

Manual de formación para gerocultores

Editores:

Jesús Santos Franco

Domingo Palacios Ceña

Manual de formación para gerocultores

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Manual de formación para gerocultores

Editores:

Jesús Santos Franco Domingo Palacios Ceña

Carmen Asensio Peña, César Barco Luengo

Ana de Castro Martín, M.^a Elvira García

Juan Antonio Gómez Patiño, Cristina Hernández Puente

M.^a José Hervás Asensio, Ángel Orejana García

Luis Manuel Rubio González



COORDINACIÓN

Juan Vicente Beneit Montesinos Andrés Pérez Melero

Ilustraciones: Luis María Bilbao

© Jesús Santos Franco y Domingo Palacios Ceña (editores)

Carmen Asensio Peña, César Barco Luengo

Ana de Castro Martín, M.^a Elvira García

Juan Antonio Gómez Patiño, Cristina Hernández Puente

M.^a José Hervás Asensio, Ángel Orejana García

Luis Manuel Rubio González

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.

Vallehermoso, 34. 28015 Madrid

Teléfono: 91 593 20 98

<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-995822-9-0

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.

Índice

PARTE I. PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

1. INTRODUCCIÓN: HISTORIA DE LA GEROCULTURA

Domingo Palacios Ceña

- 1.1. Antecedentes de la gerocultura
- 1.2. Formación del gerocultor
- 1.3. Funciones del profesional de la gerocultura
- 1.4. Conclusiones

2. VALORACIÓN GERIÁTRICA

Jesús Santos Franco

- 2.1. Introducción
- 2.2. Concepto
- 2.3. Objetivos de la valoración geriátrica
- 2.4. Evaluación funcional
 - 2.4.1. Escalas para la medición de las ABVD
 - 2.4.2. Escalas para la medición de las AIVD: Índice de Lawton
- 2.5. Valoración mental
 - 2.5.1. Valoración de la función cognitiva
 - 2.5.2. Evaluación de la función afectiva
- 2.6. Función social

3. CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMEDADES EN LAS PERSONAS MAYORES Y VALORACIÓN DE SUS NECESIDADES

Domingo Palacios Ceña

- 3.1. Valoración de las necesidades de la persona mayor
- 3.2. Características de las enfermedades de las personas mayores
 - 3.2.1. Polipatología
 - 3.2.2. Polifarmacia
 - 3.2.3. Cronicidad
 - 3.2.4. Incapacidad funcional
 - 3.2.5. Presentación atípica de la enfermedad
- 3.3. Síndromes geriátricos

PARTE II. CUIDADOS DE LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y PROBLEMAS MÁS FRECUENTES

4. INCONTINENCIA

Cristina Hernández Puente

4.1. Concepto

4.2. Clasificación

4.2.1. Incontinencia urinaria

4.2.2. Incontinencia fecal

4.2.3. Incontinencia mixta

4.3. Etiología

4.4. Clínica

4.5. Objetivos

4.6. Cuidados

4.6.1. Medidas generales

4.6.2. Medidas específicas frente a la incontinencia

4.7. Anexos

4.7.1. Anexo 1. Reentrenamiento vesical (Hospital de la Cruz Roja)

4.7.2. Anexo 2. Ejercicios del suelo pélvico (Hospital de la Cruz Roja)

4.7.3. Anexo 3. Procedimiento para la colocación de colector externo peneano

5. ESTREÑIMIENTO Y CONSTIPACIÓN

Cristina Hernández Puente

5.1. Concepto, clasificación y causas

5.2. Etiología

5.3. Clínica

5.4. Objetivos a realizar por los gerocultores

5.5. Cuidados

5.6. Anexos

5.6.1. Anexo 1. Ejercicios del suelo pélvico (Hospital de la Cruz Roja)

5.6.2. Anexo 2. Procedimiento de enema de limpieza

5.6.3. Anexo 3. Cambio de bolsa de colostomía

5.6.4. Anexo 4. Recogida de muestras de orina y heces

6. DEMENCIAS

María Elvira García

6.1. Introducción

- 6.2. Etiología
 - 6.2.1. Causas
 - 6.2.2. Diagnóstico diferencial
- 6.3. Clínica
 - 6.3.1. Pérdida de memoria
 - 6.3.2. Desorientación
 - 6.3.3. Afasia
 - 6.3.4. Pérdida de la coordinación (apraxia)
 - 6.3.5. Alteración de la personalidad y del estado de ánimo
 - 6.3.6. Alteración del pensamiento
 - 6.3.7. Alteraciones de la conducta
- 6.4. Fases de la demencia
- 6.5. Objetivos
- 6.6. Cuidados
 - 6.6.1. Cuidados generales
 - 6.6.2. Cuidados específicos

7. DEPRESIÓN

M.^a José Hervás Asensio y Jesús Santos Franco

- 7.1. Introducción
- 7.2. Concepto
- 7.3. Clasificación
- 7.4. Etiología
 - 7.4.1. Aislamiento social
 - 7.4.2. Pérdida de autoestima
 - 7.4.3. La soledad
 - 7.4.4. Enfermedades
- 7.5. Valoración de los trastornos del humor: clínica
- 7.6. Suicidio en la persona mayor
- 7.7. Objetivos
- 7.8. Cuidados

8. SÍNDROME CONFUSIONAL

Domingo Palacios Ceña

- 8.1. Concepto
- 8.2. Etiología
- 8.3. Clínica
 - 8.3.1. Características propias del cuadro clínico
 - 8.3.2. Manifestaciones clínicas

- 8.4. Objetivos
 - 8.4.1. Durante una crisis
 - 8.4.2. Preventivos
- 8.5. Cuidados
 - 8.5.1. Durante un episodio agudo
 - 8.5.2. Preventivos

9. ALTERACIONES DEL SUEÑO

Luis Manuel Rubio González

- 9.1. Introducción: la arquitectura del sueño
 - 9.1.1. Fases del sueño
 - 9.1.2. Ciclos del sueño
- 9.2. El sueño en la vejez
- 9.3. Clasificación de las alteraciones del sueño
 - 9.3.1. Insomnio
 - 9.3.2. Apnea del sueño
 - 9.3.3. Hipersomnia
 - 9.3.4. Mioclonías nocturnas
 - 9.3.5. Pesadillas y delirium
 - 9.3.6. Sueño en las residencias
- 9.4. Etiología
 - 9.4.1. Insomnio
 - 9.4.2. Hipersomnia
 - 9.4.3. Apnea del sueño
 - 9.4.4. Mioclonías nocturnas
 - 9.4.5. Pesadillas y delirium
 - 9.4.6. Sueño en las residencias de personas mayores
- 9.5. Clínica
 - 9.5.1. Insomnio
 - 9.5.2. Apnea del sueño
 - 9.5.3. Hipersomnias
 - 9.5.4. Mioclonías nocturnas
 - 9.5.5. Pesadillas y delirium en el anciano
 - 9.5.6. Sueño en las residencias de personas mayores
- 9.6. Objetivos
- 9.7. Cuidados
 - 9.7.1. Consejos para dormir mejor
 - 9.7.2. Cuidados a procurar por el gerocultor
- 9.8. Anexos
 - 9.8.1. Anexo 1. Trastorno del sueño debido a enfermedad médica
 - 9.8.2. Anexo 2. Trastorno del sueño debido a enfermedades psiquiátricas

10. CAÍDAS

César Barco Luengo y Carmen Asensio Peña

10.1. Introducción

10.2. Concepto

10.3. Clasificación

10.3.1. Caídas producidas por factores intrínsecos

10.3.2. Caídas producidas por factores ambientales o extrínsecos

10.3.3. Caídas cuya causa se desconoce

10.4. Factores de riesgo

10.4.1. Factores de riesgo intrínsecos

10.4.2. Factores de riesgo extrínsecos

10.5. Clínica

10.6. Objetivos

10.7. Consecuencias y complicaciones

10.8. Cuidados

10.8.1. Preventivos

10.8.2. Después de una caída

10.9. Anexos

10.9.1. Anexo 1. Síndrome postcaída

10.9.2. Anexo 2. Procedimiento: enseñar a levantarse después de una caída

10.9.3. Anexo 3. Procedimiento: utilización de mecanismos de sujeción

11. FRACTURAS

Domingo Palacios Ceña

11.1. Concepto

11.2. Etiología

11.3. Clasificación

11.4. Diagnóstico y tratamiento

11.5. Clínica

11.5.1. Fractura de cadera

11.5.2. Fractura de Colles

11.5.3. Fractura de la epífisis proximal del húmero

11.6. Objetivos

11.6.1. Ante la sospecha de una fractura

11.6.2. Ante una fractura confirmada

11.7. Cuidados

11.7.1. Fractura de cadera

11.7.2. Fractura de Colles

11.7.3. Fractura de la epífisis proximal del húmero

11.8. Complicaciones

- 11.8.1. Fractura de cadera
- 11.8.2. Fractura de Colles y de la epífisis proximal del húmero
- 11.9. Anexo

12. FRAGILIDAD

Carmen Asensio Peña y César Barco Luengo

- 12.1. Introducción
- 12.2. Concepto
 - 12.2.1. La fragilidad: dificultades y discrepancias
 - 12.2.2. Multidimensionalidad de la fragilidad
- 12.3. Clasificación
 - 12.3.1. Fragilidad física
 - 12.3.2. Fragilidad cognitiva
 - 12.3.3. Fragilidad afectiva
 - 12.3.4. Fragilidad social
 - 12.3.5. Fragilidad del ocio
- 12.4. Etiología
- 12.5. Clínica y complicaciones
- 12.6. Objetivos
- 12.7. Cuidados

13. INMOVILIDAD

María Elvira García

- 13.1. Concepto
- 13.2. Clasificación
 - 13.2.1. Inmovilidad leve
 - 13.2.2. Inmovilidad moderada
 - 13.2.3. Inmovilidad grave
 - 13.2.4. Inmovilidad total
- 13.3. Etiología
- 13.4. Objetivos
- 13.5. Cuidados
 - 13.5.1. Cuidados básicos a una persona mayor con inmovilidad leve o moderada
 - 13.5.2. Cuidados básicos a una persona mayor con una inmovilidad grave o total

14. ÚLCERAS POR PRESIÓN

Luis Manuel Rubio González

14.1. Introducción

14.2. Concepto

14.3. Clasificación

14.3.1. Úlcera de grado I

14.3.2. Úlcera de grado II

14.3.3. Úlcera de grado III

14.3.4. Úlcera de grado IV

14.4. Localización de las úlceras por presión

14.4.1. Posición decúbito supino

14.4.2. Posición decúbito prono

14.4.3. Posición decúbito lateral

14.4.4. Posición de Fowler

14.5. Etiología

14.6. Clínica

14.7. Objetivos

14.8. Cuidados

14.8.1. Prevención

14.8.2. Cuidados de las úlceras por presión (si están establecidas)

14.8.3. Cuidados locales de la úlcera por presión

14.8.4. Procedimiento de actuación en caso de desprendimiento de apósito

14.9. Anexo

15. DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN Y PROBLEMAS DE LA BOCA

Jesús Santos Franco

15.1. Introducción

15.2. Deterioro de la deglución

15.2.1. Etiología

15.2.2. Clínica

15.2.3. Objetivos

15.2.4. Cuidados

15.3. Problemas de la boca: su cuidado

15.3.1. Cambios fisiológicos

15.3.2. Etiología

15.3.3. Clínica

15.3.4. Objetivos

15.3.5. Cuidados

15.4. Procedimiento: limpieza de la prótesis dental

16. DESNUTRICIÓN y DESHIDRATACIÓN

Jesús Santos Franco

16.1. Introducción

16.2. Desnutrición

16.2.1. Etiología

16.2.2. Clínica

16.2.3. Objetivos

16.2.4. Cuidados

16.3. Deshidratación

16.3.1. Etiología

16.3.2. Clínica

16.3.3. Objetivos

16.3.4. Cuidados

16.4. Procedimiento: alimentación y administración de medicamentos por SNG.

Mantenimiento de la SNG

17. ALTERACIÓN DE LOS ÓRGANOS SENSORIALES

Juan Antonio Gómez Patiño y Domingo Palacios Ceña

17.1. Introducción

17.2. Etiología

17.2.1. Cambios fisiológicos más importantes que afectan a los órganos de los sentidos

17.2.2. Enfermedades más frecuentes en la vejez

17.3. Clínica general

17.4. Objetivos

17.5. Cuidados y tratamiento

17.5.1. Generales

17.5.2. Específicos

17.6. Anexos

17.6.1. Anexo 1. Mantenimiento de la prótesis ocular

17.6.2. Anexo 2. Mantenimiento del audífono

18. EL PIE GERIÁTRICO

Ángel Orejana García

18.1. Introducción

18.2. Clasificación de las alteraciones podológicas

18.3. Alteraciones podológicas en el pie de las personas mayores

18.3.1. Patología dérmica

18.3.2. Patología ungueal

- 18.3.3. Patología estructural del pie
- 18.4. Objetivos de la actuación del gerocultor ante las enfermedades del pie geriátrico
- 18.5. Cuidados
 - 18.5.1. Enfermedades dérmicas
 - 18.5.2. Enfermedades ungueales
 - 18.5.3. Patología estructural

PARTE III. CUIDADOS GENERALES EN SITUACIONES ESPECIALES

19. ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS

Jesús Santos Franco

- 19.1. Introducción
- 19.2. Principales vías de administración de fármacos
 - 19.2.1. Vía oral
 - 19.2.2. Vía tópica (dérmica)
 - 19.2.3. Vía oftálmica
 - 19.2.4. Vía ótica
 - 19.2.5. Vía nasal
 - 19.2.6. Vía vaginal
 - 19.2.7. Vía rectal
 - 19.2.8. Vía inhalatoria
 - 19.2.9. Vía sublingual
 - 19.2.10. Vía subcutánea

20. MOVILIZACIONES GENERALES Y ERGONOMÍA

César Barco Luengo y Carmen Asensio Peña

- 20.1. Introducción
- 20.2. Movilizaciones básicas
 - 20.2.1. Consideraciones generales
 - 20.2.2. Movilizaciones en cama
 - 20.2.3. Transferencias
 - 20.2.4. Asistencia en la deambulaci3n
- 20.3. Ergonomía básica

21. CUIDADOS A PERSONAS MAYORES EN FASE TERMINAL

Ana de Castro Mart3n

- 21.1. Introducción
- 21.2. Conceptos
 - 21.2.1. ¿Qué es una enfermedad terminal?
 - 21.2.2. Enfermedades que con más frecuencia conducen a situación terminal en los mayores
 - 21.2.3. ¿Cómo saber que una persona mayor está en fase terminal?
- 21.3. Objetivos
 - 21.3.1. Objetivo principal
 - 21.3.2. Objetivos específicos
- 21.4. Clínica
- 21.5. Cuidados en la enfermedad terminal
 - 21.5.1. Sobre los síntomas generales
 - 21.5.2. Sobre los síntomas específicos
 - 21.5.3. Otros aspectos a cuidar en la persona mayor con enfermedad terminal
 - 21.5.4. Cuidado de los síntomas durante la agonía
 - 21.5.5. Cuidar al cuidador

22. URGENCIAS

Domingo Palacios Ceña

- 22.1. Introducción
- 22.2. Urgencias cardiocirculatorias
 - 22.2.1. Parada cardiorrespiratoria (PCR)
 - 22.2.2. Isquemia arterial aguda
 - 22.2.3. Trombosis venosa profunda (TVP)
 - 22.2.4. Síncope
 - 22.2.5. Dolor de tórax
- 22.3. Urgencias respiratorias
 - 22.3.1. Insuficiencia respiratoria aguda
 - 22.3.2. Hemoptisis
 - 22.3.3. Síndrome aspirativo
- 22.4. Urgencias nefrourológicas
 - 22.4.1. Hematuria
- 22.5. Urgencias metabólicas
 - 22.5.1. Hipoglucemia
- 22.6. Urgencias digestivas
 - 22.6.1. Hemorragia digestiva (HD)
 - 22.6.2. Dolor abdominal
 - 22.6.3. Diarrea
- 22.7. Urgencias neurológicas
 - 22.7.1. Disminución del nivel de consciencia

22.7.2. Crisis epilépticas

22.8. Anexo: esquema de actuación ante una urgencia por personal gerocultor

BIBLIOGRAFÍA

PARTE I

PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

Introducción: historia de la gerocultura

1.1. Antecedentes de la gerocultura

Desde el inicio de la historia con los primeros caracteres escritos hasta la actualidad (totalmente invadida por los sistemas de información) se han obtenido testimonios, conocimientos e investigaciones acerca de la vejez, del envejecimiento y de la actitud individual y social ante este fenómeno.

