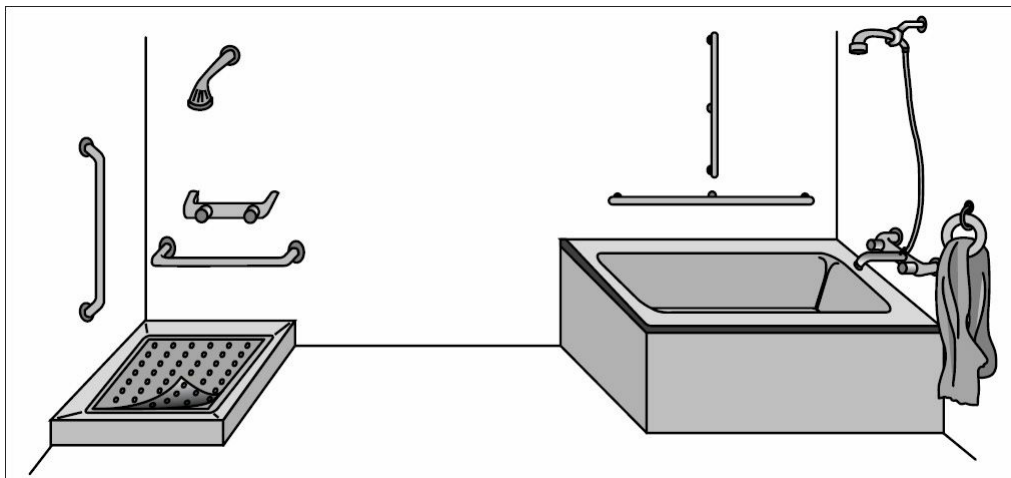


FIGURA 28.7. Ducha.

También hay asideros para el inodoro, que el usuario emplea para ayudarse a sentarse o levantarse. Debería colocarse uno a cada lado del inodoro ([figura 28.8](#)).



FIGURA 28.8. Asidero inodoro.

B) Asientos elevadores del inodoro

Son unos dispositivos de plástico duro, poco pesados, con la misma forma que la parte superior del inodoro, que se coloca encima de la misma y la eleva unos quince centímetros. Son muy útiles para personas con problemas articulares en los miembros inferiores o que han de usar férulas o escayolas. Tiene un precio aproximado de unas cuatro mil pesetas ([figura 28.9](#)).

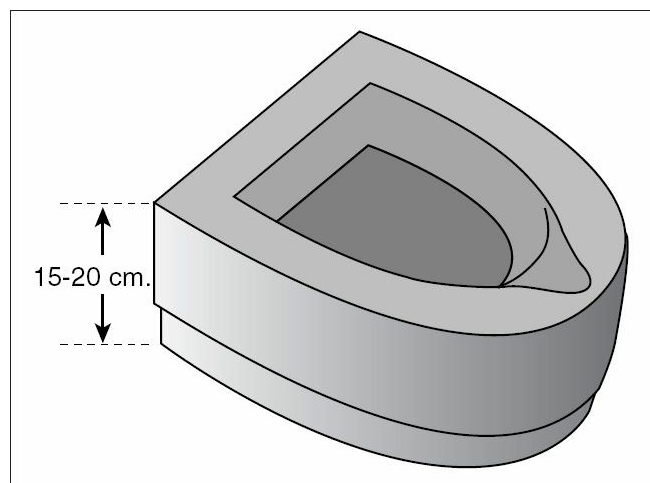


FIGURA 28.9. Elevador.

C) Sillas para la bañera

Son unas sillas especialmente diseñadas para hacer más cómodo el baño de

nuestros mayores. Constan básicamente de dos barras curvadas que apoyan en los bordes de la bañera y entre ellas hay una superficie que sirve para que la persona mayor se siente. Esta superficie puede ser más o menos grande, antideslizante y siempre se ha de adaptar a la comodidad del usuario. Puede tener o no respaldo y el precio aproximado es de unas doce mil pesetas (figura 28.10).

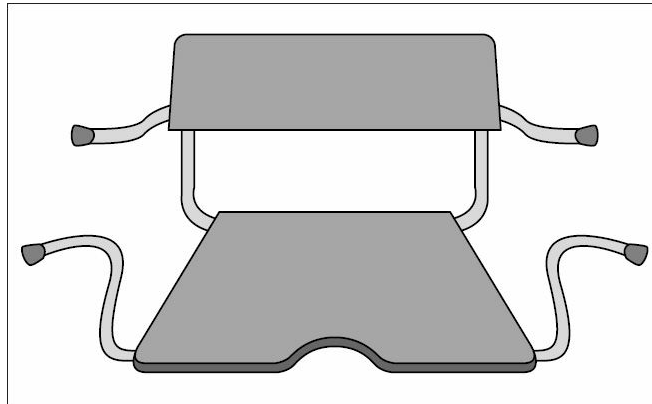


FIGURA 28.10. Sillas.

D) Botellas y cuñas

Otro elemento importante para solventar las necesidades evacuatorias de nuestros mayores, si tienen alguna limitación física o han de permanecer encamados o tienen dificultades de movimiento, es el uso de botellas de orina y cuñas.

Las botellas que se utilizan en estos casos tienen unas particularidades físicas características. Tienen dos bordes de apoyo: uno en la base y otro lateral. La boca es más ancha; de aproximadamente cinco centímetros de diámetro y la capacidad es de un litro. Son de plástico y de cristal, con un coste de entre trescientas a mil quinientas pesetas (figura 28.11).

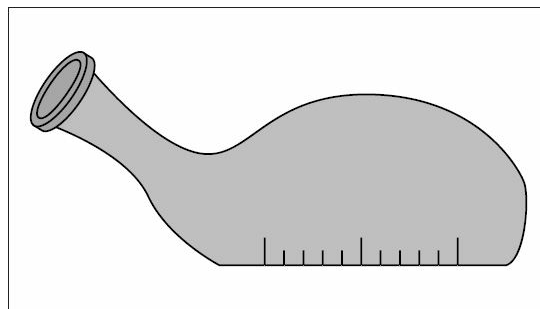


FIGURA 28.11. Botella.

Las cuñas sirven para que el usuario haga sus defecaciones. Tienen forma triangular. En la mitad de uno de los lados hay un asa para su manejo. El extremo de la

cuña del lado contrario al asa está parcialmente cubierto para que al coger la cuña no se caiga el contenido que tenga. El precio aproximado oscila entre novecientas y cinco mil quinientas pesetas ([figura 28.12](#)).

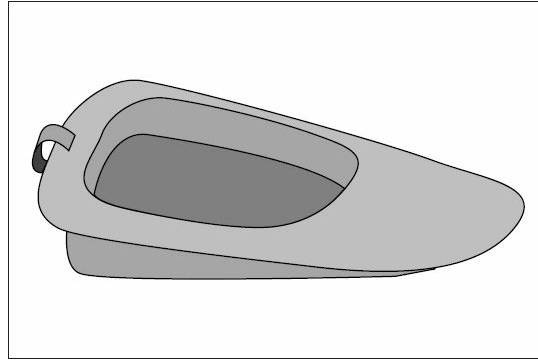


FIGURA 28.12. Cuña.

28.2.5. *Otro material*

Existen también otros tipos de materiales y objetos que sirven para mejorar la calidad de vida de nuestros mayores cuando tienen éstos algún tipo de limitación.

- Andadores. Son unos aparatos de estructura básicamente metálica que sirven para ayudar a la persona a andar cuando ésta no puede hacerlo por sí misma o está muy débil. Hay dos modelos diferentes: unos sin ruedas y otros que llevan dos ruedas en la parte anterior. Hay también andadores plegables y no plegables. El precio de los andadores depende de lo antes citado y del peso del mismo, y oscila entre las nueve y las quince mil pesetas ([figura 28.13](#)).
- Alcanza-objetos. Es un aparato cuya función es la de acercar objetos que se encuentran a una cierta distancia del mayor evitando que éste se mueva de su sitio. Su morfología consta básicamente de un mango, que agarrará la persona mayor, una varilla larga, una pinza al extremo de la varilla que sujetará las cosas a alcanzar, y un gatillo en el mango, que al accionarlo cerrará la pinza. Son de diversos tamaños y pesos para adaptarse a las necesidades del anciano en cada caso ([figura 28.14](#)).
- Cubiertos. Para personas mayores con limitaciones físicas en las manos, hay cubiertos especiales. Son cucharas, tenedores y cuchillos con mangos y formas especiales que se adaptan a cada caso en concreto. Tienen un precio muy asequible y son fáciles de encontrar ([figura 28.15](#)).

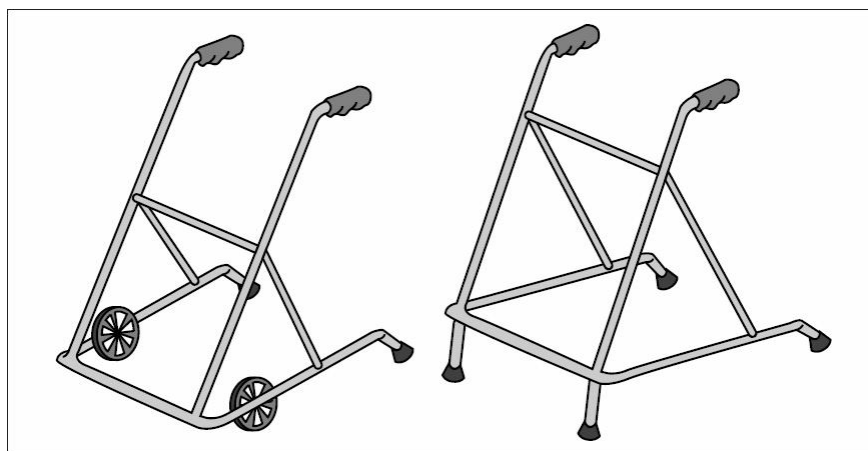


FIGURA 28.13. Andador.

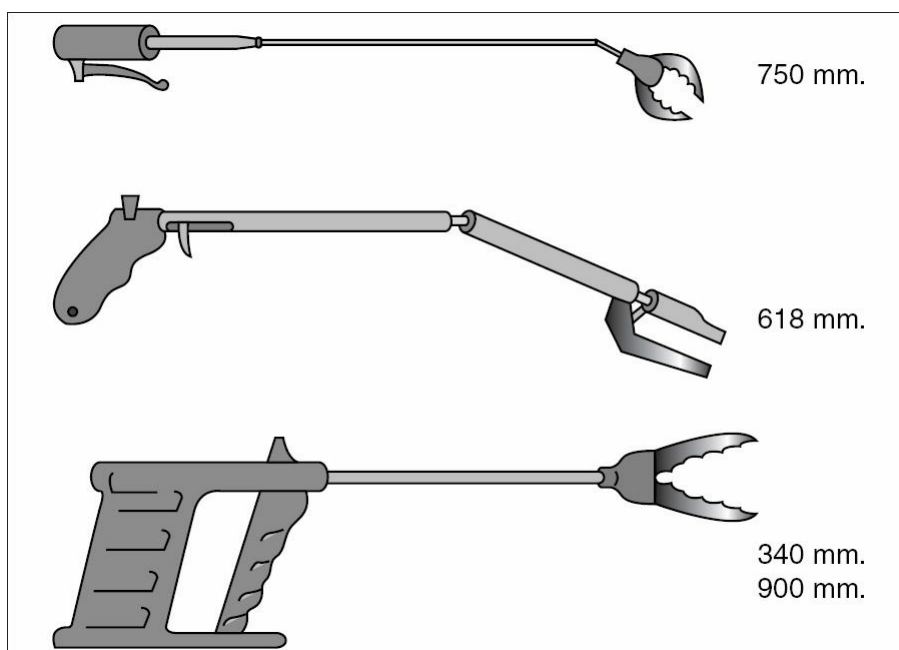


FIGURA 28.14. Alcanza-objetos.

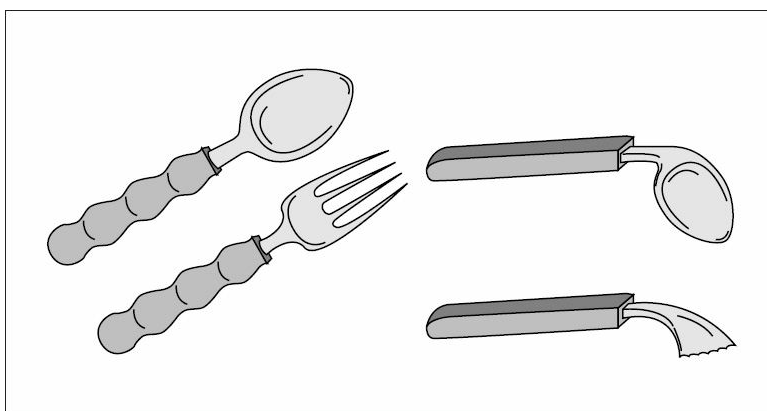


FIGURA 28.15. Cubiertos.

Recuerde...

- Para mejorar la calidad de vida de las personas mayores existe una gran variedad de productos y accesorios.
 - Son relativamente baratos y fáciles de adquirir.
 - Sirven también para prevenir complicaciones y accidentes.
-

Últimas atenciones

29.1. ¿Qué supone llegar al final de la vida?

A lo largo de todo el ciclo vital del individuo éste se ve obligado a pasar por varias etapas, que le influirán tanto en su aspecto físico (enfermedad, crecimiento, desarrollo, envejecimiento, etc.) como en sus aspectos psíquicos y sociales (comportamientos, personalidad, etc.). El final de la vida, como cualquiera de las etapas anteriores, es una etapa común e inherente en todo ser humano, y debemos aceptarla tal como es: un proceso biológico y natural por el que todo individuo va a pasar.

Es necesario que la familia, los cuidadores y la propia persona mayor lo entiendan así, porque de esta manera esta última etapa será vivida y sentida como algo íntimo y personal, con recogimiento y sinceridad entre la persona mayor y la familia y no como algo horrible y ajeno en un medio ambiente hostil como es un hospital.

La actitud ante el final de la vida está en función de diversos factores como es la situación sociocultural, la edad de los individuos, además de la propia personalidad del sujeto.

El concepto y proceso de la última etapa ha ido cambiando a lo largo de la historia. La actual época, marcada por importantes cambios económicos, sociales y culturales, han dado un nuevo concepto de envejecimiento y fallecimiento.

Entre los principales cambios está el de la estructura familiar, pues la familia tiene dificultades a la hora de entender las necesidades de los enfermos. Junto a esto se ha producido un gran desarrollo tecnológico y un cambio de valores y creencias que han desembarcado en una sociedad que intenta tener lo más alejado posible la vejez y la enfermedad.

29.2. Factores a tener en cuenta

A la hora de tratar a una persona mayor en la última parte de su ciclo vital, tenemos que tener en cuenta una serie de aspectos o factores que aparecerán o influirán directamente sobre él, y que serán comunes a todos ellos.