Es innegable admitir que, en muchas ocasiones, las ideologías, las conductas y las normas vienen determinadas por los cambios sociales, económicos, políticos y culturales. La concepción de vejez y de “los viejos” siempre ha estado sometida a estos factores. Ahora bien, ¿qué es lo que ha sucedido para que aparezca esta concepción de la persona mayor como un ser “inútil”, obsoleto, sin nada que aportar? Fue a principios del siglo XX con la industrialización, las migraciones desde las zonas rurales al medio urbano, los cambios higiénico-alimentarios, los avances tecnológicos y médicos, los que produjeron un aumento de la esperanza de vida, con la aparición progresiva de un mayor número de personas mayores y, junto a éstas, pobreza, falta de recursos y marginación. El aumento de “viejos” enfermos en los hospitales e instituciones de la época facilitó que numerosos profesionales estudiaran las características y enfermedades de esta población.

A pesar de estos cambios implícitos en las sociedades industrializadas, fue apareciendo poco a poco un nuevo campo de trabajo y estudio en el ámbito sanitario y social. De este nuevo ámbito surgieron dos conceptos que, en la actualidad, son utilizados en ocasiones indiscriminadamente: se trata de la geriatría y la gerontología. El primero hace referencia a la parte de la medicina que estudia las enfermedades de la vejez, mientras que la segunda es una disciplina antropológica que estudia todo lo relacionado con el proceso de envejecimiento.

Al llegar a este punto es necesario recordar un término empleado en los distintos períodos históricos para señalar todos los cuidados que acontecían a la persona mayor: la

gerocomia. Como ya se ha indicado, este concepto hace referencia a las normas o hábitos que determinan el “buen envejecer” o el retraso de los cambios producidos por la edad, que facilitarían la vivencia con esperanza de esta nueva etapa de la vida.

Hijo de la gerocomia es el término de gerocultura, muy utilizado en la actualidad pero no por ello distinto en su significado. Se entiende por gerocultura todo lo relacionado con el cuidado de la persona mayor. Abarca todo tipo de actuaciones y cuidados que son realizados por los distintos tipos de profesionales que se dedican a estudiar, investigar y trabajar por y para los ancianos, independientemente del lugar donde estén, de su *status* y de sus características personales.

A lo largo de la historia distintas personas e instituciones (generalmente promovidas por un esfuerzo individual) en multitud de países y culturas se han ocupado de la atención de las personas mayores, aunque no siempre ha sido así. También es cierto que las mujeres y hombres que atendían y protegían a esta población se han encontrado con diversas dificultades, falta de recursos, incomprensión social, etc. Pero, simultáneamente a sus esfuerzos, la visión de la vejez por parte de la sociedad ha ido cambiando de manera paulatina.

Respecto de la formación o al cuerpo de conocimientos necesarios para realizar unos cuidados correctos, han tenido que pasar muchos años, experiencias, iniciativas y proyectos para perfilar el horizonte de cada profesional que trabaja con las personas mayores. Desde la atención de los mayores por las mujeres en las distintas culturas y períodos de la historia, pasando por los *valetudinaria* (instituciones que asistían a los soldados viejos en la época romana), los *basileos* (creadas por san Basilio) en la Europa Occidental medieval y la atención ofrecida por el *bimaristan* (casa de enfermos) árabe, hasta llegar a los cuidados realizados por órdenes religiosas (Siervas de María, Hermanitas de los Ancianos...) y otras instituciones, la formación de los distintos profesionales que han atendido y que atienden a las personas mayores ha ido evolucionando a medida que aparecían nuevos descubrimientos (en el ámbito de la geriatría y de la gerontología) y gracias a que el pensamiento social existente hacia este tema, se fue modificando y cambiando desde el punto de vista sanitario, social, económico y político.

Hoy día las residencias de ancianos en los países anglosajones (*nursing home*) son punteras en la organización y planificación de los servicios de enfermería y en la ayuda a domicilio.

Actualmente se tiende a denominar como gerocultor, no a todos los profesionales que cuidan de las personas mayores, sino a un trabajador concreto: los auxiliares de enfermería. Éstos realizan, sin lugar a duda, la atención geriátrica y gerontológica más directa de todos los profesionales y son, y deberían ser, uno de los eslabones principales de la cadena de atención, aun cuando en muchas ocasiones son relegados (ellos/as y sus tareas) a un segundo plano.

1.2. Formación del gerocultor

Lo ideal para facilitar una correcta y óptima atención sería que todo profesional tuviera el título de Auxiliar de Enfermería o una formación básica similar en materia sanitaria y social (siempre y cuando cumplierse las normas vigentes en esta materia) y que posteriormente hubiese realizado cursos en geriatría y gerontología para completar su formación en este campo.

Respecto a la formación continuada, es necesario fomentar su creación y su realización por numerosas causas, entre ellas:

- Porque los gerocultores son el personal más numeroso.
- Porque son los que tienen un contacto más directo con las personas mayores.
- Porque la formación en campos específicos (como por ejemplo enfermos de Alzheimer) en ocasiones suele ser baja.
- Porque son los encargados de los cuidados básicos.
- Porque aumenta la responsabilidad directa e indirecta de muchas de sus actuaciones.

1.3. Funciones del profesional de la gerocultura

Las siguientes son un listado general de las funciones que debe realizar un gerocultor. Muchas de éstas vienen determinadas por su titulación y trabajo, aunque también pueden existir tras una delegación por parte de otros profesionales. La delegación de tareas vendrá determinada en función de su formación, conocimientos y destreza de las técnicas encomendadas. Éstas pueden estar o no bajo supervisión directa del profesional que delegue, quien aun así, debe estar localizable para resolver cualquier duda o problema respecto a la actividad o tarea delegada. Se delegará la actividad, no la responsabilidad. Siempre, el máximo responsable será aquel profesional que delegue, pero también existe responsabilidad por parte del gerocultor al realizar la actividad. Ejemplo de delegaciones son administrar medicación por vía tópica, oral..., administración de alimentación enteral con sonda nasogástrica, realización de cambios posturales, etc.

Los gerocultores, independientemente del ámbito de actuación (unidad de hospitalización geriátrica, domicilio, residencia...), tendrán unas tareas básicas. Éstas podrán modificarse, aumentar o disminuir, en función del tipo de actividad delegada, colaborarán con otros profesionales, medio laboral, formación específica en un campo (paliativos, demencias...), etc.

Entre las tareas propias del gerocultor se encuentran:

1. Tareas con la persona mayor:

- Conocimiento de los problemas y planes de cuidados de las personas

mayores a su cargo.

- Manejo de los síndromes geriátricos y detección de las necesidades de las personas mayores.
- Mantener y potenciar la independencia para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) y ayudar a las personas mayores a cubrirlas en caso de incapacidad o deterioro (comer, bañarse, vestirse...). En caso de deterioro elevado y progresivo hacer con la persona mayor y/ o por ella las AVD.
- No se debe realizar por ellos lo que puedan realizar por sí mismos ya que a largo plazo es perjudicial.
- Ayudar al desplazamiento y acompañamiento.
- Control y realización de la higiene diaria, observando el estado de la piel y las mucosas.
- Apoyo psicológico a las personas mayores.
- Administración (delegada) de la medicación preparada por la enfermera.

2. Tareas con la familia:

- Informar a los familiares sobre temas relacionados con sus funciones: higiene, aseo, vestido, capacidad de comer, etc. (estado de las AVD en general).
- Apoyo psicológico a los familiares.
- Facilitar la incorporación de los familiares a los cuidados, si así lo desean.

3. Tareas relacionadas con el cuidado y mantenimiento del material:

- Limpieza del mobiliario clínico (sillas de ruedas, carro de curas...), instrumental variado y preparación/esterilización del material quirúrgico.
- Mantener en buenas condiciones el mobiliario de la habitación/domicilio de la persona mayor (hacer la cama, recoger la ropa, ordenar armarios...).
- Control y mantenimiento de la lencería y los carros de la ropa; eliminación de la ropa sucia.

4. Tareas administrativas:

- Petición y distribución de ropas y dietas.
- Completar los registros correspondientes.
- Inventario de las pertenencias de las personas mayores.
- Cumplimentación de protocolos (del centro o del servicio) en casos especiales como urgencias, fallecimiento...

5. Tareas con el equipo:

- Colaborar y ayudar a otros profesionales en sus tareas.
- Realización de actividades delegadas.
- Reunión con el equipo multidisciplinar para poner en común información para desarrollar objetivos y planes de actuación.

CUADRO 1.1
Tareas delegadas (ejemplos)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Administración de medicación. Vías más utilizadas: oral, tópica, vaginal, rectal.• Administración de alimentación enteral.• Realización de movilizaciones pautadas, cambios posturales.• Higiene y lavado con presencia de apósitos, drenajes, heridas quirúrgicas.• Recogida de muestras: orina, heces, esputo.• Favorecer la autonomía y mantenimiento de las actividades de la vida diaria. |
|---|

Como se ha explicado, las tareas de los profesionales de la gerocultura están influenciadas dependiendo del medio laboral en que se encuentren, ya sea en el ámbito de los servicios de salud o de los servicios sociales. El abanico de posibilidades donde pueden realizar sus funciones es muy amplio, pudiéndose citar entre otros:

- Hospital (unidad de agudos, de media estancia, hospital de día).
- Instituciones de larga estancia (residencias).
- Servicios de ayuda a domicilio.
- Centros de día.

En cada uno de estos lugares se realizarán las funciones básicas enumeradas, junto con otras características del servicio o del lugar donde trabajen (véase [cuadro 1.2](#)).

1.4. Conclusiones

- A medida que la edad media de la población española aumenta progresivamente, también surgen nuevas ayudas para las personas mayores en forma de coberturas sociales, a pesar de los recortes farmacéuticos y de otras prestaciones sanitarias que se están produciendo en la actualidad.
- Cada día aparecen nuevas instituciones y centros de ayuda que se encargan de la atención de esta población, independientemente de los cuidados que se facilitan en las unidades de agudos, de rehabilitación, de media estancia, etc. en los hospitales. Estas ayudas se traducen en centros de acogida, instituciones de larga estancia

(privados y concertados), centros de día, servicios de ayuda a domicilio, etc. Esta nueva oleada de empresas e instituciones dirigidas hacia la población anciana y a sus necesidades ha provocado la aparición de un nuevo mercado laboral, el cual necesita cada vez más de personal cualificado para poder desarrollar todas las actuaciones con cierto rigor y calidad. En este nuevo medio laboral aparece la figura de los gerocultores; auxiliares de enfermería con una formación dirigida hacia la geriatría y gerontología.

- Esta nueva figura deberá asumir una mayor responsabilidad directa e indirecta de todas sus actuaciones, tanto en los cuidados básicos (higiene, aseo, prevención de úlceras, etc.) como en el control del estado de las actividades de la vida diaria (AVD) y la detección de complicaciones. Son uno de los eslabones principales en el desarrollo de actividades y cuidados de las personas mayores por ser el personal más numeroso, el que más contacto tiene con esta población y por ser el que soporta una importante sobrecarga laboral-asistencial.
- Asimismo, estos trabajadores tendrán que adaptarse a trabajar con multitud de profesionales (enfermeros, terapeutas, médicos, psicólogos, fisioterapeutas...), siendo parte de su trabajo, en ocasiones, asumir ciertas delegaciones realizadas por éstos.
- Es frecuente que sean los propios trabajadores los que demanden una formación adecuada al tipo de trabajo y a las exigencias laborales presentes en su medio, pero, en ocasiones, la formación facilitada consiste en cursos de reciclaje de “auxiliar de geriatría”, que no son sino una revisión de lo ya conocido, o se realizan cursos de geriatría y gerontología con un número muy reducido de horas o claramente insuficientes. Junto a estos dos problemas comunes aparece uno nuevo: la ausencia de manuales específicos de gerocultores que faciliten una información precisa y exhaustiva de sus actuaciones ante los problemas y situaciones más frecuentes con los que se van a encontrar al trabajar con personas mayores (síndromes geriátricos, pluripatología, polifarmacología, enfermedades crónicas, etc.).

CUADRO 1.2
Funciones básicas

	TAREAS CON LA PERSONA MAYOR	TAREAS CON LA FAMILIA	MANTENIMIENTO Y CUIDADO DEL MATERIAL	TAREAS ADMINISTRATIVAS	TAREAS CON EL EQUIPO
EN UNIDAD DE HOSPITALIZA- CIÓN GERIÁTRICA DE AGUDOS	Control higiene, estado de la piel, cambios posturales, estado AVD, administración de medicación, control de la temperatura, cuidado prótesis, toma de muestras (orina, heces, esputos), cambio pañales, empapadores.	Apoyo psicológico y emocional. Educación sanitaria. Informar de los horarios de visita, de consulta con los médicos.	Estado del mobiliario clínico, instrumental, ropa, almacén. Preparación y esterilización del instrumental quirúrgico. Ordenar y desinfectar carro de curas, estantes. Reponer material.	Petición de dietas, lencería. Listado de material defec- toso. Registros. Inventario de pertenencias, prótesis.	Reunión con la enfermera para determinar los objetivos y plan de cuidados a seguir. Realizar tareas delegadas.
RESIDENCIA (deberá existir una adaptación mayor a las normas de ésta y de los profesionales a las características del residente)	Igual que en el anterior, en caso de independencia. Habrá residentes independientes que sólo necesitarán ayuda puntualmente. Respetar hábitos y costumbres. Acompañar a consultas externas aportando la docum. precisa. Valorar estado de la habitación. Fomentar actividades de ocio, trabajos en la residencia...	Igual que en el caso anterior. Informar del estado de las AVD (si no existe contraindicación). Incorporar a la familia a los cuidados básicos.	Igual que en el punto anterior.	Igual que en el punto anterior.	Igual que en el punto anterior.
DOMICILIO	Control del estado de las AVD. Cuidados básicos. Asegurar seguridad en el domicilio. Valorar domicilio, condiciones higiénico-sanitarias. Evaluar las relaciones familiares.	Informar de las ayudas que existen actualmente (sanitarias, sociales). Educación sanitaria (dieta, hábitos nocivos, etc.). Incluir en los cuidados básicos. Explicar toda técnica realizada.	Hacer cama, ordenar ropa y armarios. Preparar material para alimentación. Desinfectar cuna. Ordenar la casa, limpiarla o similares no es tarea del gerocultor a menos que en sus condiciones laborales se especifique lo contrario.	Registros de todas las actuaciones.	Visita programada para recoger información de la familia, domicilio... Reunión para establecer objetivos y planes de cuidado.
CENTRO DE DÍA	Estado de las AVD. Recepción familia y persona mayor. Registro y cuidado de su ropa. Administración medicación. Apoyo psicológico. Cuidados básicos.	Recepción de la familia. Registrar y guardar la medicación suministrada por la familia.	Control del estado de las ayudas necesarias que utilice. Limpiar prótesis. Valoración del estado de las prótesis	Petición de ambulancia. Registros. Inventario de la ropa y fármacos suministrados. Registrar observaciones de los familiares.	Reunión con equipo. Reunión con los familiares. Colaboración con enfermeras, terapeutas y fisioterapeutas.

- El objetivo de este manual es dar una información específica acerca de todos los procesos relacionados con esta población, centrándose en aquellos que viven en una institución de larga estancia (residencias). Se describirán los cambios fisiológicos inherentes al envejecimiento, se potenciará la familiarización con los conceptos y términos más usados en geriatría, la descripción de los síndromes geriátricos, las actuaciones básicas a seguir ante los distintos tipos de urgencias más comunes, así como su papel ante la persona mayor terminal, y con la administración de fármacos.
 - El deseo de los coordinadores y del resto de autores es que este manual sea, sobre todo, operativo y útil. Que sirva como guía orientativa para los gerocultores con ansias de conocer y aprender, aquellos que no se conforman con la rutina ni con lo aprendido y que, sobre todo, se preocupan por su formación como profesionales y como personas, ya que al querer conocer mejor su trabajo, al mismo tiempo, apuestan por unos cuidados y un trato correcto hacia aquellos que son el centro de su trabajo: las personas mayores.
-

Valoración geriátrica

2.1. Introducción

Es un dato estadístico constatable el crecimiento de la población mayor en los últimos años. Este colectivo tiene cada día edades más altas. El proceso de envejecimiento por sí solo no resulta incapacitante mientras no se llegue a edades tan altas. La gran mayoría de personas mayores están libres de estas discapacidades, o lo están en un grado bajo, a pesar de las enfermedades crónicas que se padecen a estas edades.

Sin embargo, el mayor es un paciente que presentará un alto número de problemas asociados (biológicos, patológicos, psíquicos y socioeconómicos) y que aumentan con la edad: tendencia a la cronicidad, incapacitación, dependencia y condiciones sociales desfavorables. El mayor precisa una evaluación más amplia y por ello debe ser específica. Por ello la geriatría ha tenido que desarrollar una técnica de valoración propia que intenta identificar y dar una respuesta adecuada a una problemática tan compleja. Una valoración geriátrica completa se compone de una serie de técnicas para la detección de problemas de salud, funcionales, mentales y sociales que pueden darse en un mismo individuo mayor. Para este fin se requiere la participación de un equipo multidisciplinar, ya que en esta valoración deben colaborar necesariamente diversos profesionales (sanitarios o no).

En este equipo se integran los gerocultores. Estos profesionales son, sin lugar a duda, los miembros que más en contacto están con los mayores, constituyéndose en cuidadores principales de estas personas y siendo una de las más importantes fuentes de información para la valoración geriátrica. Es por esta razón por la que este grupo de profesionales debe conocer los instrumentos de valoración. Resulta indispensable para un equipo interdisciplinar que el gerocultor sepa qué debe observar en una persona mayor para ser valorado y qué datos pueden ser de interés para otros profesionales del mismo

equipo que serán responsables de la prescripción de las medidas terapéuticas y los cuidados individualizados para cada persona.

2.2. Concepto

Se puede definir la valoración geriátrica como el “proceso de diagnóstico multidimensional e interdisciplinario destinado a cuantificar las capacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales del anciano con el propósito de elaborar un plan exhaustivo para su tratamiento y su seguimiento a largo plazo” (Pérez Melero, A., 1997, p. 90).

La valoración geriátrica no evalúa únicamente los problemas de carácter médico, sino todas aquellas dimensiones que pueden afectar a la salud del mayor (físicas, psíquicas y/ o sociales). De esta manera, una evaluación exhaustiva posibilitará el acercamiento a la persona mayor desde cualquier aspecto que pueda influir en su bienestar.

Cualquier valoración debe considerar:

- La variabilidad individual. No todos los sujetos envejecen igual ni al mismo ritmo.
- En la persona mayor se dan cita múltiples enfermedades y problemas médicos a un tiempo.
- La presentación atípica de enfermedades. Los signos y síntomas que permiten diagnosticar las enfermedades en personas más jóvenes se presentan de manera diferente en los mayores.
- Presencia de síndromes geriátricos, propios de la población mayor.

2.3. Objetivos de la valoración geriátrica

Permite:

- Conocer la situación del mayor en el momento mismo de la evaluación, lo que posibilita la predicción sobre la evolución y el seguimiento del proceso que sufra el mayor a lo largo del tiempo.
- Ser más exactos en el diagnóstico de los problemas funcionales, psíquicos y sociales.
- Establecer unos objetivos terapéuticos y unos planes de cuidados adecuados e individualizados para cada persona.
- Utilizar de manera apropiada los recursos y servicios, evitando una innecesaria

institucionalización del mayor. Con una cuidadosa evaluación se puede mantener al individuo en su medio habitual.

CUADRO 2.1
Funciones a medir en la valoración geriátrica y escalas usadas

FUNCIÓN VALORADA		MÉTODO o ESCALA EMPLEADA
Valoración física		Exploración física
Capacidad funcional (AVD)	ABVD	Índice de Katz Índice de Barthel Escala de la Cruz Roja
	Movilidad (riesgo de caídas)	Escala de Timetti
	AIVD	Índice de Lawton
Valoración mental	Esfera cognitiva	Miniexamen cognoscitivo de Folstein Escala de incapacidad psíquica de Cruz Roja Cuestionario de examen cognitivo de Pfeiffer
	Esfera afectiva	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage
Valoración social		OARS Social Resource Scale

CUADRO 2.2
Formas de valoración

<i>Interrogatorio</i>
• Ventajas: – Mayor rapidez en la valoración. – No requiere personal especializado. • Dos tipos: – Al mismo individuo al que se desea valorar. – A la familia o al cuidador principal. • Importante: la opinión del sujeto entrevistado (siempre que tenga un buen nivel cognitivo) es más fiel a la realidad que la del cuidador.
<i>Observación directa:</i>
• Se aproxima más a la situación real del individuo al evaluar directamente la ejecución de las actividades. • Detecta mejor los pequeños cambios. • Tiene el inconveniente de precisar mayor tiempo y un personal especializado para su realización. Si no hay una correcta supervisión durante la misma se produce un alto riesgo de sufrir accidentes (por ejemplo, caídas).

2.4. Evaluación funcional

La medición de la capacidad funcional evalúa la ejecución o la capacidad de ejecutar determinadas actividades. La evaluación funcional valora la dependencia o independencia en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD).

Las AVD se pueden dividir en:

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): conjunto de actividades de autocuidado (vestirse, deambular, bañarse/asearse, comer y controlar esfínteres). Son las tareas más elementales y las últimas en perderse.
- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): tareas que indican la capacidad del mayor para poder llevar una vida independiente en su ambiente habitual (tareas del hogar, capacidad para realizar compras, manejo de fármacos y manejo de asuntos económicos).
- Movilidad. Se puede incluir en las ABVD o evaluarse independientemente. La alteración de esta capacidad puede generar la dependencia del mayor respecto de sus cuidadores, además de suponer un grave riesgo para su seguridad si no se aportan los medios necesarios para su ayuda.

La dependencia en las AVD está relacionada con la mortalidad a corto plazo y con la probabilidad de internamiento en residencias geriátricas.

CUADRO 2.3
Descripción de las ABVD

Alimentación	Capacidad de usar los utensilios adecuados para llevar la comida a la boca, masticarla y tragar tras una adecuada preparación de los alimentos.
Lavado (baño)	Capacidad de lavarse el cuerpo desde el cuello a los pies, en bañera o ducha, o con esponja, si la persona está encamada.
Vestirse	Capacidad de ponerse la ropa. Capacidad de colocarse o quitarse prótesis cuando sea necesario.
Arreglarse (aseo personal)	Cuidado de la boca. Limpieza y peinado del cabello. Lavado de las manos y cara. Capacidad para afeitarse o maquillarse.
Deposición	Control total y voluntario de la defecación. Utilización del equipo necesario para dicho control.
Micción	Control total y voluntario de la vejiga urinaria. Utilización del equipo necesario para dicho control.
Uso del retrete	Uso del retrete o cuña y el desplazamiento al servicio. Colocación de la ropa antes y después de la realización de estas necesidades de forma correcta.

Traslado sillón/cama	Movilidad relacionada con acostarse y levantarse de/a la cama y un sillón/silla normal o de ruedas, así como la capacidad de ponerse de pie, si la persona camina normalmente.
Deambulaci3n	Caminar de manera independiente al menos 50 m, aunque se ayude de muletas, bastones, etc.
Escalones	Capacidad de subir y/o bajar escaleras.

2.4.1. Escalas para la medici3n de las ABVD

Se utilizan para la medici3n de las funciones de autocuidado y la descripci3n del estado de la persona mayor. Son un instrumento muy importante para la detecci3n de problemas adem1s de definir el grado de ayuda que requiere la persona mayor.

1. *Índice de Katz*. Es la escala m1s utilizada. Mide la capacidad de ejecuci3n de seis actividades sin necesidad de ayuda: ba1o, vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentaci3n. Por ayuda se entiende la supervisi3n, direcci3n o colaboraci3n activa.
Se valora la dependencia o independencia para la ejecuci3n de determinadas actividades. Los resultados se asocian a una categor1a global de funcionamiento que se traslada a un orden alfab3tico (A, B, C, etc.). Este 1ndice es muy eficaz para la predicci3n de la expectativa de vida: a mayor puntuaci3n, menores expectativas.
2. *Índice de Barthel*. Esta escala valora m1s actividades, hasta un total de diez: comer, lavarse, ba1arse, vestirse, arreglarse, deposici3n, micci3n, uso del retrete, traslado sill3n cama, deambulaci3n, subir/bajar escaleras. Se utiliza en las unidades de rehabilitaci3n, ya que resulta muy eficaz para sus caracter1sticas. Puntúa de 0 a 100.
3. *Escala de la Cruz Roja de valoraci3n f1sica*. Evalúa las ABVD, la ayuda instrumental que precisa el mayor para la deambulaci3n, la continencia de esf1nteres y el grado de limitaci3n de la movilidad.

2.4.2. Escalas para la medici3n de las AIVD: Índice de Lawton

Para la realizaci3n de las AIVD se precisa un mayor grado de independencia al tratarse de tareas m1s complejas. Las escalas que miden estas actividades son m1s sensibles que las de las ABVD para la detecci3n de los primeros grados de deterioro funcional de la persona mayor.

La escala que suele usarse para su medici3n es la del Philadelphia Geriatric Center

o Índice de Lawton de AIVD. Dicha escala valora ocho actividades: uso de teléfono, ir de compras, preparación de la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, utilización de medios de transporte, manejo de la medicación y uso del dinero.

La puntuación máxima es de 8 para las mujeres y 5 para los hombres. Esta diferencia se debe a que a estos últimos no se les evalúa la preparación de comidas, el lavado de ropa y las tareas domésticas.

A la hora de valorar la capacidad de realización de estas tareas, debe tenerse en cuenta un hecho que resulta un inconveniente: en ocasiones el mayor no realiza la actividad porque no pueda hacerlo sin ayuda, sino por simple comodidad.

2.5. Valoración mental

La presencia de alteraciones mentales en la persona mayor suelen ser signo de enfermedad. En esta población la frecuencia de deterioro de la capacidad intelectual así como la presencia de estados depresivos es bastante alta. La valoración mental se realizará, pues, desde dos esferas: la cognitiva y la afectiva.

Las pruebas empleadas para la valoración de la función mental pertenecen al terreno de la psicología y deben ser realizadas por los profesionales preparados en este campo. Sin embargo, los datos aportados por otros miembros del equipo sanitario, en especial el equipo de gerocultores, en contacto más estrecho con estos pacientes, es de enorme utilidad a la hora de complementar la información que puede obtenerse directamente de la persona mayor. Sin embargo, esta aportación lleva consigo el riesgo de caer en los extremos: por un lado, la infravaloración de signos y síntomas mostrados por el mayor; y por otro, la supervaloración de los mismos.

2.5.1. Valoración de la función cognitiva

Por función cognitiva entendemos la capacidad de realizar funciones intelectuales (pensamiento, comunicación, entendimiento, cálculo y resolución de problemas, además del recuerdo de personas y la orientación espacio-temporal). Las alteraciones de esta función se conocen con los nombres de demencia y estado confusional agudo.

CUADRO 2.4

Síntomas que pueden observarse en las alteraciones de la función cognitiva

Alteraciones conductuales	• Agresividad. • Conductas sexuales inadecuadas. • Desinhibición social. • Irritabilidad.

	• Negación o indiferencia ante la enfermedad.
Alteraciones del pensamiento	• Ideas delirantes (pensamientos que no se ajustan a la realidad pero que no pueden eliminarse con el razonamiento). • Fobias.
Alteraciones de la percepción	• Alucinaciones (percepciones sin estímulo real). • Ilusiones (interpretaciones erróneas de un estímulo sensorial normal).
Nivel de conciencia (grados)	• Alerta. • Somnolencia. • Obnubilación. • Estupor. • Coma.
Orientación	• Espacial (sabe dónde está). • Temporal (sabe día, mes y año en que vive). • Personal (reconoce a familiares o amigos).
Memoria	Se altera rápidamente en personas con demencia o síndrome confusional agudo: • Memoria inmediata. • Memoria reciente. La última en alterarse por demencias: • Memoria remota.

1. *Mini-examen cognitivo (MEC) de Lobo*. La escala más empleada es esta versión española del “Mini-Mental State Examination” de Folstein. Los parámetros que se valoran son:

- Orientación espacio-temporal. El mayor sabe dónde está y en qué momento.
- Fijación. Valora la capacidad de retención. En este apartado se debe insistir en que recuerde bien las palabras que se le van a decir, ya que luego se le preguntará por ellas (en el apartado de memoria).
- Concentración y cálculo. Este apartado mide un área intelectual más sensible al deterioro, pero puede inducir a errores si la persona evaluada posee un bajo nivel educativo
- Memoria. Debe recordar las palabras dichas en el apartado de fijación.
- Lenguaje y construcción. Valora la capacidad para el razonamiento abstracto. La reproducción de una figura evalúa la función fisio-espacial (se altera en la enfermedad de Alzheimer). La puntuación máxima para este examen es de 35.

Esta escala tiene el grave inconveniente de dar, frecuentemente, falsos resultados positivos al deterioro en pacientes con depresión, analfabetos, con deficiencias sensoriales (ciegos o sordos) o personas de edad avanzada.

2. *Escala de incapacidad psíquica de Cruz Roja.* Valora alteraciones del lenguaje, la orientación, la continencia y alteraciones del comportamiento.

2.5.2. *Evaluación de la función afectiva*

Tiene por objetivo detectar estados de depresión o ansiedad. Es importante valorar esta función, ya que puede ser motivo de alteraciones de carácter funcional en las personas mayores.

Dicha evaluación tiene como inconveniente el hecho de que las personas mayores suelen negar sus sentimientos de depresión y ansiedad, mientras que presentan con más frecuencia que en las personas más jóvenes molestias de carácter somático.

La escala más empleada de la “Geriatic Depression Scale” de Yesavage, consistente en 30 preguntas de contestación dicotómica (sí/no).

2.6. Función social

El bienestar social se relaciona estrechamente con el físico y mental. Un individuo puede tener una serie de limitaciones de carácter físico, pero un entorno social adecuado puede permitirle manejar sus problemas de salud y preservar su autonomía. Por ello una valoración completa debe incluir la evaluación de esta función.

Los datos recogidos informan sobre la necesidad de ayudas de carácter social por mediación de diferentes entidades sociales (ayuntamientos, comunidades autónomas, INSALUD, etc). Estos datos son: con quién vive, cuál es el tipo de vivienda en la que habita, cuál es la pensión que recibe, cuáles son las relaciones sociales que tiene, qué ayudas recibidas y qué soporte asistencial tiene (ayuda a domicilio y seguimiento de médicos y enfermeras de atención primaria).

El instrumento de medida más empleado en población anciana es el OARS Social “Older Americans Research and Service Center Instrument” en sus dos versiones : para mayores en residencias y mayores en su ambiente comunitario. Estos datos serán recogidos por los trabajadores sociales.

CUADRO 2.5
Ventajas de la evaluación geriátrica

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Mejora el estado funcional, la situación afectiva y la cognitiva.• Reduce el número de fármacos prescritos.• Mejora la exactitud diagnóstica y las decisiones sobre la mejor ubicación del paciente.• Disminuye la necesidad de hospitalización por procesos agudos y de institucionalización de las personas mayores y aumenta el uso de los servicios domiciliarios.• Reduce el coste de la asistencia. |
|---|

- Aumenta la supervivencia.

Fuente: Modificado de Pérez Melero, A., 1997, p. 106.

Recuerde...

- El mayor precisa una evaluación más amplia y específica para la detección de problemas de salud, funcionales, mentales y sociales que pueden darse en un mismo individuo. Se utilizan una serie de escalas de valoración para cada una de dichas funciones que se integran en la vida del mayor.
 - Para la valoración geriátrica se requiere la participación de un equipo multidisciplinar, en el que se integra de forma activa el gerocultor por ser el miembro que más en contacto está con los mayores y una de las más importantes fuentes de información para dicha valoración.
-

Características de las enfermedades en las personas mayores y valoración de sus necesidades

3.1. Valoración de las necesidades de la persona mayor

En el capítulo anterior se ha explicado la valoración geriátrica como el método principal para la detección de problemas ocultos y la valoración integral de la persona mayor. Dentro de esta se han descrito distintas herramientas para su realización, como son las escalas de valoración geriátrica. El problema del uso de algunas escalas por los gerocultores (sobre todo las destinadas a la medición de las actividades de la vida diaria) son las limitaciones existentes para su utilización determinadas en su mayoría por:

- Falta de conocimientos específicos y de una formación inadecuada y/o deficiente.
- Por la sobrecarga laboral y la falta de tiempo para su uso.
- Por falta de experiencia en su realización.

Es por esto que, en ocasiones, muchas aplicaciones de la escala quedan reducidas al mero uso interpretativo de esta (al ser realizada por otros profesionales), quedando excluida la opinión y observaciones del gerocultor.