- Factores sociales. La persona mayor puede tener una pérdida de su papel activo. Se a ello se le une las ideas preconcebidas existentes en la sociedad actual sobre el envejecimiento y su utilidad, puede dar lugar al desarrollo en el individuo sentimientos de no pertenencia de su entorno más inmediato.
- Factores psíquicos. En este caso la persona mayor se halla psicológicamente ausente, como “pensativa”, no reacciona ante lo que le rodea.
- Factores físicos. Existirá una alteración de sus funciones vitales, en la respiración, circulación, etc.

Estos tres factores no suelen darse a la vez en las personas mayores: primero acontece el aspecto social, luego el psicológico y, por último el físico. Por ello es muy importante el apoyo social y psíquico antes de llegar a la pérdida física en sí.

29.3. Actitudes ante la muerte en la sociedad de hoy

Antiguamente se tenía un concepto de muerte más familiar, se vivía como algo natural. Se fallecía en casa rodeado de todos los suyos. En los últimos momentos expresaba sus deseos y órdenes para dejar sus asuntos arreglados antes de morir. El sacerdote acudía a casa para dar la extremaunción. Una vez que se producía el fallecimiento todos los familiares y amigos velaban el cadáver y compartían el duelo.

El rito de la muerte hoy en día es muy distinto. Supone la pérdida de un nivel social, por ello se trata de evitarla y alejarla lo más posible de nuestro entorno, de nuestro pensamiento. Se ha producido una desocialización de la muerte. La persona mayor pasa sus últimos momentos en un hospital rodeado de otros enfermos y de gente extraña.

29.4. La última etapa de la vida

Ante la proximidad del final de su vida, van a aparecer una serie de temores, entre los que destacan: el mantenimiento de la vida artificialmente, una agonía prolongada, una muerte con gran sufrimiento y la soledad ante la proximidad de la muerte.

Aparecerá la necesidad y la angustia por conocer todo lo relacionado con su pronóstico vital: “¿cuánto tiempo me queda?”, “¿estoy muy grave?”, etc. También surge la necesidad de dejar todos los asuntos en orden, los problemas solucionados, para que su familia, en caso de su muerte, no tenga dificultades de tipo económico, legal, etc.

El afrontamiento ante la muerte variará según la personalidad del individuo; unos se enfrentan y optan por un comportamiento positivo y otros no lo aceptan, pudiendo darse comportamientos como negación, ira o depresión. Aunque no en todos los casos aparece

dolor, una manera de evitarlo es informarse correctamente de los tratamientos con su médico, así como asociaciones no gubernamentales (Asociación de Enfermos Contra el Cáncer, etc.)

En ocasiones es imprescindible la ayuda espiritual para favorecer la comunicación y conocer las necesidades y preocupaciones.

Estas personas suelen angustiarse más por la muerte de otros que por la suya propia, y suele tener una sensación de agotamiento ante determinadas preguntas, visitas inesperadas por la noche, etc.

Suelen aparecer en el individuo sentimientos de culpa, ira, miedo, vergüenza, porque en el mundo de hoy se valora la salud física y mental mientras se desprecia la incapacidad y la enfermedad, porque obliga al cuidador a estar pendiente de él y porque pierde su auto-nomía al depender de alguien extraño. También pueden aparecer cuando un individuo tiene un comportamiento de riesgo sobre el que hace caso omiso y cuando dicho comportamiento desemboca en una enfermedad se siente culpable por no haberlo evitado a tiempo.

29.5. Familia y cuidadores

En general, suele ser la familia la que carga con todos los cuidados y en ocasiones no está lo suficientemente formada para cuidar y aceptar esta responsabilidad.

Existe una actitud general de no informar de su estado al individuo para evitar dañarle. Esto produce la limitación de las decisiones y deseos de la persona, aumentando su angustia. Esta actitud por parte de la familia y los cuidadores tiene su razón de ser en la incapacidad para enfrentarse a la realidad de la muerte de un ser querido. Este rechazo se produce por varios motivos:

- La resistencia a admitir la muerte del familiar.
- La falta de claridad en las normas sociales respecto a los derechos y responsabilidades de los familiares (la familia adquiere el compromiso de decidir por la persona mayor, ya que deben encargarse de ayudarle en sus últimos momentos).
- La presencia de la persona mayor en el hospital generará desesperanza ante la imposibilidad para ayudarle.

Si a esto se suma la desconfianza ante el cuidado por extraños, experiencias anteriores y la actual tendencia social de rechazo a la muerte, tendremos a unos familiares angustiados, los cuales llegarán a alterar al propio enfermo, que se da cuenta de todo.

29.6. El duelo

Es muy característico, en estas situaciones, la existencia de un proceso denominado duelo. Se podría considerar como el sentimiento que aparece ante la pérdida de un ser querido. Este sentimiento aparece por la existencia de un “vínculo” con alguien o algo. Es importante destacar que todo enfermo terminal prepara también su propio duelo, prepara la pérdida de lo más íntimo y propio: su vida. Tenemos que ayudarlo a esta preparación compartiendo su soledad, no importunando, etc.

En ocasiones, la propia familia manifiesta el duelo antes del fallecimiento del ser querido, pudiendo ser detectado por el propio enfermo y angustiándole mucho más. Los familiares y amigos ya le considerarán muerto, aún cuando siga vivo, y tendrán conductas especiales con él: despedidas efusivas, excesivas atenciones, etc.

El duelo no debe ser considerado como algo malo u horrible, al contrario, un “buen” duelo ayudará a madurar y aceptar la muerte del familiar; mientras que un “mal” duelo, su prolongación en el tiempo, la no aceptación de la muerte del familiar, las depresiones continuas, etc., que en un principio serían normales, podrían llegar a producir enfermedades mentales y físicas.

29.6.1. Fases del duelo

- Fase de shock (dura de horas a días). Se caracteriza por: aturdimiento, irritabilidad, aislamiento, etc. Se anhela a la persona fallecida.
- Fase de desorganización y desesperanza (dura meses). Se caracteriza por: apatía, aislamiento, alteraciones del sueño y del apetito, sentimiento de culpabilidad e irritabilidad.
- Fase de desapego o reorganización (dura años). Se caracteriza por: desarrollo de nuevas formas de pensar y percibir la realidad y el mundo, recobra la esperanza y la confianza. El dolor por la pérdida aparecerá en fechas que marquen acontecimientos significativos del enfermo (cumpleaños, santos, etc.).

29.7. Agotamiento de los cuidadores o decaimiento

Se trata de un síndrome emocional que sufren aquellos sujetos que están en contacto continuo con personas o motivos de sufrimiento. Aquellas personas que cuidan a las personas mayores, sobre todo si está en una fase terminal, es muy fácil que padezcan este síndrome.

Consiste en que el cuidador se va a implicar excesivamente desde el punto de vista emocional y se verá desbordado por las necesidades de la persona mayor. Un método de autodefensa para evitar esto consistirá en una despersonalización del trato hacia el enfermo pasando de ser tratado como una persona a ser tratado como un objeto de trabajo burocratizado. La consecuencia de esta actitud por parte del cuidador será que acabará sintiéndose culpable por su comportamiento, llevándole a una falta de realización

personal, pudiendo incluso llegar a sufrir un estado de depresión.

Por tanto, este síndrome resulta negativo tanto para el cuidador como para la persona mayor, la familia, y la sociedad en general.

El cuidador podrá seguir una serie de reglas sencillas que conseguirán disminuir el efecto de este síndrome e incluso prevenirlo:

- No tratar de abordar muchas tareas a la vez, hacer pocas y bien organizadas.
- Conocer las propias limitaciones y saber hasta dónde se puede llegar como cuidador.
- Reconocer que se es necesario, pero no imprescindible.
- Trabajar en equipo (familia, cuidadores, instituciones): que todos colaboren en el cuidado de la persona mayor para evitar cargar de tareas a una sola persona.
- Preocuparse por la propia salud física y psíquica en primer lugar, de lo contrario, la cantidad y calidad de los cuidados disminuirá.
- Buscar tiempo libre y tener momentos de reposo y relajación.
- Hablar con los demás, si es necesario, de nuestros sentimientos, miedos y problemas.

29.8. La comunicación

La comunicación es un proceso en el que se transmite a otra persona un mensaje. El enfermo, a través de la comunicación, obtiene la información necesaria sobre su enfermedad, necesita aprender a convivir con ella, para tomar decisiones sobre su vida; de esta forma se le da el derecho a ser informado, a dar su consentimiento, a proporcionarle confianza, seguridad e información que necesita para ser ayudado.

29.8.1. Decir o no decir la verdad sobre el pronóstico

La información que se da a la persona mayor sobre su pronóstico puede ser: no informar, información total (todo lo relacionado con su situación vital), información parcial (sobre ciertos aspectos de su estado, pero no sobre otros), información gradual.

La más apropiada sería la información gradual, que consiste en ir informando a medida que va evolucionando el proceso de su enfermedad. Es importante comprobar que el enfermo comprenda la información y valorar el impacto que ésta le produce.

También es necesario valorar la personalidad del individuo, así como su estado psíquico, ya que esto influye en el proceso de comunicación.

La familia, en la comunicación desempeña un papel muy importante, ya que es la que tiene el contacto más estrecho con el enfermo. Es muy frecuente que los familiares adopten posturas como no dar malas noticias para evitar empeorar el estado del

individuo. Éstos se excusan con razones de protección, pero la auténtica razón es la incapacidad de enfrentarse a la realidad de la muerte de su ser querido.

También a este tipo de pacientes se le suele engañar sobre las razones de su institucionalización en residencias u hospitales. Esta actitud es contraproducente. Es necesario ser honesto con estos individuos, ya que en sus últimos momentos lo piden, lo necesitan y, sobre todo, facilita la comunicación entre ellos y los cuidadores.

La familia debe:

- Mantener continuo contacto con la persona mayor, así como disponibilidad para entablar conversaciones con ella.
- Dejar que el individuo exprese sus dudas, preocupaciones o ideas que lo intranquilizan.
- Prevenir el sobreesfuerzo: que todos los miembros de la familia se distribuyan las tareas de los cuidados.

29.8.2. La comunicación verbal y no verbal

Tanto en la comunicación verbal y no verbal el enfermo requiere un trato especial: que se atienda sus necesidades con comprensión y cariño. Por tanto, hay que ayudarlo a morir, cuidándolo y apoyándolo, pero no intentando salvarle de lo inevitable. Los objetivos de la comunicación se exponen en el [cuadro 29.1](#).

CUADRO 29.1
Objetivos de la comunicación

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Consolar las penas de la persona mayor.• Liberar de la angustia.• Apoyar y motivar para seguir luchando.• Disminuir los temores. |
|---|

Comunicación no verbal: no precisa del lenguaje hablado, se realiza a través de la expresión facial, mirada (mirar a los ojos), postura (acercarse para mostrar interés), gestos con las manos, tono de voz (suave, no paternalista). El 90% de la información en una conversación se da a través de los gestos de la cara, posturas del cuerpo o gestos con las manos.

Comunicación verbal: se usa el lenguaje hablado o escrito. En la comunicación con el enfermo se suelen usar palabras o frases que le transmita que se está de acuerdo con lo

que él dice, por ejemplo: “bien”, “estupendo”.

Cuando esté hablando, se pueden usar gestos que indiquen el interés por lo que él está diciendo.

Debe existir una actitud de escucha: es la mejor forma de comunicarse, dejando que el paciente nos transmita su información, esto dará confianza a la persona y se sentirá aceptada.

Mediante la escucha se le da oportunidad de expresar sus dudas, ideas, miedos, etc. Para ello debemos ofrecer buena actitud, disponibilidad y tiempo.

No debe interrumpirse, evitar dar respuesta antes de que termine de contar su problema, tampoco dar soluciones antes de tiempo. Debe permitirse que llore si lo desea.

No transmitir información negativa ya que la persona se sentirá triste y deprimida, ante todo hay que ser positivo, así la persona se siente mejor consigo misma; también es importante, en el momento adecuado, emplear el humor, que puede hacer la conversación más amena y, además, ayuda al enfermo a sobrellevar mejor su enfermedad.

29.9. Cuidados paliativos

El equipo pretende proporcionar calidad de vida a las personas mayores mediante el control de los signos y síntomas característicos de estos estadios, tanto físicos como psíquicos. Es importante que estas personas sean atendidas en sus domicilios porque en ellos están las cosas y personas que ellos quieren, participan en la dinámica familiar y mantienen un cierto control sobre su vida y acciones.

En ocasiones, debido a la aparente gravedad de la persona y a la falta de formación e información de los cuidadores, se ingresa en el hospital a la persona mayor sin tener en cuenta que, en vez de mejorar su situación, se la puede empeorar, debido a que será sometida a procedimientos de diagnósticos y tratamientos que, además de causarle incomodidad y molestias, no van a solucionar su enfermedad.

En el [cuadro 29.2](#) figuran los síntomas más frecuentes en la fase terminal.

CUADRO 29.2

Síntomas más comunes en la persona mayor en fase terminal

- Dolor.
- Anorexia: falta del apetito.
- Sequedad de la boca/mal aliento/lesiones bucales.
- Disnea: sensación subjetiva de dificultad para respirar, obligando al individuo a aumentar el número de respiraciones o disminuir su actividad.
- Estreñimiento: eliminación de heces duras y en menor frecuencia de lo habitual.
- Insomnio.
- Úlceras cutáneas: afectación o lesión de la piel con un daño de las estructuras internas provocando una úlcera o herida.
- Confusión: estado mental caracterizado por una disminución del nivel de conciencia,

- disminución de la memoria y alteraciones en el sueño.
- Náuseas y vómitos.
- Caquexia (delgadez extrema) y pérdida de peso.
- Ansiedad, depresión, angustia y temor.
- Situación agónica: momento de alto impacto emocional, donde se detecta la proximidad de la muerte.

29.9.1. Dolor

Es un síntoma que variará en cada individuo. Existe una serie de factores que lo modificarán, como la ansiedad, depresión, disgustos, miedos, etc.

Será necesaria una valoración para detectarlo precozmente: su localización y características, inicio y evolución, intensidad, factores influyentes (actividades, estado de ánimo, etc.), efectos del tratamiento previo, investigar las causas, valorar interferencias relacionadas con el estilo de vida, actividades diarias, sueño, actividad social, etc., valorar el impacto emocional y el dolor posterior a la administración del tratamiento. Para todo ello, es necesario partir de la creencia de que todo lo que nos dice la persona que padece ese dolor es cierto.

El tratamiento del dolor será básicamente farmacológico y será prescrito por el médico. La administración será en horas fijas y no a demanda del paciente (los cambios realizados por la familia serán comunicados al profesional sanitario).

El tratamiento farmacológico, las medidas generales y el apoyo emocional consigue controlar el 80% del dolor.

Tratamiento no farmacológico:

- Medidas generales:
 - Masaje.
 - Aplicación de frío o calor.
 - Relajación.
 - Posturas adecuadas, movilizaciones.
- Medidas ambientales: facilitar un ambiente en el que exista compañía y afecto y donde la persona mayor sea objetivo principal. Se trata de importantes medidas de distracción, como leer, oír música, etc.