Pero, además de la utilización concreta de una serie de escalas, es preciso que se valoren otra serie de parámetros. Uno de éstos, junto con el estado de las actividades de la vida diaria, es la cobertura de las *necesidades* (de las personas mayores). Se ha de tener en consideración que los cambios fisiológicos existentes, junto con la presencia de enfermedades o lesiones, influirán directa o indirectamente en la capacidad de resolución de esas necesidades (deseos) por parte de la persona mayor, determinando su independencia o dependencia para cubrirlas de manera autónoma.

Para planificar cómo ayudar a cubrir una necesidad concreta, es necesario conocer las características individuales de cada persona “... teniendo en cuenta que cada individuo establecerá su jerarquía según su escala de valores” (García Hernández, M., Torres Egea, M. P. y Ballesteros Pérez, E., 1993).

Todas las actuaciones en función de cada necesidad tendrán en consideración tres preguntas clave:

- ¿Qué puede hacer o qué hace la persona mayor?
- ¿Qué quiere hacer?
- ¿Qué se le permite hacer?

Actualmente existen muchos modelos que describen un número determinado de necesidades que deben cubrirse para tener una vida satisfactoria: por ejemplo, vivir en un medio seguro, poder alimentarse, ausencia de dolor, mantenimiento de la autonomía, etc. Entre los modelos más utilizados está la “Pirámide de necesidades de Maslow” y el de las “14 necesidades de Virginia Henderson”. Estas 14 necesidades son las siguientes:

1. Necesidad de respirar.
2. Necesidad de alimentación e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de movimiento y alineación corporal.
5. Necesidad de sueño y descanso.
6. Necesidad de elección de ropa, vestirse y desvestirse.
7. Necesidad de mantenimiento de la temperatura corporal.
8. Necesidad de mantenimiento de la higiene corporal (protección de la piel).
9. Necesidad de prevención de los peligros del medio ambiente (seguridad).
10. Necesidad de comunicación y expresión de la sexualidad.
11. Necesidad de creencias.
12. Necesidad de un trabajo adecuado o de la realización de actividades para realizarse.
13. Necesidad de jugar y realizar actividades de ocio.
14. Necesidad de aprendizaje.

Los siguientes cuadros describen cada una de las 14 necesidades; en qué consisten, condiciones mínimas que deben existir para considerar a una persona dependiente o independiente ante una necesidad concreta y los cuidados generales para fomentar una mayor autonomía. Jamás debe olvidarse que va a existir una gran interrelación entre las necesidades. Por ello es fundamental intentar cubrir el mayor número de éstas.

CUADRO 3.1
Las 14 necesidades de Maslow

NECESIDAD DE RESPIRAR	MANIFESTACIÓN DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIÓN DE DEPENDENCIA	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESOLUCIÓN DE NECESIDADES	CUIDADOS GENERALES
• Capacidad para captar oxígeno y expulsar CO₂. • Existencia de una correcta ventilación (inspiración-expiración). • Ausencia de alteraciones cardiovasculares que impidan el transporte de oxígeno.	• 15-25 respiraciones por minuto. • Respiración sin fatiga ni esfuerzo. • 70-80 latidos por minuto. • Capacidad de expectorar las secreciones pulmonares. • Mantiene su ambiente limpio de contaminantes.	• Respiración con esfuerzo y fatiga junto con elevado sudor. • Tos irritativa, ausencia de expectoración. • Uso de músculos esternocleidomastoideo e intercostales. • No mantiene un ambiente limpio. • Presencia de ruidos respiratorios audibles sin auscultación; roncus, silbidos, estertor...	• Cambios fisiológicos en el aparato respiratorio y cardiovascular. • Realización de ejercicios de manera regular. • Ausencia de hábitos tóxicos: fumar, sedentarismo. • Presencia de antecedentes de riesgo: trabajo en minas... • Consumo de fármacos. • Presencia de enfermedades pulmonares y cardiacas. • Entorno, clima y contaminación ambiental.	• Actividad física moderada y regular. • Evitar sobrepeso. • Dieta equilibrada. • Planificar períodos de descanso. • Control de las enfermedades crónicas. • Consumir 1.500 cc de agua al día si no existen contraindicaciones.

ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN	MANIFESTACIÓN DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIÓN DE DEPENDENCIA	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESOLUCIÓN DE NECESIDADES	CUIDADOS GENERALES
• Capacidad para conseguir, preparar y comer los alimentos en las proporciones adecuadas y con los nutrientes básicos. • Aporte correcto de líquidos.	• Conocer los nutrientes que aporta cada alimento. • Mantener la capacidad para adquirirlos, conservarlos y prepararlos adecuadamente. • Ausencia de la dificultad para ingerirlos. • Conservar los recursos económicos suficientes.	• Existencia de riesgo de síndrome aspirativo. • Imposibilidad de adquirir alimentos y elaborar dietas. • Ingesta por exceso o por defecto. • Pérdida o aumento brusco de peso. • Existencia de enfermedades, estados carenciales, anorexia, etc.	• Cambios sensoriales en el gusto, olfato, la vista y en el estado de la boca, dientes o encías. • Hábitos: higiene de la boca, dieta rica en grasas. • Dificultades socio-económicas para adquirir y conservar los alimentos. • Consumo de fármacos. • Estado de ánimo. • Uso de prótesis dentales. • Valoración del acto de comer.	• Almacenaje y distribución de alimentos. • Durante la comida, mantener el tronco por encima de 45°. Mantenerlo mínimo 30 minutos. • Evitar siestas. • Cuidado de la boca, dientes y prótesis dentales. • Control de peso. • Realizar ejercicio, adecuada ingesta de líquidos. • Evitar consumo de alimentos enlatados, salados, dulces y alcohol.

ELIMINACIÓN	MANIFESTACIÓN DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIÓN DE DEPENDENCIA	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESOLUCIÓN DE NECESIDADES	CUIDADOS GENERALES
• Capacidad de eliminar las sustancias de deshecho. • Se realizarán a través de la orina, heces, transpiración y respiración.	• Hábitos de evacuación correctos. • Orina: - 6-8 micciones/día. - > 40 ml/hora. - 1.200-1.600 ml/día. - Color amarillo claro. - No existe turbidez ni mal olor ni componentes extraños. • Heces - 1-2 deposiciones/1-2 días. - Heces de color marrón, consistencia sólida y olor fuerte. • Hábitos higiénicos correctos.	• Modificación y evacuación. • Orina - Aumento de frecuencia al día. - Aumento del volumen. - Presencia de goteo, dolor, quemazón. - Incontinencia. - Presencia de sangre, leucocitos. • Heces - Duras, compactas, secas. - Aumento/descenso de deposiciones en cantidad y frecuencia. - Presencia de sangre, moco, secreciones. • Ausencia de hábitos higiénicos.	• Cambios fisiológicos en el aparato digestivo y genitourinario. • Falta de intimidad. • Lugar desconocido. • Aporte hídrico inadecuado. • Presencia de barreras arquitectónicas. • Presencia de demencia y depresión. • Consumo de fármacos. • Presencia de enfermedades gastro-intestinales.	• Véase capítulo referente a las incontinencias y estreñimiento. • Conocer las características de cada persona a su cuidado. • Favorecer un medio adecuado. - Eliminar barreras arquitectónicas. - Favorecer habitación individual. • Alimentación e ingesta hídrica adecuada. • Realizar la higiene perianal y zonas cercanas.

MOVIMIENTO Y ALINEACIÓN CORPORAL	MANIFESTACIÓN DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIÓN DE DEPENDENCIA	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESOLUCIÓN DE NECESIDADES	CUIDADOS GENERALES
• Capacidad para realizar movimientos y las actividades de la vida diaria (AVD). • Capacidad de mantener una buena postura y un correcto alineamiento del tronco y extremidades (evitará aparición de zonas de presión, deformidades...).	• Realizar AVD sin ayuda. • Adaptar el medio externo a sus necesidades. • Mantener posición erecta sentado, de pie y durante la marcha. • En caso de dificultad, busca la ayuda mecánica que mejor se adapte a sus circunstancias. • Realiza ejercicios de fisioterapia o actividades de terapia ocupacional.	• No cubre todas las AVD. • Necesita ayuda mecánica y/o humana. • No adapta el medio a sus necesidades. • Presenta alteraciones en la marcha y en el alineamiento corporal. • Presencia de inmovilidad en sus diferentes grados. • Aparición de disnea, ahogo, fatiga... ante la realización de actividad física.	• Cambios fisiológicos a nivel osteomuscular y sensorial. • Presencia de enfermedades osteoarticulares o degenerativas, artrosis, osteoporosis. • Existencia de barreras arquitectónicas. • Realización de ejercicios. • Estado de ánimo, autoconfianza. • Presencia de hábitos sedentarios.	• Programar actividades, ejercicios y períodos de descanso. • Eliminar barreras arquitectónicas. • Incluir en programas de fisioterapia. • Estudio de marcha, equilibrio e inestabilidad. • Detectar clínica depresiva. • Adaptar las AVD a sus capacidades y medio habitual. • Escribir y manipular objetos con los dedos y manos. • Intenta mantener el alineamiento corporal siempre.

SUEÑO Y DESCANSO	MANIFESTACIÓN DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIÓN DE DEPENDENCIA	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESOLUCIÓN DE NECESIDADES	CUIDADOS GENERALES
• Proceso necesario para recuperar y restablecer el organismo de todas las tensiones diarias.	• Sueño 5-8 horas. • Persona mayor refiere cansancio. Está tranquilo y relajado. • Se mantiene activo todo el día.	• Irritabilidad, ojeras, cansancio. • Irritabilidad, torpeza. • Sueño diurno, siestas de larga duración (> 1 hora). • Dificultad para dormir. • Aumenta el número de veces que se despierta durante la noche.	• Cambios en las fases del sueño. • La actividad diaria continua favorece el sueño. • Las comidas copiosas lo dificultan. • Sueño diurno. • Consumo de bebidas excitantes: café, té, alcohol... • Hábitos nocivos: alcohol, tabaco... • Existencia de depresión, demencias. • Cambios de la rutina diaria. • Condiciones socio-económicas.	• Conocer el patrón de sueño habitual. • Incluir en programas o actividades. • Facilitar medios para el descanso, cama, ropa adecuada, no ruidos. • Evitar bebidas excitantes. • Véase insomnio. • Realizar higiene del sueño.

VESTIRSE /DESVESTIRSE	MANIFESTACIÓN DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIÓN DE DEPENDENCIA	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESOLUCIÓN DE NECESIDADES	CUIDADOS GENERALES
• La capacidad para seleccionar la ropa deseada para vestirse y desvestirse. Define en muchas ocasiones a la persona mayor, su personalidad y su forma de ser.	• Mantener la capacidad para elegir la ropa y el calzado en función del clima y de sus necesidades. • Capaz de vestirse y desvestirse. • Independiente para guardar la ropa/calzado y para mantenerlos en buen estado. • Es capaz de adquirir ropa y calzado en buen estado.	• Incapacidad para vestirse/desvestirse. • Ropa y calzado en mal estado, sucio, deteriorado o de tallas inadecuadas. • Utiliza ropa inadecuada al clima, a la estación, al medio, a la realización de determinadas actividades (como dormir).	• Cambios en la termorregulación de la piel. • Hábitos de vestir relacionados con su personalidad. • Tipo de marcha. • Condiciones económicas. • Clima. • Necesidades de autoestima y opinión social del grupo. • Presencia de enfermedades, alteraciones del pie, ostomías...	• Elegir la ropa y el calzado adecuado (en función de sus posibilidades). • Enseñar el mantenimiento de ropa y calzado. • Control del estado de la piel y los pies. • Comprobar capacidad de vestirse/desvestirse. • Facilitar el uso de ropa adecuada a su personalidad e imagen corporal. • Elección de tejidos naturales e hipodérmicos. • Prendas holgadas.

MANTENIMIENTO DE LA TEMPERATURA CORPORAL	MANIFESTACIÓN DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIÓN DE DEPENDENCIA	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESOLUCIÓN DE NECESIDADES	CUIDADOS GENERALES
• Mantenimiento de la temperatura en unos niveles adecuados. • Adaptación a los cambios bruscos de temperatura.	• Temperatura corporal entre 35,5-36,5 °C con una temperatura ambiente entre 17-24 °C. • Piel y mucosas ligeramente enrojecidas. • Usa ropa adecuada. • Modifica el medio externo para conseguir mejorar las condiciones medioambientales.	• Transpiración excesiva. • Cambios bruscos de la temperatura corporal. • Alteración del pulso, respiraciones y tensión arterial. • Cambio de color de la piel y mucosas, palidez y enrojecimiento. • Sensibilidad ante las bajas de temperatura. • Calzado y ropa inadecuados.	• Ingesta adecuada de alimentos y bebidas. • Ausencia de ejercicio. • Presencia de enfermedades cardiovasculares (arteriopatías), endocrinopatías (diabetes)... • Inmovilidad, sedentarismo. • Clima del lugar de residencia. • Condiciones socio-económicas. • Cultura, creencias. • Depresión, ansiedad.	• Ingesta adecuada. • Realizar actividades. • Usar ropa en concordancia con el clima y estación del año. • Orientar sobre el tipo de tejidos que debe usar (algodón). • Toma de temperatura. • Temperatura ambiental. • Evitar tabaco y alcohol. • Evitar cambios bruscos de temperatura, viajes...
MANTENIMIENTO DE LA HIGIENE CORPORAL Y PEINADO	MANIFESTACIÓN DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIÓN DE DEPENDENCIA	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESOLUCIÓN DE NECESIDADES	CUIDADOS GENERALES
• Mantener la continuidad de la piel y evitar las úlceras por presión. • Favorecer el bienestar personal y la acción protectora de la piel.	• Piel limpia sin residuos, sin sudor y correctamente hidratada. • Capaz de realizar las actividades de la vida diaria. • Ausencia de mal olor y cabellos grasos y/o descuidados. • Uñas cortadas y arregladas. • Prótesis cuidadas. • Piel con buena coloración y temperatura con ausencia de lesiones y pérdida de la continuidad	• Piel sucia con restos de residuos, poco hidratada y con lesiones. • Presencia de mal olor. • Cabellos grasos y desarreglados. • Ropa sucia y manchada. • Prótesis mal cuidadas. • Piel pálida enrojecida, seca, con lesiones.	• Cambios fisiológicos en la piel. La hacen más sensible y frágil. • Uñas frágiles y/o duras. • Enfermedades psiquiátricas, invalidantes y que cursen con limitación funcional. • Presencia de depresión. • Condiciones socio-económicas y culturales. • Medio habitual.	• Facilitar medios adecuados. • Enseñar a realizar la higiene corporal junto al baño y aseo. • Facilitar la movilidad. • Usar cremas hidratantes, jabón de pH neutro. • Lavarse la boca tras la ingesta. • Cuidado de los pies. • Usar máquina de afeitar, evitando las cuchillas.

PREVENCIÓN DE LOS PELIGROS DEL MEDIO AMBIENTE	MANIFESTACIÓN DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIÓN DE DEPENDENCIA	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESOLUCIÓN DE NECESIDADES	CUIDADOS GENERALES
- El control del medio habitual (manteniendo la seguridad de él) facilita la realización de las actividades de la vida diaria (AVD). - No confundir medidas preventivas con medidas limitantes y sobreprotectoras que coarten la actividad de la persona mayor.	- Mantiene y realiza las AVD. - Se adapta a los cambios, acepta el uso de ayudas mecánicas y/o humanas. - Modifica y adapta el medio a sus necesidades.	- Marcha inestable, miedo a caerse. - Inmovilidad progresiva. - Necesita ayudas mecánicas y/o humanas. - Disminución del número de actividades socioculturales realizadas y AVD. - Se conforma con la disposición del medio. No le motiva según sus deseos.	- Alteración en los órganos de los sentidos. - Enfermedades: artrosis, artritis... - Síndrome postcaída. - Medio seguro: luz adecuada, barandillas, etc. - Conocimiento del medio en el que se desenvuelve. - Ausencia de alteraciones emocionales y cognitivas.	- Control de las AVD y su deterioro precoz. - Estudio del medio habitual. - Prevención de caídas. - Facilitar ayudas mecánicas y humanas. - Control de los efectos de fármacos que pueden provocar una caída: hipnóticos, neurolépticos, etc.
COMUNICACIÓN Y EXPRESIÓN SEXUAL	MANIFESTACIÓN DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIÓN DE DEPENDENCIA	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESOLUCIÓN DE NECESIDADES	CUIDADOS GENERALES
- La comunicación será esencial ya que a través de ésta se expresará, intercambiará información, deseos, etc., con el medio que le rodea. - Evitar considerar a la persona mayor como un individuo asexualado. - La sexualidad es otra forma de comunicación más.	- Capaz de comunicarse con palabras, gestos. - En ausencia de los anteriores es capaz de usar medios alternativos. - No pierde el control, es respetuoso y no existe agresividad. - Manifiesta su sexualidad como algo normal, satisfactorio y gratificante.	- Problemas para expresarse. - Agresividad. - Ausencia de cualquier intento de comunicación o de expresar su sexualidad. - El límite para determinar su vida privada lo decidirá la persona mayor. - Existencia de barreras para comunicarse: depresión, soledad, demencia, enfermedades con rechazo social (sida), etc.	- Cambios a nivel neurológico, osteomuscular, etc. - Ausencia de cónyuge y/o compañera. - Hábitos, creencias, cultura. - Relaciones sociales. - Condiciones socio-económicas. - Existencia de familiares. - Presencia de enfermedades de tipo emocional, cognitivo, etc. - Mantenimiento del nivel intelectual.	- Facilitar un ambiente que asegure la comunicación. - Enseñar medios de comunicación alternativos. - Favorecer relaciones con otros miembros del colectivo. - Animarle a que exprese su sexualidad. - Aconsejar en la higiene, forma de vestir, etc.