No debe tenerse miedo al uso de la morfina, ya que:

- A dosis e intervalos adecuados no produce depresión respiratoria.
- La dependencia psíquica es el deseo constante por conseguirla. Este efecto no se observa en las personas con grandes dolores.
- La dependencia física no aparece si la retirada del fármaco se efectúa poco a

- poco o gradualmente.
- La tolerancia (necesidad de aumentar la dosis) no es por la morfina en sí, sino por la progresión de la enfermedad.
 - La morfina por vía oral es eficaz, simplemente hay que aumentar la dosis porque su absorción es peor.
 - Es falso que cuando a una persona en fase terminal se le administra morfina quiere decir que se está muriendo. Esta opinión generalizada se debe a la tendencia a prescribir morfina en los últimos momentos.
 - Es falso que exista un efecto techo o un límite de dosis. Se puede aumentar la dosis cuanto sea necesario.

Los efectos secundarios de la morfina más frecuentes: boca seca, falta de apetito, estreñimiento, vómitos, somnolencia y confusión.

29.9.2. Falta de apetito

Será importante una primera valoración de la persona mayor. Para ello hay que pesarla. Existirá una serie de causas como: la propia enfermedad, la edad avanzada, sequedad y lesiones de la boca, depresión, ansiedad, etc.

Si el enfermo está hospitalizado, debe permitirse la compañía de familiares a la hora de la comida. Sólo si es necesario, se utilizarán sondas nasogástricas (es la sonda que, introducida por la nariz, llega hasta el estómago y por la cual se va a introducir el alimento).

CUADRO 29.3 *Actuación ante la falta del apetito*

- Proporcionar una dieta amplia, flexible, según los gustos del enfermo, buscando alimentos apetecibles para éste.
- Evitar las dietas restrictivas.
- Presentar alimentos en poca cantidad y con buena presencia.
- No imponer horarios fijos e inamovibles.
- No forzar la ingestión de la comida.
- No olvidar los cuidados de la boca.

29.9.3. Cuidados de la boca

A) Boca seca

Suele aparecer: dificultad para hablar y tragar, sensación de ardor, dolor, alteración del gusto, etc. Frente a estos signos y síntomas, la actuación a seguir será:

- Beber líquidos (zumos de frutas, manzanilla, etc.).
- Masticar chicles o trozos de fruta.
- Lubricar los labios con vaselina.
- En situaciones extremas, aplicar soluciones de manzanilla o limón con una jeringa o una gasa.

B) Halitosis (mal aliento)

Debe llevarse una correcta higiene dental y bucal con cepillo de cerdas blandas, o bien con una torunda de algodón o gasa.

C) Lesiones orales

Se intentará evitar la infección mediante enjuagues con clorhexidina. Hacer una revisión de la boca diariamente.

29.9.4. Disnea

Se valorará si existen síntomas de hiperventilación (realización de más de treinta respiraciones por minuto), aumento del pulso, sudor, sensación de ahogo, si se mueve mucho "en busca" de aire.

CUADRO 29.4
Actuación ante una situación de disnea

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Tranquilizar a la persona e incorporarla.• Hacer que entre aire fresco en la habitación.• Se animará a la persona mayor a realizar inspiraciones profundas por la nariz y expulsar el aire por la boca lentamente.• Se intentará relajar a la persona.• Si es necesario, se administrará oxígeno. |
|---|

29.9.5. Estreñimiento

Valorar la cantidad, el aspecto y el número de deposiciones al día. Es importante

que la familia realice un control escrito sobre el número, contenido y aspecto de las deposiciones para que el profesional sanitario pueda valorarlo.

Las heces suelen ser duras y secas, menos de tres veces por semana (este dato variará en función de cada individuo). Suelen ir acompañadas de dolor de cabeza, dolor abdominal, dolor en la defecación y falta de apetito.

Suele estar producido por: deshidratación, desnutrición, falta de movilidad, falta de intimidad, debilidad, ansiedad, etc.

La actuación ante este problema será:

- Dar intimidad y confort.
- Responder rápidamente a las demandas de defecación.
- Eliminar fecalomas (restos de heces duras que se depositan en el canal anal) lubricando con vaselina el ano y, poniéndose un guante de látex, se extraerán con el dedo índice.
- Favorecer la movilización y el ejercicio (pequeños paseos, masajes abdominales, etc.).
- Administrar alimentos con alto contenido en fibra (verduras, legumbres, zumos naturales de frutas, salvado de trigo, etc.) y evitar alimentos como manzanas, zanahorias o vino tinto, por su acción astringente.
- El uso de laxantes deberá ser pautado y controlado por el médico.

29.9.6. *Insomnio*

Se suele manifestar con una disminución del tiempo del sueño, aumento de los despertares nocturnos, dificultad en mantenerse despierto en todo el día, irritabilidad, mal humor.

Suele estar producido por: dificultad para respirar, dolor, diarrea, calambres, angustia, miedo a morir durmiendo, traslado a un hospital, etc.

CUADRO 29.5 *Actuación frente al insomnio*

- Dormir sólo cuando se tenga sueño.
- No realizar en la cama ninguna actividad que no sea dormir: leer o ver la televisión.
- No dormir durante el día y evitar siestas prolongadas.
- Levantarse siempre a la misma hora.
- Evitar actividades intensas antes de acostarse.
- Hacer un ejercicio suave antes del atardecer.

29.9.7. Úlceras cutáneas

Véase el capítulo correspondiente.

29.9.8. Confusión

Véase el capítulo correspondiente.

29.9.9. Náuseas y vómitos

Pueden estar producidos por: ansiedad miedo, fármacos, dolor, etc. Se deberá tranquilizar y desdramatizar la importancia de los vómitos. Si la persona mayor desea estar sola, se le deberá dejar. Si está inconsciente o débil, hay que poner su cabeza hacia un lado para evitar que, si existen vómitos, aspire restos de éstos y vayan a vías respiratorias, que pueden ahogarle.

29.9.10. Caquexia y pérdida de peso

Existe en un 30% de los pacientes con cáncer, y no está asociada siempre a la pérdida del apetito, sino a la propia enfermedad.

La actuación frente a este problema será:

- Proporcionar apoyo moral, ya que la disminución del peso daña la imagen del paciente.
- Facilitar alimentos que le gusten.
- Facilitar bienestar y confort.
- Los familiares y amigos deberán evitar comentarios comparativos como: “ya no es el que era”, “mira como estaba antes”, etc.

29.9.11. Situación agónica

Es el momento en el cual se pone en evidencia la proximidad de la muerte. Se intenta mejorar en estos momentos el confort del paciente y prevenir la crisis que se avecina.

Actuación:

- Colocar a la persona en la cama en una posición cómoda.
- Continuar con el aseo y los cuidados de la piel.

- Proporcionar los cuidados de la boca para mantener una buena hidratación y que la persona pueda hablar si lo desea.
- Mantener la comunicación tanto verbal como no verbal.

Recuerde...

- La persona mayor en la fase terminal de su vida debe sentir un apoyo continuo desde su familia, cuidadores y equipo sanitario.
 - Evitar frases que comparen el momento actual con el pasado (“antes podía hacer esto...”, “antes era...”).
 - No actuar ante la persona mayor como si ya estuviese muerta. Lo que necesita en esa situación es compañía.
 - Mantener en contacto continuo con el equipo sanitario de su centro de salud para hablar de la situación y establecer las actuaciones a seguir en caso de crisis.
 - Valorar el dolor e informar de todos sus aspectos al médico: frecuencia, comienzo, duración, intensidad, etc.
 - Preguntar ante cualquier duda a los profesionales de su centro de salud.
 - Intentar acompañar a la persona mayor el mayor tiempo posible. Hable de todo aquello que ella quiera. Suelen ser en estos momentos íntimos con los familiares cuando la comunicación se hace más fácil y la persona mayor lo agradece más.
-

Recursos asistenciales

30.1. Introducción

En este capítulo se intentará explicar brevemente los distintos tipos de recursos con los que pueden contar nuestros mayores, además de facilitar las direcciones donde pueden acudir para recibir más información.

Es una obligación de los poderes públicos garantizar una buena calidad de vida en este período de la vida, así lo recoge el art. 50 de la Constitución Española:

Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Así mismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

Por otra parte, las personas mayores están protegidas por el Código Penal en los siguientes artículos:

El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión no definida como delito en este Código, será castigado con la Pena de arresto de tres a seis fines de semana o multa de uno a dos meses (Art. 617.1).

El que golpear o maltratare de obra a otro sin causarle lesión será castigado con la pena de arresto de uno a tres fines de semana o multa de diez a treinta días. Cuando los ofendidos sean el cónyuge o persona a quien se halle ligado de forma estable por análoga relación de afectividad, ... o ascendientes, siempre que con él convivan, la pena será la de arresto de tres a seis fines de semana o multa de uno a dos meses (Art. 617.2).

Serán castigados con la pena de multa de diez a veinte días los que dejaren de

prestar asistencia o, en su caso, el auxilio que las circunstancias requieran a una persona de edad avanzada o discapacitada que se encuentre desvalida y depende de sus cuidados (Art. 619).

El que dejare de cumplir los deberes legales de asistencia inherentes a la patria potestad, tutela guarda o acogimiento familiar o de prestar la asistencia necesaria legalmente establecida para el sustento de sus descendientes, ascendientes o cónyuge, que se hallen necesitados, será castigado con la pena de arresto de ocho a veinte fines de semana (Art. 226.1).

El Juez o Tribunal podrá imponer, motivadamente, al reo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio del derecho de patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar por tiempo de cuatro a diez años (Art. 226.2).

El abandono de... un incapaz por parte de la persona encargada de su guarda, será castigado con la pena de prisión de uno a diez años (Art. 229.1).

Se impondrá la pena de prisión de dos a cuatro años cuando por las circunstancias del abandono se haya puesto en concreto peligro la vida, salud, integridad física o libertad sexual... del incapaz, sin perjuicio de castigar el hecho como corresponda si constituyera otro delito más grave (Art. 229.3).

30.2. Recursos gestionados por el IMSERSO

Los recursos dependientes del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través del Instituto Nacional de Servicios Sociales (IMSERSO) lleva a cabo dos programas de ámbito nacional:

- Termalismo Social para la tercera edad.
- Vacaciones para la tercera edad.

30.2.1. Termalismo Social (balnearios)

Con él se intenta que las personas que necesiten el tratamiento que en estos lugares se proporciona y cuando el médico así lo recomiende, puedan beneficiarse de él a precios reducidos.

El tratamiento va dirigido principalmente a afecciones del aparato locomotor, como: reumatismos, artrosis, etc., problemas del aparato respiratorio, aparato digestivo y algunos trastornos dermatológicos, del riñón y vías urinarias.

Los requisitos necesarios para solicitarlo son:

- Ser pensionista del Sistema de Seguridad Social por los conceptos de jubilación y de invalidez, en todo caso, y por el concepto de viudedad o de otras pensiones, únicamente cuando el beneficiario haya cumplido los sesenta años

- de edad.
- El solicitante podrá, además, ir acompañado de su cónyuge o de la persona con quien conviva en relación de pareja, para la que no se exige la obligación de percibir pensión de la Seguridad Social.
- Que no tengan trastornos mentales graves ni enfermedades infecto-contagiosas.
- Que puedan valerse por sí mismos.
- Que se realice en los plazos establecidos.

Debido a la gran demanda y a los plazos limitados de estos balnearios, se valorará:

- El grado de necesidad de recibir los tratamientos termales solicitados.
- Situación económica.
- Edad.

Podrá tramitarse y obtener toda la información necesaria así como la solicitud en la Dirección Provincial del IMSERSO y en los Órganos que designe las Comunidades Autónomas que hayan asumido funciones y servicios del IMSERSO.

El programa incluye:

- Alojamiento y manutención en régimen de pensión completa.
- Los tratamientos termales básicos.
- Reconocimiento médico al ingresar.
- Tratamiento termal que en cada caso prescribe el médico del balneario.
- Seguimiento médico del tratamiento con informe final.
- Póliza colectiva de seguro turístico.

30.2.2. Vacaciones para la tercera edad

Proporciona la posibilidad de disfrutar de unas vacaciones a unos precios reducidos. Los requisitos que deben cumplir son los siguientes:

- Ser pensionista de invalidez o jubilación del Sistema de Seguridad Social, sea cual sea su edad, y pensionista de viudedad con 60 años de edad cumplidos. Podrá, además, ir acompañado de su cónyuge aunque no reúna los requisitos de pensionista o edad.
- Tener la nacionalidad española.
- Poder valerse por sí mismo.
- No padecer enfermedad infecto-contagiosa.
- Efectuar el pago del precio estipulado.

El viaje incluye:

- Los desplazamientos de ida y vuelta.
- La estancia en régimen completo.
- Realización de diversas actividades de ocio y tiempo libre.
- Atención sanitaria adecuada (los hoteles disponen de servicio médico).

La información precisa sobre este programa se puede obtener en las Unidades de Información del IMSERSO y en los organismos designados por las Comunidades Autónomas que han asumido la gestión de las competencias del IMSERSO. Además, la reserva de plazas se puede efectuar a través de las agencias de viaje que comercialicen este programa.

30.3. Recursos gestionados por las CC.AA. y los Ayuntamientos

Existen recursos que se facilitan desde cada Comunidad Autónoma y/o desde las Juntas Municipales.

30.3.1. Servicios de ayuda a domicilio.

Algunas de las prestaciones que se incluyen son:

- Limpieza y arreglo de la vivienda.
- Lavandería.
- Compra y comida.
- Compañía.
- Aseo personal.

30.3.2. Tele-alarma

Consiste en la instalación de un dispositivo telefónico al que la persona mayor pueda acceder en cualquier situación de enfermedad con una cobertura las 24 horas diarias.

Para obtener esta ayuda se valorará:

- La necesidad de este servicio.
- La problemática social.
- Nivel económico de la persona que lo solicita ya que el coste de este servicio será en relación a este nivel económico.

30.3.3. Hogares y clubes

Son centros en los que se promueve la convivencia de los mayores de un barrio o de una población determinada. Para ello es necesario hacerse un carnet de socio. Es un servicio gratuito. En algunos de ellos, se organizan actividades de ocio y tiempo libre.

30.3.4. Centros de día

Son equipamientos de Servicios Sociales no residenciales, destinados a prestar atención psicosocial, preventiva y rehabilitadora al colectivo de mayores en régimen diurno.

30.3.5. Servicios de Estancia Diurna

Se lleva a cabo en residencias, hogares y centros de día para la tercera edad. Ofrece los siguientes servicios:

- Transporte del usuario desde su domicilio.
- Asistencia médica de carácter preventivo.
- Atención psicosocial.
- Terapia ocupacional.
- Programa de actividad física y rehabilitadora.
- Servicio de comedor.
- Servicio de higiene personal.
- Actividades de tiempo libre.

30.3.6. Programa de Estancia Temporal

Es un acuerdo de los servicios geriátricos con algunos hospitales, mediante el cual se le ofrece a la persona mayor la estancia en el centro residencial por un tiempo limitado no superior a tres meses para su rehabilitación, siempre que exista un diagnóstico favorable del médico. La finalidad de este programa es que la persona mayor pueda reincorporarse a su domicilio en las mejores condiciones posibles. Para ello podrá beneficiarse de todos los servicios del centro.