CREENCIAS Y VALORES	MANIFESTACIÓN DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIÓN DE DEPENDENCIA	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESOLUCIÓN DE NECESIDADES	CUIDADOS GENERALES
• La existencia de una escala de valores determinará el comportamiento hacia los demás y hacia el medio que le rodea. • Las creencias y los valores son la base donde se apoyan los individuos para comprender todo su ciclo vital y la actualidad compartiendo, adaptándose y sacando conclusiones.	• Practicar y compartir sus creencias. • Dialoga con individuos que tienen valores y creencias diferentes. • Da sentido a su vida gracias a sus valores y creencias. • Se adapta a momentos de crisis gracias a sus creencias.	• Desánimo, soledad, marginación. • Inmovilidad, deterioro de las AVD. • Presenta dudas y temores frente a situaciones que no puede comprender desde su código moral-ético.	• Posibilidad de practicar sus creencias. • Presencia de enfermedades limitantes o demencias. • Crisis familiares (muerte del cónyuge). • Posibilidad de compartir sus creencias. • Sentirse incluido en el grupo social.	• Facilitar la práctica de sus creencias. • Ayudarlo a comprender situaciones nuevas o difíciles de entender desde sus creencias o valores. • Presentarle individuos con creencias y valores similares.
TRABAJO ADECUADO, ESTAR OCUPADO Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES Y OCIO	MANIFESTACIÓN DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIÓN DE DEPENDENCIA	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESOLUCIÓN DE NECESIDADES	CUIDADOS GENERALES
• La jubilación aparece como un reto o una amenaza. • Debe mantener su tiempo ocupado en actividades (trabajo) que le autorrealicen, que le hagan sentirse a gusto y útil, ya que desaparece la frontera entre el tiempo dedicado al trabajo y al ocio. • Se agrupan dos necesidades.	• Realiza actividades individuales o para el grupo. • Manifiesta iniciativa en proyectos y actividades. • Presenta actitudes positivas (alegría, orgullo) por realizarlas.	• Manifiesta su "inutilidad". • Aparecen manifestaciones de depresión, apatía, tristeza, disminución de las actividades, soledad. • Sus actividades sociales y de grupo disminuyen. • Deja de convivir con amigos y familiares.	• Cambios fisiológicos. • Enfermedades limitantes y/o incapacitantes. • Inclusión en actividades sociales. • Recursos socioeconómicos. • Demencias. • Existencia de relaciones sociales con vecinos, amigos, la familia, etc.	• Incluir en actividades ocio-recreo. • Informar sobre alternativas. • Conocer su patrón ocio-trabajo, deseos, gustos... • Controlar períodos de inactividad.

APRENDER, DESCUBRIR Y SATISFACER LA CURIOSIDAD	MANIFESTACIÓN DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIÓN DE DEPENDENCIA	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESOLUCIÓN DE NECESIDADES	CUIDADOS GENERALES
• El aprendizaje se verá dificultado por las experiencias anteriores, la cultura, la educación, etc. • Potenciar la curiosidad, el ansia de conocer y aprender debe ser primordial para mantener la capacidad funcional.	• Emplea los conocimientos adquiridos para desenvolverse en su medio. • Expresa deseo de aprender y conocer. • Identifica su falta de conocimiento ante determinados temas y se angustia si no puede asimilar nuevos conocimientos. • Existe una correcta relación entre conocimiento teórico y destreza manual.	• Incapaz de poner en práctica nada de lo enseñado. • No se desenvuelve en su medio. • No existen estrategias para adaptarse. • Dependiente del medio. • No muestra interés por tener nuevos conocimientos.	• Presencia de demencia. • Educación, cultura y profesión. • Creencias y valores. • Medios de aprendizaje. • Grupo social. • Estímulos de aprendizaje. • Cambios en el sistema nervioso.	• Facilitar información de los recursos disponibles y del acceso a los medios de comunicación. • Favorecer la lectura. • Potenciar la asistencia y la participación en actos culturales. • Reforzar el aprendizaje y colaborar en la adquisición de nuevas habilidades.

3.2. Características de las enfermedades de las personas mayores

Como se ha comentado en el capítulo anterior, la valoración geriátrica se va a centrar en un determinado sector de la población: las personas mayores frágiles. La realización de esta valoración geriátrica de forma exhaustiva, en muchos casos se va a ver dificultada por la presencia de numerosos factores, entre los que se encuentran la actitud de la persona mayor, de los profesionales y de la familia, la ausencia de un lugar adecuado para realizar la entrevista, así como la presencia de enfermedades y otro tipo de lesiones junto con cambios en todo el organismo como resultado del envejecimiento. Aún hoy existe debate sobre si las numerosas enfermedades que aparecen en las personas mayores de edad avanzada son procesos inherentes al envejecimiento o son enfermedades sin ninguna conexión ni relación con la edad. Pero seguramente el factor que más dificulta la obtención de datos e información (para la historia clínica) y la realización de una valoración completa y correcta, es la presencia de enfermedades en las personas mayores.

La enfermedad en esta población va a poseer unas características específicas que la diferencian de su comportamiento en otras edades. Estas características son:

3.2.1. Polipatología

Coexistencia de varias enfermedades en un mismo individuo. Es frecuente encontrar en personas mayores de 65 años, y especialmente mayores de 75 años, varias enfermedades agudas y crónicas simultáneamente. Esto va a producir gran confusión porque:

- Las manifestaciones de una de ellas puede ocultar total o parcialmente los síntomas de una segunda alteración. Por ejemplo, un individuo con una incapacidad funcional grave presentará pocas manifestaciones de un enfermedad coronaria.
- La presencia de un enfermedad podrá empeorar o retrasar otras. Por ejemplo, la limitación funcional producida por una artrosis puede verse agravada por la presencia de una caída o de un síndrome postcaída.
- La presencia de ambas puede producir manifestaciones inespecíficas, no claras (exactamente no se sabe a cuál pertenece).

3.2.2. Polifarmacia

Consumo de dos o más fármacos para controlar los procesos que sufren. Está asociado a la presencia de polipatología. No es raro encontrar a personas consumiendo tres o más fármacos. Los riesgos de la polifarmacología son:

- Aparición de reacciones adversas a medicamentos.
- Aparición de interacciones entre fármacos, alterando el efecto, la permanencia en el organismo, la duración...
- Ocultamiento de una alteración subyacente no detectada.

3.2.3. *Cronicidad*

Prolongación del tiempo de una enfermedad sin curación. Las enfermedades crónicas no llegan a producir la muerte de un individuo, pero son altamente incapacitantes y pueden llegar a producir gran deterioro funcional. Ejemplos son la artrosis avanzada y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica limitante.

3.2.4. *Incapacidad funcional*

Aunque se suele asociar una alta prevalencia de incapacidad a medida que aumenta la edad (sobre todo a partir de los 85 años), no tiene por qué estar asociada a la presencia de una enfermedad. En ocasiones puede ser el resultado de una edad avanzada, si bien es habitual la presencia de una enfermedad, ya sea aguda o crónica. Es frecuente que un porcentaje elevado de personas mayores padezcan un período de incapacidad antes de fallecer. Entre las enfermedades más incapacitantes podemos citar:

- Enfermedades osteoarticulares (artrosis).
- Enfermedades cerebrovasculares.
- Enfermedades neurológicas (enfermedad de Parkinson).
- Enfermedades mentales (demencias, enfermedad de Alzheimer).
- Secuelas (amputaciones, fracturas mal consolidadas...).

3.2.5. *Presentación atípica de la enfermedad*

Se consideran atípicas o con signos inespecíficos cuando se presentan de manera distinta a como lo hacen en otras edades (adulto). Las causas son de lo más variadas, desde una actitud incorrecta por parte de la familia, los cuidadores y los profesionales, hasta el deterioro de los sentidos, cambios fisiológicos producidos por el envejecimiento y

la presencia de polipatología y polifarmacia.

Suele suceder que cuando una persona mayor presenta una enfermedad aguda o una descompensación y/ o reagudización de una enfermedad crónica ya existente, aparecen múltiples quejas difusas acompañadas de numerosos síntomas o problemas inespecíficos difícilmente asociables a una enfermedad o alteración concreta. Entre los síntomas inespecíficos más comunes podemos citar:

- Caídas.
- Apatía.
- Cansancio.
- Depresión.
- Mareos.
- Pérdida del apetito y/ o peso.
- Incontinencia.
- Deterioro cognitivo.
- Deterioro de las actividades de la vida diaria.
- Disminución de la consciencia.

Ejemplos de presentaciones atípicas de enfermedades pueden ser:

- Un infarto agudo de miocardio sin dolor. Suele estar acompañado de disnea.
- Asma; ausencia de respiración sibilante y disnea severa. Se manifiesta con tos, episodios de disnea durante la noche.
- Neumonías; ausencia de fiebre y dolor de tórax. Se acompaña de inmovilidad, cansancio, apatía, disminución del nivel de la consciencia...

Conviene recordar que la presentación atípica de la enfermedad no ocurre en todas las personas mayores, ni en todas las enfermedades o procesos.

3.3. Síndromes geriátricos

Son un conjunto de síntomas y signos de diversos procesos patológicos que se caracterizan por ser múltiples, de diferente etiología y que van a producir un deterioro funcional progresivo.

Entre éstos se encuentran:

- Inmovilidad.
- Depresión.
- Incontinencia.

- Estreñimiento.
- Demencias.
- Yatrogenias.
- Úlceras por presión.
- Caídas.
- Estado confusional.
- Alteración de la deglución.
- Fragilidad.
- Deterioro de los órganos sensoriales.

Recuerde...

- La detección de una necesidad no cubierta por parte de la persona mayor será uno de los objetos principales del gerocultor.
 - La presencia de cambios fisiológicos en el organismo, junto con la presencia de múltiples enfermedades, el consumo de varios fármacos a la vez y la existencia o ausencia de incapacidad funcional va a dificultar la detección de problemas en la persona mayor.
 - La cronificación de la enfermedad suele producir una “agresión” psicológica que habrá que tener en cuenta en el momento de dar cuidados.
 - La detección precoz de anomalías, problemas ocultos y/o reagudización de una enfermedad crónica es esencial para evitar complicaciones graves.
 - Un objetivo primordial del gerocultor es detectar cambios en el comportamiento, en los hábitos, en la capacidad funcional y en la consciencia que aparezcan de forma brusca y sin causa aparente.
-

PARTE II

CUIDADOS DE LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y PROBLEMAS MÁS FRECUENTES

Incontinencia

4.1. Concepto

La Sociedad Internacional de Continencia define la incontinencia como “la condición mediante la cual se origina una pérdida involuntaria de orina a través de la uretra y/ o la pérdida involuntaria de heces, objetivamente demostrable, producida por problemas sociales y/ o higiénicos para el individuo”. En nuestro país no existen datos epidemiológicos al respecto, aunque se ha podido observar que aproximadamente un 10% de la población mayor de 65 años se encuentra afectada de incontinencia urinaria o mixta (urinaria y fecal).

4.2. Clasificación

4.2.1. Incontinencia urinaria

Pérdida involuntaria de orina a través de la uretra como consecuencia de problemas sociales y/ o higiénicos.

- *Aguda o transitoria.* Responde a todas aquellas incontinencias de aparición brusca, de menos de cuatro semanas de evolución, generalmente relacionadas con una patología aguda o problemas yatrogénicos. Aproximadamente, un 75% remite al solucionarse su etiología.
- *Persistente.* Como la propia palabra indica, sería una incontinencia duradera en el tiempo, es decir, mayor de cuatro semanas, y no relacionada con ninguna patología aguda.

- *De estrés o de esfuerzo.* La existencia de una pérdida involuntaria de orina, generalmente pequeñas cantidades, sin que existan previamente ganas de orinar y coincidiendo con maniobras físicas que aumenten la presión intraabdominal, como por ejemplo toser, comer, estornudar, etc.
- *De urgencia.* Este tipo de incontinencia es la más frecuente. Es producida por la inestabilidad del músculo detrusor de la vejiga, de forma que ésta se contrae involuntariamente antes de que esté llena y de que la persona mayor pueda llegar al sitio adecuado para orinar.
- *Mixta.* Es un punto intermedio entre la incontinencia de estrés y la de urgencia.
- *De rebosamiento.* La acumulación de la orina en la vejiga acompañada de una distensión vesical, generalmente producida por una obstrucción en el tracto urinario, produce este tipo de incontinencia caracterizada por un goteo de orina.
- *Funcional.* Esta clase de incontinencia está asociada a la incapacidad del anciano para poder llegar al baño o a un sustitutivo de éste.

4.2.2. *Incontinencia fecal*

Pérdida del control de la evacuación fecal, generalmente este tipo va unido a la incontinencia urinaria produciendo así una incontinencia mixta.

4.2.3. *Incontinencia mixta*

Cuando la persona mayor presenta no sólo incontinencia urinaria, sino también fecal.

4.3. Etiología

En el [cuadro 4.1](#) se muestran las causas de incontinencia.

CUADRO 4.1
Etiología de las incontinencias

I. U. AGUDA O TRANSITORIA	• Infección urinaria. • Vaginitis o inflamación de la vagina. • Uretritis atrófica o inflamación de la uretra. • Impactación fecal o acumulación de heces en el recto. • Trastornos endocrinos o cambios en el sistema metabólico.

	• Restricción o disminución de la movilidad. • Síndrome confusional agudo o desorientación en tiempo y espacio a veces unido a una agresividad, producido por una patología física, psíquica y/o social, que remite al actuar sobre su etiología. • Deterioro cognitivo o demencia. • Causas yatrogénicas: sedantes, hipnóticos... o efectos secundarios de la medicación administrada.
I. U. PERSISTENTE DE ESTRÉS O DE ESFUERZO	• Mujeres postmenopáusicas o sin menstruación. • Mujeres multíparas o que han parido más de dos hijos. • Traumatismos o lesiones en la región pélvica relacionados con partos o cirugía. • Debilidad y laxitud de la musculatura del suelo pélvico, cuello vesical y uretra. • Atrofia vaginal o empequeñecimiento, contractibilidad y, por lo tanto, disminución de la función vaginal. • Hombres prostatectomizados o con extirpación quirúrgica de la próstata. • Obesidad o depósito excesivo de grasa en el cuerpo. • Hipoenstrogenismo o disminución de las hormonas ováricas (estriol, estrona y estradiol).
I. U. PERSISTENTE DE URGENCIA	• Infección urinaria. • Cistitis o inflamación de la vejiga. • Uretritis o inflamación de la uretra. • Litiasis vesical o formación de cálculos (“piedras”). • Neoplasias o tumor. • Diverticulitis o inflamación de un saco saliente del intestino. • Hiperplasia o tumor benigno de próstata. • Accidente cerebrovascular. • Deterioro cognitivo. • Parkinson. • Lesiones medulares suprasacras. • Tumores. • Esclerosis lateral amiotrófica. • Idiopáticas o desconocidas.
I. U. PERSISTENTE	• Hipertrofias o aumento del tamaño prostático.

DE REBOSAMIENTO	• Estenosis o estrechamiento de la uretra. • Impactación fecal. • Cistoceles. • Lesiones neurológicas: esclerosis múltiple, lesiones medulares o atrofia cerebral. • Neuropatía diabética. • Yatrogénicas: anticolinérgicos, antagonistas del calcio...
I. U. PERSISTENTE FUNCIONAL	• Enfermedades musculoesqueléticas incapacitantes. • Restricción de la movilidad. • Deterioro cognitivo avanzado. • Depresión. • Mala visión. • Falta de motivación. • Desatención o falta de apoyo por parte de la familia y/o cuidadores. • Barreras arquitectónicas que dificulten el acceso a los urinarios.
I. FECAL	• Amputación rectal y descenso del recto a través del ano. • Rectitis o inflamaciones del recto severas (enfermedad de Crohn). • Post-hemorroidectomías o posterior a la extirpación de hemorroides. • Curas de fístulas con sección del esfínter. • Dilataciones anales. • Desgarros perianales. • Estasis o impactación fecal. • Lesiones medulares. • Lesión neuromuscular local. • Patología neurológica central: accidente cerebrovascular, Parkinson... • Depresión grave. • Deterioro cognitivo.

4.4. Clínica

En la incontinencia urinaria existe una pérdida de orina que puede variar desde una gran cantidad de orina (incontinencia de urgencia y funcional) a sólo un goteo (incontinencia de estrés o por rebosamiento).

Puede aparecer esa pérdida de orina unida a tenesmo (sensación de ganas de orinar, pero con incapacidad de realizar una micción) o padecer poliaquiuria (pequeña micción muy frecuente), poliuria (aumentar el volumen emitido), disuria (molestias al orinar) o nicturia (micción nocturna). En algunos casos se acompaña de molestias abdominales, como en la incontinencia por rebosamiento.

Si la persona mayor presenta infección del tracto urinario o ITU se puede observar disuria o escozor al orinar, polaquiuria, fiebre, a veces dolor abdominal, acompañado por una orina maloliente, con posos o turbia y a veces con hematuria, o sangre en la orina. En pacientes con síndrome confusional agudo se debe sospechar la posibilidad de que esté padeciendo una infección urinaria realizándole una analítica de orina.

En el caso de la incontinencia fecal, la clínica se caracteriza por una pérdida de contenido fecaloide, generalmente líquido, exceptuándose cuando la causa sea incontinencia por impactación fecal, en la cual la clínica será diferente, como se podrá observar en su capítulo correspondiente.

4.5. Objetivos

1. Disminuir los episodios de incontinencia en las personas mayores a su cuidado.
2. Control de ingesta y eliminación, así como las características de las heces y la orina.
3. Conocer el patrón de eliminación y de higiene de cada persona puesta a su cuidado.
4. Mantener la integridad cutánea.
5. Eliminar las barreras arquitectónicas existentes.
6. Aumentar la participación de la persona mayor en el autocuidado y, con ello, su autoestima.
7. Educar, aconsejar y motivar, no sólo al mayor, sino también a sus familiares y/o cuidadores.

4.6. Cuidados

4.6.1. Medidas generales

1. Disminución de los episodios de incontinencia y mayor confort del incontinente.
 - La ingesta de líquidos será superior a 2 o 3 litros al día, si no existe contraindicación médica como en el caso de insuficiencia renal,

disminuyéndola a medida que se acerque la noche. Realizar un balance hídrico diario, controlando así la ingesta y las pérdidas diarias.

- El estreñimiento puede provocar incontinencia urinaria por compresión de la vejiga e incontinencia fecal. Para que éste no se produzca, las personas mayores tomarán una dieta rica en fibra, verduras y vegetales. En caso necesario, se utilizarán laxantes o enemas.
- Evitar en todo momento el consumo de líquidos o productos que contengan cafeína o alcohol, ya que son irritantes de la vejiga.
- Cuando la persona realice una micción, deberá estar segura de que ha vaciado completamente su vejiga. Esto lo conseguirá continuando la micción después de que ésta haya finalizado.
- Aconsejar a las personas mayores que lleven una muda de recambio y compresas en todo momento y que intenten realizar una micción antes de salir de su domicilio, viajar o realizar actividades sociales.
- Intentar crear un ambiente familiar e íntimo.
- Educar a la familia, cuidadores y a la persona mayor, si es posible, tranquilizándoles y explicándoles cuándo deben solicitar asistencia médica. Aumentar la autoestima de la persona mayor.
- Programar las micciones a un horario determinado. Aunque el mayor haya orinado previamente, deberá intentar orinar en el tiempo establecido, creando así una rutina miccional.

2. Mantenimiento de la integridad de la piel.

- Evitar ante todo que la persona a nuestro cuidado esté encamada, teniendo en cuenta que es imprescindible la movilización para evitar la aparición de úlceras en la piel. En su defecto, se realizarán cambios posturales, cambiando los puntos de apoyo y de presión, cada 2 horas mínimo.
- Valorar cualquier alteración de la piel, tanto enrojecimiento como ampollas.
- A la hora de realizar la higiene corporal de un incontinente siempre hay que tener en cuenta la utilización de un jabón de pH neutro, haciendo un mayor hincapié en el aparato genitourinario. Estar atentos ante cualquier indicio de enrojecimiento e infecciones.
- Posteriormente secar muy bien la piel sin fricción y aplicar crema hidratante, cuanto más grasa sea mejor, realizando un ligero masaje.
- La ropa de la cama, de la persona o de los dispositivos externos (compresas, pañales o empapadores), tendrá que ser suave y muy absorbente. Se encontrarán sin arrugas y secos. Se crearán unas pautas para cambiar estos dispositivos cada 2 o 3 horas durante el día y cada 3 o 4 horas por la noche.
- Los dispositivos externos como pañales, empapadores y compresas se recomendarán siempre de usar y tirar, aunque tengan el inconveniente de

ser más caros. En ningún caso se reutilizarán. Estos dispositivos deben adaptarse a la perfección al incontinente y a la situación social que le rodee.

- Siempre que una persona mayor que precise un dispositivo recolector como pañales o empapadores, presente o no incontinencia, pida ayuda para intentar orinar en el baño, se le debe prestar aunque no realice ningún tipo de micción.
- Cuando la incontinencia urinaria sea persistente y sea necesario sonda vesical o colectores externos peneanos (este último conocido como “pitochín”; véase anexo 3), tendremos que vigilar cualquier tipo de excoriaciones o adherencias, así como la orina (color, olor y consistencia). Si la orina presentase hilillos blancos y/ o un olor muy fuerte serían claros indicios de infección urinaria. La bolsa de orina debe ser cambiada cada 8 horas o siempre que presente un llenado superior a dos tercios de la bolsa. Debe estar siempre ubicada por debajo de la vejiga, evitando de esta forma que existiese un reflujo de orina y una posible infección.

CUADRO 4.2

Dispositivos de contención de orina

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cuña y orinal (pueden colocarse estando en decúbito supino o sentado). • Botella (de uso exclusivamente masculino). • Compresas (en incontinencia de estrés y de urgencia). • Empapadores (en encamados o a la hora de dormir). • Pañales. • Colectores externos peneanos o “pitochines”. • Sondas vesicales. |
|---|

3. Cuidados frente al deterioro funcional y cognitivo.

- Intentar mejorar la movilidad de la persona mayor, evitando así las estancias prolongadas en la cama o en el sillón, estimulando la deambulaci3n, aunque tambi3n se deben proporcionar ayudas a quienes lo precisen, como, por ejemplo, bastones, muletas o andadores.
- Eliminar las barreras arquitect3nicas existentes y adaptar el medio a la persona mayor poniendo: barandillas en los pasillos, suelos antideslizantes, asideros en el servicio. Los servicios, tanto p3blicos como particulares, deben ser de f3cil acceso y pr3ximos a las personas mayores; en el caso de estos 3ltimos no deben ser exteriores.
- En el caso de que la persona mayor precise de dispositivos tipo cuñas o botellas urinales deben de encontrarse a su alcance.

4.6.2. Medidas espec3ficas frente a la incontinencia

1. Incontinencia urinaria aguda.
 - Todos los cuidados se centraran en localizar la etiología y mantener la integridad cutánea.
2. Incontinencia urinaria persistente de estrés.
 - Enseñar que cuando realice cualquier esfuerzo mínimo, se coloque en posición de litotomía, es decir, sentado con su cuerpo inclinado 45 grados.
 - La persona mayor debe realizar ejercicios de suelo pélvico para reforzar su musculatura todos los días (véanse anexos 1 y 2).
 - Pauta fija de micción cada 2 horas.
 - Utilización de compresas cuando persista este tipo de incontinencias.
 - Se evitará en todo momento que estas personas sean sondadas cuando acudan a un centro hospitalario.
3. Incontinencia urinaria persistente de urgencia.
 - Servicios de fácil acceso.
 - Dispositivos externos a su alcance, como botellas u orinales.
 - Evitar la ingesta de líquidos irritantes como cafeína o alcohol.
 - Precaución con los fármacos administrados como diuréticos, sedantes, etc.
4. Incontinencia urinaria persistente de rebosamiento.
 - Pauta de micción fija, asegurándose el vaciado completo de la vejiga.
 - En caso necesario, sondaje vesical, vigilando posteriormente cualquier indicio de infección urinaria.
5. Incontinencia urinaria persistente funcional.
 - Realizar una pauta de micción fija cada 2 horas, si es necesario con ayuda.
 - Identificar qué es lo que le impide ir al baño y solucionarlo en la medida de lo posible. Poner a su alcance los dispositivos externos, como cuña, botella u orinales.
 - Observar que siempre lleve puesta una vestimenta adecuada.
6. Incontinencia fecal.
 - Rápida actuación sobre sus causas.

- El incontinente deberá aumentar su consumo de fibra, vegetales, fruta y líquidos.
- En caso necesario, se administrarán laxantes, enemas de limpieza y/ o medicamentos antidiarreicos.
- Realizar ejercicios del suelo pélvico.

7. Incontinencia mixta.

- El cuidado más importante es una buena higiene para evitar posibles infecciones y ulceraciones.

4.7. Anexos

4.7.1. Anexo 1. Reentrenamiento vesical (Hospital de la Cruz Roja)

- El paciente irá al servicio cada 2 horas durante el día, aunque no tenga ganas de orinar.
- Cuando lleve más de dos días sin pérdidas de orina irá aumentando el tiempo.
- Cuando el intervalo sea cada cuatro horas dejará de observar el tiempo y podrá comprobar que orina normal.

4.7.2. Anexo 2. Ejercicios del suelo pélvico (Hospital de la Cruz Roja)

- El primer ejercicio consiste en contraer voluntariamente los músculos de alrededor del ano.
- Cuando esté orinando, cortar la orina contrayendo los músculos de esta zona.
- Sentándose al revés en el bidé, dirigimos el agua hacia los genitales e intentamos contraer los músculos abdominales para que el agua no penetre en la vagina.

4.7.3. Anexo 3. Procedimiento para la colocación de colector externo peniano

1. Concepto.

- ¿Qué es? Este tipo de colectores está compuesto por una funda de látex, similar a un preservativo, pero que finaliza en un pequeño agujero con un tubo de salida por el cual se coloca un recolector de orina.

- Indicaciones.
 - Hombres.
 - Obtención de muestras de orina.
 - No es una técnica invasiva.
 - Fácil instalación.
 - Menos infecciones que otros dispositivos.
- Contraindicaciones.
 - Pene pequeño o retraído.

2. Recursos.

- Material.
 - Colector externo peneano.
 - Agua en un recipiente.
 - Jabón de pH neutro.
 - Esponja y toallas.
 - Rasuradora en caso necesario.
 - Tira adhesiva o, en su defecto, esparadrapo.
 - Bolsa colectora de orina.
 - Guantes.
- Lugar de realización: se realizará en cualquier habitáculo que genere intimidad a la persona.
- Medidas de protección: se deben llevar guantes, para evitar entrar en contacto con secreciones corporales.

3. Procedimiento.

- Informar a la persona a su cuidado de la técnica a realizar.
- Protocolo de actuación:

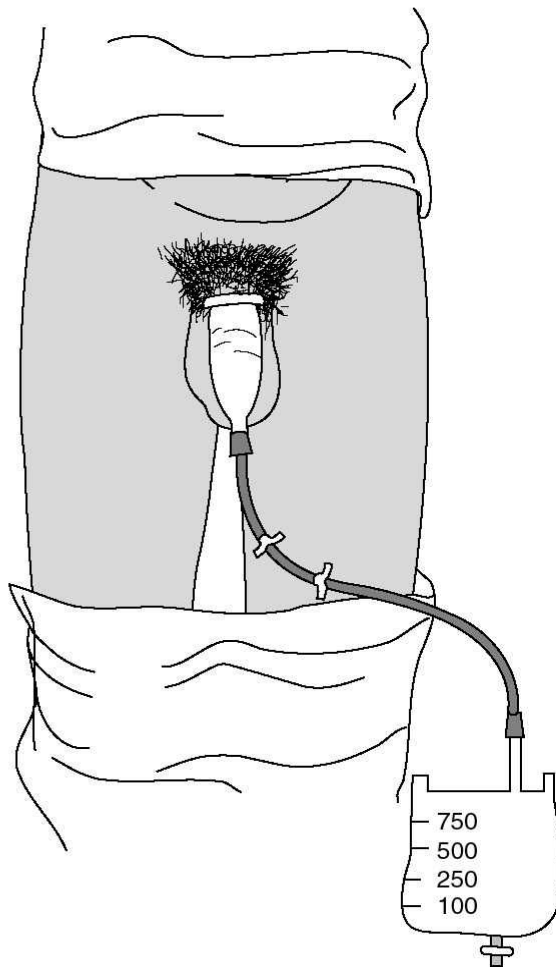
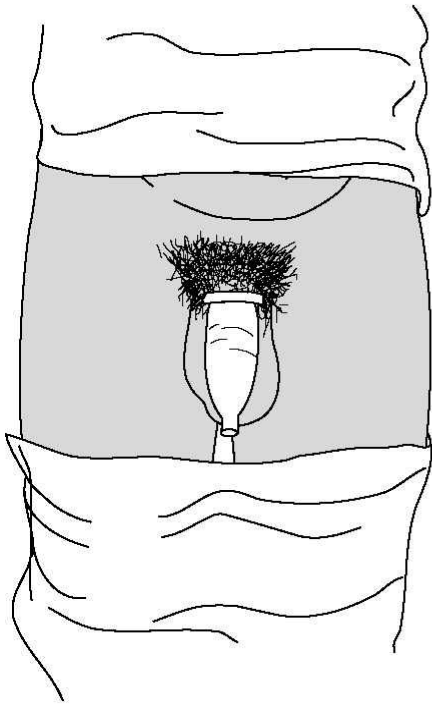
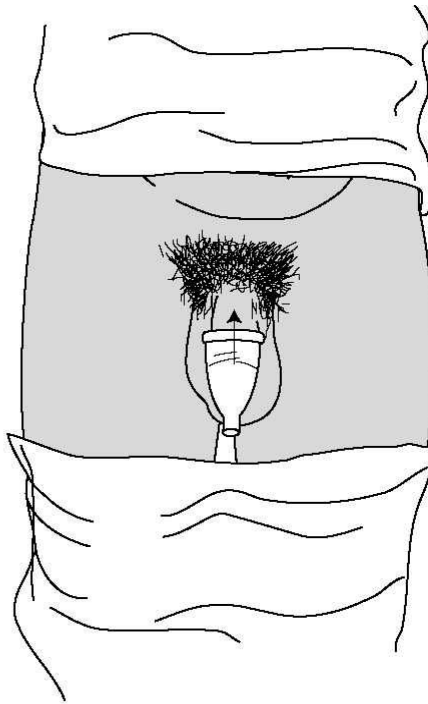
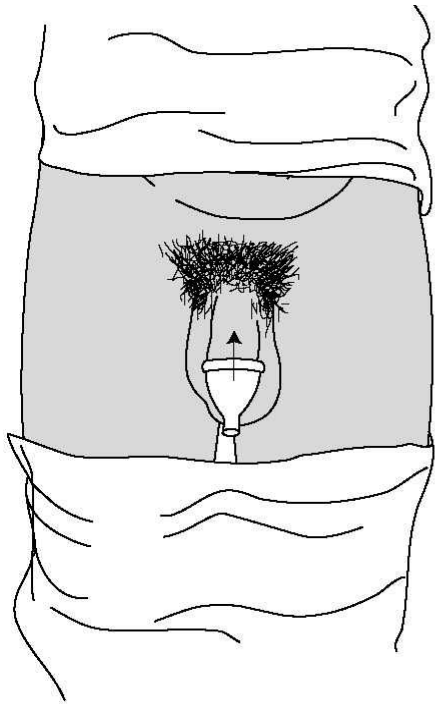


FIGURA 4.1. Procedimiento para la colocación de un colector externo peneano.