El requisito imprescindible es que la persona mayor sea pensionista de la Seguridad Social, y, además, los motivos para acceder a este recurso pueden ser:

- Enfermedad de la persona encargada de su cuidado.
- Obras en el domicilio.

- Vacaciones de la persona encargada del anciano.

30.3.7. Residencias

Son centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años que por su problemática social, familiar y/o económica no pueden ser atendida en sus propios domicilios, necesitando de estos servicios.

Existen tres tipos:

- Residencias de válidos: para personas que se valen por sí mismas en la realización de las actividades de la vida diaria.
- Residencias asistidas: para aquellas personas mayores incapacitadas que no pueden valerse por sí mismas.
- Residencias mixtas: donde pueden acudir tanto personas válidas como incapacitadas.

Para el ingreso en estos centros se valorarán criterios económicos, sociales y familiares, estableciéndose un baremo u orden en lista, que es el que determinará la prioridad del ingreso.

30.3.7. Acogimiento familiar

Ofrece a las personas mayores alojamiento, cuidados y convivencia en el hogar de una familia con la que no tiene relación de parentesco, solucionando problemas de soledad fundamentalmente. Para obtener más información sobre todos estos recursos expuestos se puede acudir al trabajador social que se encuentra en su Centro de Salud o en la Junta Municipal de su Ayuntamiento.

30.4. Otros recursos

30.4.1. Transporte público.

Los Ayuntamientos, a través del Área de Servicios Sociales proporciona la tarjeta de la EMT a precios reducidos a personas mayores de 65 años y pensionistas. Para su información, solicitud y tramitación deberán dirigirse al centro de servicios sociales de su distrito.

30.4.2. Reducción de la entrada de teatros y cines

En los teatros nacionales dependientes del Ministerio de Cultura, se descuenta un 50% del precio de la entrada, un día por semana.

30.4.3. Iberia

Tarifa mini para personas mayores de 65 años, con un descuento de hasta un 40% del precio del billete de ida y vuelta. También ofrece el programa “Broche de Oro” con un descuento del 25% o el 20% según sea el vuelo diurno o nocturno. Para mayor información deberán dirigirse a las oficinas de Iberia, teléfono 91-329-57-67.

30.4.4. Transmediterránea

Un 20% de descuento a mayores de 60 años o jubilados excepto en los desplazamientos en embarcaciones ligeras a Tánger y Algeciras. Información en el teléfono 91-322-91-00.

30.4.5. Telefónica

Ofrece la “Cuota de abono particular reducida”, afecta al coste de la instalación del teléfono y el alquiler mensual del mismo. En los requisitos se establece ser mayor de 64 años o pensionista por invalidez total y no superar un determinado nivel de renta anual. Para más información, llame al teléfono 003.

30.4.6. RENFE

La *Tarjeta Dorada* puede ser utilizada por cualquier persona a partir de los 60 años de edad y pensionistas. Tiene validez de un año y puede utilizarse para viajes por el territorio español. Se puede conseguir en cualquier punto de venta de billetes de RENFE. *Tarjeta Rail-Europea Senior (RES)*: es competencia de la Tarjeta Dorada de RENFE, se adquiere de la misma forma y permite viajar por los ferrocarriles del Continente Europeo.

30.4.7. Tarjeta Europea

Esta tarjeta otorga a los mayores de 60 años el derecho a disfrutar de todas las ventajas y descuentos que tengan en cada Estado Comunitario, en materia de transportes públicos y actividades culturales. Su implantación es progresiva en todos los países de la

Unión Europea.

30.4.8. Teléfono Dorado

Depende de la Asociación Mensajeros de la Paz. Su objetivo es hacer compañía y escuchar a los mayores que se sienten solos. Dispone de línea gratuita.

Esta relación de recursos resulta insuficiente para una sociedad cada día con cifras mayores de población anciana. Este hecho se demuestra por las largas listas de espera, sobre todo para acceder a centros residenciales, ocasionado por el gran número de demandas y necesidades en ascenso permanente.

Recuerde...

- Es un derecho constitucional que los poderes públicos garanticen una buena calidad de vida a las personas mayores.
 - Las administraciones públicas (IMSERSO, Comunidades Autónomas y Ayuntamientos), así como diferentes empresas de carácter público y privado, ofrecen a las personas mayores diferentes servicios de tipo asistencial, de convivencia con personas de su misma edad o propuestas y ayudas para el ocio. La información puede conseguirla en las Unidades de Información del IMSERSO y Comunidades Autónomas.
 - Puede obtener también información completa sobre prestaciones de tipo asistencial para su problema particular a la asistente social de su centro de salud.
-

Índice

Portada	2
Créditos	4
Índice	8
Introducción	17
1. El Proceso De Envejecimiento	19
1.1. ¿Qué es envejecer?	19
1.2. ¿Quién es la persona mayor?	20
1.3. Envejecimiento de la población	21
1.4. Cambios ligados al proceso de envejecimiento	21
1.5. Hábitos comportamentales relacionados con la salud en las personas mayores	26
2. Nutrición e Hidratación	30
2.1. Introducción	30
2.2. Factores fisiológicos	30
2.3. Factores patológicos	31
2.4. Factores socioeconómicos y psicológicos	32
2.5. Necesidades nutricionales	32
2.6. Necesidades calóricas	32
2.7. Necesidad de principios inmediatos	33
2.8. Alcohol y otras bebidas	34
2.9. Errores en la alimentación del anciano	34
2.10. Recomendaciones	34
2.11. Recomendaciones para las alteraciones más frecuentes del proceso de envejecimiento	35
2.12. Hidratación	36
2.13. Consejos de higiene alimentaria	37
3. Higiene Personal	39
3.1. Introducción	39
3.2. Ducha, baño y baño en cama	39
3.3. Afeitado	44
3.4. Depilación	44
3.5. Higiene bucal	45

3.6. Cuidado de las manos, uñas y pies	46
3.7. Ojos	46
3.8. Oídos	47
4. El Vestido En La Persona Mayor	48
4.1. Introducción	48
4.2. Material del que está confeccionado la ropa	48
4.3. Dificultad para vestirse	49
4.4. Personas mayores encamadas	52
5. Descanso	54
5.1. ¿Qué función tiene el descanso en la persona mayor?	54
5.2. ¿Qué características tiene el sueño en la persona mayor?	54
5.3. ¿Qué se puede hacer para dormir mejor?	55
5.4. ¿Cuándo acudir al médico?	58
6. Prevencion De Accidentes Domésticos	59
6.1. Introducción	59
6.2. Prevención en la cocina	59
6.3. Prevención en el cuarto de baño	61
6.4. Prevención en el pasillo	61
6.5. Prevención en las habitaciones (dormitorios, cuarto de estar, etc.)	62
7. Alteracion De La Temperatura Corporal En Las Personas Mayores	64
7.1. Introducción	64
7.2. Aspectos a considerar en las personas mayores	65
7.3. Fiebre	66
7.4. Hipertermia	68
7.5. Golpe de calor	68
7.6. Hipotermia	69
8. Incontinencia Urinaria	71
8.1. Introducción	71
8.2. Definición y tipos	71
8.3. Factores predisponentes	72
8.4. Esquema de actuación	73
8.5. Cuidados	73
8.6. Complicaciones	75