- Rasurado de vello púbico, en caso necesario.
- Limpieza con agua y jabón de la zona. Posteriormente realizar un exhaustivo secado de la zona.
- Abrir el envase del colector y extraerlo.
- Existen dos clases de colectores. En el primer tipo se colocará la tira adhesiva alrededor del pene detrás del glande y, posteriormente, el colector. El otro tipo existente es un colector autoadherente, por lo cual sólo se colocaría el colector, sin necesidad de tira adhesiva.
- El colector en ambos casos lo ubicaremos sobre el extremo del pene. Mientras inmovilizamos el pene con una mano, con la otra iremos desenrollando lentamente el colector.
- En el caso de haber utilizado tira adhesiva deberemos dejar el colector encima de ésta y presionar firmemente encima de la tira. Si el colector es auto-adhesivo, presionar en la zona de adhesión para que la fijación sea óptima.
- Conectar la salida del colector a la bolsa recolectora de orina. A veces, en esta unión es necesario el uso de esparadrapo.
- La bolsa de orina siempre debe ubicarse por debajo de la vejiga. Cuando el paciente se encuentre en la cama se sujetará a ésta y, si el paciente deambula, a la pierna por medio de gomas elásticas.
- Se recomienda cambiar este dispositivo cada 24 horas. Para retirarlo se desenrollará con mucho cuidado, teniendo en cuenta que las tiras adhesivas o la zona de adhesión se desprenderán sin dificultad.

4. Complicaciones.

- Si no se elige la talla adecuada, el pene puede quedar comprimido o el dispositivo puede soltarse o retorcerse.
- Vigilar el colector evitando así desprendimientos, retorcimientos, así como restos de orina en él.
- Comprobar con regularidad el pene para detectar lo antes posible cualquier tipo de irritación o constricción.
- Cambiar las bolsas colectoras de orina cada 8 horas o cuando el llenado de la bolsa sea igual o superior a dos tercios de su capacidad, evitando así el reflujo de la orina que puede provocar una infección del tracto urinario.

Recuerde...

- Antes de tratar cualquier tipo de incontinencia es necesario identificar las causas y actuar sobre ellas.
 - Utilizar el dispositivo correcto frente a la incontinencia evita posibles complicaciones.
 - La asepsia es el método más eficaz para evitar la infección del tracto urinario.
 - Mantener la integridad de la piel, observar cualquier posible cambio que nos encontremos y avisar al personal cualificado.
 - Tranquilizar a la persona mayor y cuidadores. Explicarles que hay muchas formas de solucionar su problema.
-

Estreñimiento y constipación

5.1. Concepto, clasificación y causas

Se defiende *estreñimiento* como “una disminución de deposiciones, normalmente mayor a 3 veces por semana, y dificultad para evacuarlas al presentarse duras y secas” e *impactación fecal* como “aumento de contenido fecaloide en el intestino grueso y la incapacidad del individuo para expulsarlo”.

5.2. Etiología

1. Anorexia: una disminución en la ingesta tanto de líquidos como de alimentos influyen en el volumen fecaloide, alterando el ritmo intestinal.
2. Disminución en la ingesta de alimentos ricos en fibra: es habitual en los países occidentales.
3. Disminución de la actividad física:
 - Deterioro cognitivo avanzado o demencia.
 - Factores psicológicos como la depresión.
 - Factores sociales: personas con alguna incapacidad física y que precisen una ayuda que no tienen.
 - Factores físicos:
 - Accidente cerebrovascular.
 - Metástasis.
 - Fracturas.
 - Insuficiencia respiratoria.

4. Situación o posición a la hora de defecar: Hay que tener en cuenta que es muy complicado realizar esta operación en decúbito supino y todavía más sin intimidad.
5. Cambios de residencia o internamiento en hospitalario.
6. Debilidad muscular: puede estar producida por una infinidad de patologías, desde un proceso gripal hasta metástasis.
7. Enfermedades metabólicas o alteraciones bioquímicas:
 - Diabetes mellitus.
 - Elevada concentración de calcio en sangre (hipercalcemia).
 - Baja concentración de potasio en sangre (hipopotasemia).
 - Elevación o disminución de la concentración de hormonas tiroideas en sangre (hiper o hipotiroidismo).
8. Cáncer y metástasis.
9. Hernias.
10. Postoperatorios:
 - Debido al tipo de cirugía.
 - Medicación administrada para el dolor.
 - Reposo absoluto.
11. Depresión.
12. Causas yatrogénicas o efectos secundarios de los medicamentos administrados, que pueden producir una disminución en la contractibilidad de la musculatura del suelo pélvico:
 - Opioides como la codeína o la morfina.
 - Anticolinérgicos como atropina, hioscina, haloperidol o amitriptilina.
 - Sales de aluminio.
 - Diuréticos.
13. Causas idiopáticas o desconocidas.

5.3. Clínica

- Pérdida de apetito.
- Anorexia o no ingesta, generalmente por falta de apetito.
- Cuando la persona lleva más de tres días sin evacuar existe un aumento de ruidos intestinales (indicador de obstrucción precoz). A medida que este problema no es resuelto, estos ruidos comienzan a disminuir (indicador de obstrucción tardía).

- Cefaleas o dolor de cabeza.
- Deposiciones dolorosas.
- Distensión o aumento del volumen abdominal.
- Dolor abdominal, tipo cólico. Este tipo de dolor se localiza en el abdomen y es irradiado hacia la espalda desde la ingle.
- Flatulencias o retención de aire, vulgarmente denominado gases.
- Halitosis o mal aliento.
- Impactación fecal o acumulación de heces en el recto.
- Incontinencia urinaria por rebosamiento.
- Inquietud.
- Malestar general.
- Lengua sucia y seca.
- Mareos.
- Náuseas y vómitos, a veces éstos son de contenido fecaloide.
- Obstrucción intestinal: distensión abdominal, dolor abdominal intermitente que no cede al defecar; pueden aparecer heces diarreicas, disminución o cese de ruidos intestinales, náuseas y vómitos, a veces parduzcos y con olor similar al de las heces.
- Síndrome confusional agudo o desorientación en tiempo y espacio, a veces unido a una agresividad, producido por una patología física, psíquica y/ o social que remite al actuar sobre su etiología.
- Sensación de plenitud rectal o de saturación intestinal debido al gran contenido de heces que en él se encuentran.
- Taquicardia o frecuencia cardíaca (pulso) superior a 120 pulsaciones por minuto.
- Pseudodiarrea: cuando existe estreñimiento y la persona a su cuidado comienza de repente con diarrea, se deberá extremar la vigilancia al poder encontrarse ante una falsa diarrea debida al rebosamiento producido por fecalomas que taponan la luz intestinal.

5.4. Objetivos a realizar por los gerocultores

1. Mejorar la evacuación intestinal evitando en todo momento el estreñimiento.
2. Conocer el patrón intestinal habitual de las personas a su cargo.
3. Control del número de deposiciones, así como las características de las heces: cantidad, consistencia (duras y secas o diarreicas), volumen, color y contenido hemático (sangre roja indica hemorragia en el tracto intestinal y melenas o heces malolientes y negras en el tracto digestivo superior). Si al asear al mayor a su cuidado observa manchas de sangre, éstas pueden ser debidas a hemorroides y se deberá notificar a una persona cualificada para descartar hemorragia digestiva baja.

4. Fomentar la participación de la persona mayor en las técnicas que se van a realizar.
5. Favorecer la autonomía y aumentar su autoestima.
6. Eliminar las barreras arquitectónicas.
7. Educar, aconsejar y motivar, no sólo al paciente, sino también a sus familiares y/ o cuidadores.

5.5. Cuidados

- Dieta equilibrada: ingesta de líquidos mayor de 2 litros al día; aumentar el consumo de fibra gradualmente ingiriendo fruta con piel, hortalizas y verduras.
- Aumentar la actividad física: promover que el mayor deambule, proporcionándole ayuda en caso necesario. Si la persona a su cuidado es encamada realizaremos cambios posturales y masajes circulatorios. La persona mayor deberá realizar, si es posible, ejercicios para reforzar la musculatura del suelo pélvico.
- Eliminar las barreras arquitectónicas existentes.
- Comentar a personal cualificado sus observaciones acerca de los efectos secundarios de la medicación.
- Enseñar al paciente, familia y cuidadores a valorar el estreñimiento.
- La evacuación debe ser diaria, no dejando pasar más de tres días sin ella, valorando en todo momento el patrón habitual de la persona a la que se está prestando asistencia. En caso de haber superado este tiempo tendremos que tener en cuenta otro tipo de medidas como pueden ser enemas o laxantes, entre otros.
- Detectar los episodios de pseudodiarrea en aquellas personas que por lo general presentan dificultad a la hora de defecar.
- Existen muchas clases de laxantes, aunque los más utilizados en personas mayores son el salvado y la lactulosa. Cuando ya ha comenzado su compromiso no se deben dejar de usar inmediatamente porque volvería el estreñimiento. Es necesario un período de adaptación a la nueva situación, excepto en el caso de descompensación diarreica.
- Antes de comenzar con otro tipo de medidas, el personal médico o de enfermería debe realizar un tacto rectal.
- Si no hay presencia de fecalomas, es decir, la persona presenta heces blandas, se administrará un enema de limpieza de elaboración propia o un enema de limpieza (véase anexo 2). Lubricar la zona a insertar y proceder a introducir el líquido. El mayor no debe acudir al servicio inmediatamente, sino esperar un mínimo de 5 minutos.
- Si existen fecalomas, primero se administrará un enema de limpieza de

elaboración propia (en una bolsa de irrigación introduciremos de 1 y medio a 2 litros de agua templada, un enema Cassen[®], un Micralax[®], 10% de solución de lactulosa, un poco de jabón).

En caso de que no sea efectivo se procederá a la extracción manual, explicando previamente el procedimiento a realizar, sus ventajas e inconvenientes. En caso de que en este procedimiento aparezca sangrado o dolor intenso se abandonará esta operación.

5.6. Anexos

5.6.1. Anexo 1. Ejercicios del suelo pélvico (Hospital de la Cruz Roja)

1. El primer ejercicio consiste en contraer voluntariamente los músculos de alrededor del ano.
2. Cuando esté orinando cortar la orina contrayendo los músculos de esta zona.
3. Sentados al revés en el bidé, dirigimos el agua hacia los genitales e intentamos contraer los músculos abdominales para que el agua no penetre en la vagina.

5.6.2. Anexo 2. Procedimiento de enema de limpieza

1. Concepto.
 - ¿Qué es? Solución líquida gracias a la cual se intentará vaciar el intestino grueso de heces.
 - Indicaciones.
 - Estreñimiento que no responde a otro tipo de tratamiento.
 - Menos de 3 días sin defecar con sintomatología.
 - Realización de pruebas intestinales, como colonoscopia o rectoscopia.
 - Contraindicaciones.
 - Obstrucción intestinal no producida por fecaloma.
 - A veces hemorroides muy vascularizadas con riesgo de hemorragia.
2. Recursos.
 - Materiales:
 - Guantes de un solo uso.
 - Lubricante urológico.
 - Gasas o compresas.

- Empapador o entremetida.
- Jabón de pH neutro en un recipiente con agua.
- Esponjas y toallas.
- Cuña y papel higiénico.
- Sonda rectal.
- Bolsa recolectora de orina.
- Bolsa de irrigación.
- Agua templada en un recipiente.
- Solución lactulosa.
- Micralax[®].
- Enema Cassen[®].
- Lugar de realización: en la cama de la persona a la que vamos a administrar el enema de limpieza.

3. Procedimiento.

- Información a la persona mayor de la técnica a realizar.
- Protocolo de actuación:
 - Preparar un enema jabonoso o en su defecto un enema Cassen[®]. Este enema se preparará introduciendo en la bolsa de irrigación, previamente pinzada 250 ml de agua templada, 5% solución de lactulosa y un Micralax[®].
 - Colocar la bolsa de irrigación en un palo de goteo o en su defecto en un lugar alto.
 - Colocar al mayor en la cama o bien en decúbito supino con ambas piernas flexionadas y abiertas, o bien en posición fetal (decúbito lateral con rodillas flexionadas intentando alcanzar la cabeza). Cualquiera de las posturas es correcta se elegirá en función de la comodidad de la persona.
 - Lavarse las manos y adaptarse los guantes de un solo uso.
 - Lubricar la punta o extremo de la sonda rectal.
 - Solicitar al mayor que respire tranquilamente y se relaje para que no contraiga el esfínter anal.
 - Introducir la sonda con movimientos circulares.
 - Cuando esta se encuentre insertada conectar el enema de limpieza previamente preparado y despinzar el sistema permitiendo que el líquido circule lentamente. En el caso de utilizar enema Cassen[®], la boquilla se introducirá dentro de la sonda y se presionará lentamente hasta que pase todo el contenido de éste.
 - Una vez finalizada esta operación y encontrándose el enema vacío, se retirará la sonda rectal limpiando la zona con unas gasas o

compresas. También se retirarán los empapadores utilizados cambiándolos por unos limpios.

- Solicitar al mayor que aguarde al menos 5 minutos para ir al servicio a defecar, se le explicará que cuando haya expulsado el enema deberá continuar haciendo fuerza.
- Si el paciente está encamado, se colocará la cuña.
- Cuando la persona acabe de defecar se retirará la cuña, en el caso de que haya sido necesaria, y se realizará un exhaustivo aseo de la zona genital.
- Volver a colocar al paciente en su posición original, cambiando la ropa de la persona mayor, tanto de la cama como propia.
- Observar el contenido de la evacuado, así como la posibilidad de contenido sanguíneo.

4. Complicaciones.

- Ineficacia del enema.
- Hemorragia anal.
- Úlceras rectales.
- Formación de una fístula al forzar la inserción de la sonda rectal.
- Perforación de la mucosa rectal.
- Obstrucción de la sonda rectal por fecaloma.
- Reacción vagal por estimulación del nervio vago.

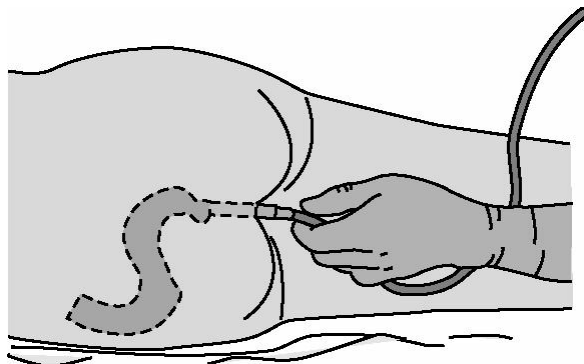


FIGURA 5.1. Procedimiento para administración de un enema de limpieza.

5.6.3. Anexo 3. Cambio de bolsa de colostomía

1. Concepto.

- ¿Qué es? Ubicación sobre una colostomía una bolsa colectora de heces.

- Indicaciones: Recolección de deposiciones.

2. Recursos.

- Materiales:
 - Bolsa colectora especial para colostomías.
 - Medidor de colostomías.
 - Guantes de un solo uso.
 - Suero fisiológico.
 - Gasas y compresas.
 - Tijeras.
 - Protectores de la piel.
- Lugar de realización: en el sitio donde se encuentre más cómodo el paciente ostomizado.

3. Procedimiento.

- Información previa a la persona sobre la técnica a realizar.
- Protocolo de actuación:
 - Colocar al paciente en decúbito supino o semisentado.
 - Lavado de manos y colocación de guantes.
 - Despegar la bolsa de colostomía suavemente.
 - Observar cualquier tipo de alteración en la piel.
 - Limpiar el estoma con suero fisiológico y productos específicos para su aseo. Posteriormente secar con mucha delicadeza.
 - Medir el estoma y recortar el apósito adherente. La incisión realizada en la bolsa no debe sobrepasar ni quedar pequeño respecto al estoma.
 - Aplicar protectores cutáneos alrededor de la colostomía.
 - Retirar el protector y adherir la bolsa para que queden encajados a la perfección el estoma con el agujero de la bolsa de colostomía. Vigilar que en la bolsa no haya aire.
- Colocar al enfermo de nuevo en una posición cómoda y airear la habitación, así como perfumar al ostomizado.

4. Complicaciones.

- Dermatitis.
- Infecciones del estoma.
- Estenosis del estoma.
- Malos olores debido al estoma.
- Depresión.

5.6.4. Anexo 4. Recogida de muestras de orina y heces

1. Concepto.

- ¿Qué es? Detección de microorganismos patógenos por medio de cultivo.
- Indicaciones: infección tanto urinaria como del tracto digestivo.