8.7. Dispositivos de recogida de orina	76
8.8. Protectores (pañales)	77
8.9. Signos y síntomas de alarma	77
8.10. Incontinencia fecal	78
9. Cuidados Del Sondaje Vesical Y Los Colectores Urinarios	81
9.1. ¿Qué alteraciones sufre la persona mayor en la eliminación urinaria?	81
9.2. ¿Qué es un sondaje vesical y un colector urinario?	81
9.3. Tipos de sondas y colectores	82
9.4. Cuidados generales	85
9.5. Procedimientos especiales: irrigaciones urinarias	87
9.6. Detección de complicaciones y medidas preventivas	88
10. Estreñimiento	91
10.1. ¿Qué es el estreñimiento?	91
10.2. ¿Por qué se produce?	91
10.3. ¿Cómo se identifica?	92
10.4. ¿Qué se puede hacer?	92
10.5. Administración de medicamentos	95
10.6. Masajes	97
11. Alteraciones De La Marcha Y El Equilibrio	101
11.1. Introducción	101
11.2. Factores que influyen en la marcha y el equilibrio	101
11.3. Importancia de la marcha y el equilibrio en la persona mayor	102
11.4. Características de la marcha de la persona mayor	103
11.5. ¿Qué produce los trastornos de la marcha y el equilibrio en los mayores?	104
11.6. Valoración de los trastornos de la marcha y del equilibrio	106
11.7. Técnicas de ayuda	107
11.8. Aparatos de ayuda	109
11.9. Prevención	113
11.10. Consideraciones finales	113
12. La Osteoporosis	115
12.1. ¿Qué es la osteoporosis?	115
12.2. Manifestaciones	116
12.3. Fractura de cadera	117
12.4. Fracturas vertebrales	117
12.5. Fractura de antebrazo	117

12.6. Prevención y tratamiento	118
12.7. ¿Cómo comenzar el ejercicio físico?	121
12.8. Recomendaciones	122
13. Problemas De La Vision	124
13.1. Envejecimiento de la vista	124
13.2. Cómo detectar la aparición de alteraciones visuales	125
13.3. Consejos generales	126
13.4. Cuidados de las gafas	128
13.5. Alteraciones más frecuentes en la edad avanzada	129
14. Alteraciones Del Oido	136
14.1. Introducción	136
14.2. Cómo se detecta la pérdida auditiva	136
14.3. Alteraciones más frecuentes que producen sordera en la persona mayor	137
14.4. Rehabilitación auditiva	140
14.5. Asesoramiento y orientación a la familia	147
15. Cuidados De La Boca Y Los Dientes	149
15.1. ¿Qué problemas bucodentarios tiene la persona mayor?	149
15.2. Cuidados y prótesis dentales	151
16. Cuidados De Los Pies	156
16.1. Introducción	156
16.2. Dolencias más frecuentes	156
16.3. Calzado del anciano	160
16.4. Uso de los zapatos	162
16.5. Rehabilitación	163
16.6. Higiene diaria de los pies	165
16.7. Cuidados generales del pie	166
16.8. Masajes en los pies	167
16.9. El cuidado de las uñas	171
16.10. La visita al podólogo	171
17. Cuidados De Los Estomas	173
17.1. ¿Qué es un estoma?	173
17.2. ¿Qué tipos de estomas existen?	173
17.3. Material utilizado en los estomas	174
17.4. Cuidados generales del estoma	175

17.5. ¿Qué complicaciones pueden presentar los estomas?	176
17.6. Aspectos psicológicos de la persona mayor ostomizado	178
17.7. Normas generales a seguir por una persona mayor ostomizada	179
17.8. Control del estoma	181
18. Problemas De La Movilidad	183
18.1. Introducción	183
18.2. ¿Porqué hay que movilizar a la persona mayor?	184
18.3. Darle la vuelta: posición boca abajo	189
18.4. Darle la vuelta: posición boca arriba	191
18.5. Levantarlo: desde tumbado a sentado	193
18.6. Levantarlo: desde una silla	195
18.7. Bajadas	197
18.8. Posición lateral: colocación de una “cuña”	206
19. Úlceras Por Presion	209
19.1. Introducción	209
19.2. Concepto de úlcera por presión	209
19.3. Clasificación de las úlceras por presión	210
19.4. Factores de riesgo	210
19.5. Localización de las úlceras por presión	211
19.6. Identificación de las úlceras por presión	213
19.7. Prevención de las úlceras por presión	214
19.8. Cuidado de las úlceras por presión	219
20. Problemas De La Circulacion Periférica	221
20.1. ¿Cómo cambia la circulación periférica en las personas mayores?	221
20.2. Isquemia arterial	222
20.3. Trombosis venosa	225
20.4. Varices	230
20.5. Úlceras venosas	231
20.6. Recomendaciones generales	232
21. La Confusion	234
21.1. ¿En que consiste la confusión?	234
21.2. ¿Qué puede producir confusión?	235
21.3. ¿Qué consecuencias puede tener?	236
21.4. Detección del síndrome confusional	236
21.5. Cuidados de una persona mayor con confusión	237

22. La Demencia	239
22.1. ¿Qué se entiende por demencia?	239
22.2. Número de personas afectadas	240
22.3. Tipos de demencia	240
22.4. Fases de la demencia	242
22.5. Cuidados generales domiciliarios del paciente demenciado	242
22.6. Problemas asociados a las demencia y sus cuidados	243
22.7. Asociaciones de apoyo	246
23. Enfermedades Respiratorias	249
23.1. ¿Qué alteraciones respiratorias sufren las personas mayores?	249
23.2. Cuidados y medidas generales en ancianos con enfermedades respiratorias	249
23.3. Administración de oxígeno	251
23.4. Aerosolterapia	253
23.5. Neumonía	254
23.6. Enfermedades Obstructivas	255
23.7. Prevención de los problemas respiratorios	255
23.8. Espirómetro	256
24. Hipertension Arterial	258
24.1. Introducción	258
24.2. Tipos de hipertensión	258
24.3. Factores de riesgo	259
24.4. Determinación correcta de la presión arterial	259
24.5. Complicaciones de la hipertensión	261
24.6. Tratamiento de la hipertensión arterial	263
25. La Diabetes	266
25.1. ¿Qué es la diabetes?	266
25.2. Causas de la diabetes	266
25.3. Signos y síntomas de la diabetes	267
25.4. Tratamiento de la diabetes	267
25.5. Complicaciones	272
25.6. Consejos para la persona mayor diabética	276
26. Fractura De Cadera	278
26.1. ¿Por qué es importante la fractura de cadera?	278
26.2. Recuerdos anatómicos	278

26.3. ¿Qué es una fractura?	279
26.4. Mecanismos de producción de la fractura de cuello de fémur	281
26.5. Signos y síntomas	282
26.6. ¿Por qué es importante detectarlo precozmente?	283
26.7. Tratamientos	284
26.8. Cuidados	285
27. Medicamentos	293
27.1. ¿Qué es un medicamento?	293
27.2. Reglas generales en la administración de medicamentos	293
27.3. Principales vías de administración de medicamentos	293
27.4. Reacciones adversas de los medicamentos descritos	311
28. Prótesis, Sillas Y Andadores	314
28.1. ¿Qué utilidad tiene los medios técnicos?	314
28.2. Diseño	314
29. Últimas Atenciones	327
29.1. ¿Qué supone llegar al final de la vida?	327
29.2. Factores a tener en cuenta	327
29.3. Actitudes ante la muerte en la sociedad de hoy	328
29.4. La última etapa de la vida	328
29.5. Familia y cuidadores	329
29.6. El duelo	329
29.7. Agotamiento de los cuidadores o decaimiento	330
29.8. La comunicación	331
29.9. Cuidados paliativos	333
30. Recursos Asistenciales	340
30.1. Introducción	340
30.2. Recursos gestionados por el IMSERSO	341
30.3. Recursos gestionados por las CC AA y Ayuntamientos	343
30.4. Otros recursos	345