2. Recursos.

- Materiales:
 - Guantes de un solo uso.
 - Gasas estériles.
 - Suero fisiológico de un solo uso.
 - Recipiente receptor de la muestra estéril.
 - Si el paciente está sondado, pinzas kocher, aguja y jeringas de 10 cc.
- Lugar de realización: generalmente en la cama, ya que se debe recoger la primera orina de la mañana.

3. Procedimiento.

- Información previa a la persona sobre la técnica a realizar.
- Protocolo de actuación:
 - Lavado de manos y colocación de guantes.
 - Higiene del aparato genitourinario con suero fisiológico o jabón.
 - Introducción en el recipiente adecuado de la muestra que se precisa.
En el caso de las heces, recoger una pequeña parte de varias zonas de las heces con una torunda estéril.
 - Si el paciente presentase un sondaje vesical, se pinza la sonda media hora antes, se desinfecta con antiséptico y se realiza una punción en el catéter extrayendo por medio de una jeringa la muestra de orina correspondiente. Despinzar al finalizar.
 - Rotular la muestra y enviar al laboratorio.

Recuerde...

- Es muy importante conocer el patrón intestinal de las personas a su cargo a la hora de diagnosticarlas de estreñimiento.
- La diarrea puede indicar un fecaloma existente en el intestino grueso.

- Frente al estreñimiento, el mejor tratamiento es una buena dieta rica en fibra y la deambulación.
- La higiene personal y la movilización de las personas a su cuidado son las mejores maneras de prevenir cualquier infección o alteración de la piel.
- Antes de administrar un enema se debe realizar un tacto rectal.
- Ante cualquier procedimiento, si aparece un dolor intenso, debemos abandonarlo y comunicar esta incidencia al médico o la enfermera lo antes posible.

Demencias

6.1. Introducción

La demencia es una pérdida de las facultades intelectuales (pensamiento, memoria, razonamiento, cambios en la personalidad, etc.) de tal forma que interfiere en el funcionamiento cotidiano de la persona.

Los síntomas aparecen sin que exista una disminución en el nivel de conciencia.

La demencia no se trata de una enfermedad en sí, sino de un grupo de síntomas que pueden ser causados por distintas enfermedades, por lo que su curso y duración es muy variable.

El cuidado a personas mayores con demencia, tanto en su domicilio como en residencias geriátricas, va a ser uno de los principales campos de actuación del profesional de la gerocultura.

6.2. Etiología

6.2.1. Causas

Existen más de 60 enfermedades que pueden causar demencia –algunas son curables y otras no–. Las principales son:

1. *Enfermedad de Alzheimer*. Representa entre el 40% y el 60% de todos los casos, siendo la demencia más frecuente.
Afecta más a mujeres que a hombres y es más común en la raza negra

que en la blanca.

El curso de la enfermedad es progresivo, comenzando con una disminución de la memoria; más tarde se producen alteraciones del lenguaje y de las habilidades motoras. Según va avanzando la enfermedad, el deterioro es mayor y la persona se vuelve incontinente e incapaz de caminar, hasta que, si no fallece antes, queda en estado vegetativo.

La enfermedad de Alzheimer suele tener una duración de 7 a 10 años, aunque puede evolucionar más rápida (3-4 años) o más lentamente (hasta 15 años), conduciendo irremediablemente a la muerte de la persona que la padece.

2. *Demencia vascular*. Es la segunda demencia más frecuente, alrededor del 20-30% de los casos.

Provocada por diversas enfermedades (trombosis cerebrales, infartos cerebrales múltiples, etc.), todas ellas con una característica común: producen alteraciones en el riego sanguíneo cerebral provocando cambios en el funcionamiento de diversas estructuras cerebrales.

Su inicio es agudo y su curso fluctuante, es decir, el deterioro se produce de forma escalonada e incluso, en determinados casos, se puede mantener estable durante algunos años.

Los síntomas difieren según el área del cerebro que se haya afectado, aunque siempre existe una pérdida considerable de memoria y desorientación tempo-espacial.

En ocasiones la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular se presentan de manera combinada.

3. *Parkinson*. Un elevado número de personas en estadios avanzados de la enfermedad de Parkinson padecen demencia por afectación de determinadas estructuras cerebrales.
4. *Hidrocefalia*. Su diagnóstico precoz es fundamental y, si se trata a tiempo puede ser reversible.

Cursa con una sintomatología específica: demencia, incontinencia y trastornos de la marcha.

Su tratamiento es quirúrgico, mediante la implantación de una derivación ventrículo-peritoneal que drene el exceso de líquido cefalorraquídeo hacia el peritoneo.

5. *Otras*. Pueden aparecer síntomas de demencia en determinados estados carenciales como déficit de vitamina B₁₂, ácido fólico, etc., que son reversibles una vez solucionada la carencia.

Otras demencias reversibles son aquellas producidas por hipotiroidismo y por algunos tumores cerebrales.

6.2.2. Diagnóstico diferencial

Es muy importante llegar a un diagnóstico correcto de demencia. El hecho de que una persona mayor sufra alteraciones de la memoria o tenga síntomas de desorientación tempo-espacial, no significa que sufra una demencia. Existen otras situaciones que pueden provocar estos síntomas y su detección es muy importante, puesto que algunas de ellas son reversibles.

1. *Síndrome confusional*. Puede aparecer en personas sin ninguna alteración neurológica de base. Suele estar causado por fiebre, infecciones (urinaria y respiratoria las más frecuentes), insuficiencia cardíaca o respiratoria y algunos fármacos (sedantes, digoxina, etc.)

Cursa con síntomas de desorientación temporal y espacial. Su curso es fluctuante y hay momentos en el día en los que la persona está perfectamente orientada.

Suele desaparecer cuando se soluciona la causa que la originó.

2. *Depresión*. En ocasiones los síntomas que experimenta una persona mayor con depresión (disminución de la capacidad de concentración, pérdida de memoria, apatía, etc.) pueden atribuirse a la existencia de una demencia.
3. *Alteración de la memoria relacionada con la edad*. El hecho de que una persona mayor olvide algunas cosas no implica necesariamente que padezca demencia.

Es fundamental, por tanto, que el gerocultor, al detectar algún síntoma de demencia, informe al médico para que este haga un estudio completo.

6.3. Clínica

Los diferentes tipos de demencia se clasifican fundamentalmente en función de sus causas; sin embargo, todas suelen cursar con una sintomatología parecida, si bien, también es cierto que no siempre tienen que estar presentes los mismos síntomas y ni desarrollarse de la misma forma. Los síntomas que se exponen a continuación se producen como consecuencia del desarrollo de la enfermedad, el profesional debe tener siempre presente esto y no considerar como comportamientos malintencionados por parte de la persona enferma sucesos que son claramente producidos por el curso de la demencia.

6.3.1. Pérdida de memoria

Es el primer síntoma que suele aparecer. Al principio se manifiesta como leves

olvidos (un nombre, un teléfono, las llaves, etc.). Poco a poco se va agudizando (se pierde en lugares habituales, olvida como vestirse, etc.) hasta que, en fases avanzadas, se produce una agnosia total (no reconoce a las personas ni los objetos más familiares y llega incluso a olvidar su propio nombre).

Persiste la memoria remota. La persona olvida los sucesos recientes (no recuerda si ha comido, ni la última frase que se le acaba de decir, etc.), sin embargo, recuerda bien los acontecimientos remotos, aunque puede situarlos erróneamente en el tiempo, es decir, recuerda algo del pasado como si le sucediese en ese mismo instante.

No le es posible aprender cosas nuevas, ni asimilar hechos nuevos: una boda, la muerte de un familiar, etc.

Junto con la memoria también pierde la capacidad de razonamiento y de procesar las ideas: no puede hacer cálculos, no entiende las ideas abstractas, etc. Mantiene la memoria emocional, se da cuenta de la persona que le ayuda y le cuida.

6.3.2. *Desorientación*

Afecta tanto el espacio como al tiempo. El individuo va sufriendo una desorientación progresiva. También va perdiendo la capacidad para juzgar el paso del tiempo (cree que le han abandonado cuando le dejan sólo unos minutos, pregunta constantemente la hora). Se altera su ritmo biológico, es decir, no saben cuándo es hora de dormir, comer, estar despierto, etc.

6.3.3. *Afasia*

Es el trastorno del lenguaje, tanto oral como escrito. La persona con demencia tiene serios problemas tanto para expresarse como para entender lo que se le dice.

Aparece en grados muy variados. Hay personas que confunden palabras con sonidos semejantes (tila-pila), o describen el objeto que no pueden nombrar (“eso que sirve para peinarse”); también hay individuos que hablan con mucha fluidez pero sin ningún sentido, etc.

Cuando el trastorno es muy severo, la persona sólo recuerda ciertas palabras clave, por ejemplo, “sí” y las usa constantemente, sea o no conveniente. Con el tiempo pueden perder totalmente la capacidad de comunicarse.

Para ellos también es difícil comprender la información que se les da, tanto oral como escrita. Esto no es falta de cooperación, si no que se debe a una alteración de su cerebro que no les permite encontrar sentido a lo que escuchan o leen.

6.3.4. *Pérdida de la coordinación (apraxia)*

La persona con demencia puede entender lo que se le está pidiendo. Sin embargo, es incapaz de llevar a cabo lo que se le indica, por ejemplo, abrocharse la chaqueta.

El primer síntoma de apraxia puede ser un cambio en la forma de escribir. También se altera su forma de caminar, que poco a poco se irá volviendo más insegura e inestable.

Con el tiempo, la persona va perdiendo la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria, le cuesta llamar por teléfono, vestirse, bañarse, cocinar, etc., por lo que la persona irá siendo cada vez más dependiente.

6.3.5. *Alteración de la personalidad y del estado de ánimo*

Suelen ponerse excesivamente irritables y cambian de humor con frecuencia. Este tipo de reacciones de irritabilidad suelen surgir ante situaciones que generan estrés y descontrol a la persona enferma, por ejemplo, el baño, ir a visitar a alguien, el desorden, etc. Estos hechos pueden parecer irrelevantes a una persona sana, pero para un individuo que padece demencia se convierten en verdaderos problemas ya que ha olvidado cómo se realizan, no entiende qué se le dice, no sabe dónde está, etc.

Al inicio de la enfermedad la persona es consciente de su deterioro y esto le provoca angustia, nerviosismo y, en muchos casos, depresión.

Durante el curso de la demencia la personalidad del individuo puede cambiar: si antes era una persona cariñosa, de repente puede mostrarse frío y distante, llegando incluso a aislarse del entorno.

Cuando el deterioro es mayor son corrientes los episodios de llanto o risa sin causa justificada. En ocasiones aparecen también conductas de desinhibición sexual (desnudarse, etc.).

6.3.6. *Alteración del pensamiento*

Las ideas falsas, delirios y alucinaciones son síntomas que pueden aparecer en las personas que padecen demencia. Se vuelven suspicaces, acusan a la gente de que le están robando, esconden cosas, se guardan comida en los bolsillos, etc.

Algunos individuos generan actitudes negativas hacia la persona que les cuida, le acusan de secuestro, de envenenamiento, etc., rechazando sistemáticamente su ayuda. En ocasiones tienen ideas repetitivas que les angustian, sin que éstas tengan ninguna base real, por ejemplo, que su casa no es su casa, que alguien que vive en la casa es un extraño, etc.

Pueden sufrir también alucinaciones visuales, auditivas y olfatorias, es decir, pueden

ver un perro encima de su cama, oír voces, oler a quemado.

6.3.7. Alteraciones de la conducta

Las alteraciones de la conducta que pueden presentar los individuos con demencia son muchas. Una de las más comunes y peligrosas es el vagabundeo: el individuo camina sin rumbo, bien dando vueltas por la casa o bien se escapan y vagan por las calles, ya sea de día o de noche. En ocasiones, este tipo de conducta se debe a la desorientación: la persona camina buscando el camino de vuelta a casa porque lo ha olvidado. Pero también hay personas que vagan sin razón aparente: su paso es agitado y parece que están huyendo de algo. La conducta de vagabundeo empeora con un cambio de casa o ambiente (centro de día, ingreso en una residencia, etc.) pues su confusión es mayor.

Otras conductas que presentan las personas con demencia son acciones repetitivas, seguir a su cuidador a todas partes, etc.

6.4. Fases de la demencia

En el [cuadro 6.1](#) se describen las características más destacables de cada una de las fases de una demencia.

CUADRO 6.1
Fases de la demencia

	FASE I	FASE II	FASE III	FASE IV
MEMORIA	• Olvido de los nombres, fechas, números de teléfono, objetos familiares. • Pierde las cosas u olvida dónde las ha colocado.	• Olvida los sucesos recientes. • No asimila hechos nuevos. • Pérdida de pensamiento abstracto.	• No reconoce a sus familiares más próximos. • Disgrafía (escribe mal).	• Agnosia completa.
ORIENTACIÓN	• Se pierde yendo a un lugar no familiar, a veces incluso olvida el camino a lugares conocidos.	• Desorientado en el espacio, se pierde en el entorno familiar. • Desorientación en el tiempo (hora, fecha, estación).	• Vagabundeo.	• Desorientación tiempo-espacial completa.
LENGUAJE Y COMPRENSIÓN	• Pérdida de vocabulario. • Frases más cortas. • Mezcla de ideas.	• Vuelta al lenguaje infantil. • Problemas para encontrar palabras. • Frases inacabadas y cortas. • Frases repetitivas.	• Lenguaje inconexo. • Canturreo y/o balbuceos.	• Mutismo completo.
COMPORTAMIENTO	• Cambios bruscos de humor. • Dificultad para tomar decisiones.	• Reacciones desmesuradas y violentas. • Nerviosismo. • Conducta compulsiva y repetitiva.	• Agitación. • Paranoia. • Alucinaciones y delirios. • Desinhibición sexual.	• Indiferencia. • Agitación ocasional con llanto y gritos.
COORDINACIÓN	• No está alterada.	• Torpeza en tareas manipulativas.	• Marcha a pequeños pasos. • Aumento de la rigidez.	• Apraxia. • Movimientos lentos. • Crisis cómicas y temblores.
ACTIVIDADES COTIDIANAS	• Continúa realizando las actividades diarias aunque con un rendimiento menor.	• Olvido de tareas rutinarias (higiene, comida). • Pérdida de atención. • Puede retener habilidades sociales.	• Pérdida de la autonomía para los AVD, necesita ayuda en la alimentación, vestido, higiene, etc. • Incontinencia fecal y urinaria.	• Dependencia total. • Vida cama-sillón. • Automatismo. • Pequeña respuesta ante estímulos.

6.5. Objetivos

1. Detectar la aparición de alteraciones de memoria y desorientación en las personas mayores sin alteraciones previas.
2. Mantener la autonomía de la persona mayor con demencia el mayor tiempo posible.
3. Prevenir el número de conductas inapropiadas (vagabundeo, agresividad, desinhibición, etc.).
4. Prevenir las complicaciones derivadas de las conductas inapropiadas.
5. Procurar la correcta higiene de la persona mayor.

6.6. Cuidados

El cuidado de una persona mayor con demencia es siempre complejo y difícil, no sólo por la gran cantidad de necesidades que tienen sino también por la dificultad que añaden algunos síntomas, propios de la enfermedad, a la hora de realizar el cuidado. Por ello, lo primero que tiene que plantearse un gerocultor al cuidar a un individuo con demencia es que se haya ante una persona enferma y que, por tanto, muchas de sus actitudes y comportamientos son debidos a la enfermedad, y ante ellos lo mejor es mantener una actitud tranquila y profesional.

A continuación se exponen unos cuidados básicos para una persona con demencia, pero siempre hay que tener en cuenta que cada persona es diferente y no todas las recomendaciones serán útiles para todas las personas, el gerocultor/a debe valorar cuales cuidados son los más idóneos según la persona y la situación.

6.6.1. *Cuidados generales*

1. Organización del espacio.

En la medida de lo posible, el gerocultor debe procurar que el espacio, bien en el domicilio bien en la residencia, esté lo más adaptado posible. Para ello:

- Simplificar el espacio lo máximo posible: quitar muebles innecesarios, espejos, alfombras, adornos superfluos, etc. Así evitará los tropezones y caídas, y disminuirá su confusión.
- Conservar los objetos de uso cotidiano y siempre en el mismo sitio. El

- desorden aumenta la confusión.
- Colocar un reloj y un calendario en sitio visible e ir tachando los días según van pasando.
- Evitar el ruido y la confusión (radio, televisor, mucha gente) pues sólo aumentarán la confusión y nerviosismo de la persona.
- Mantener un lámpara encendida por la noche, para que, si se levanta, no se caiga ni se asuste.

2. Organización de las actividades de la vida diaria.

En este tipo de pacientes es fundamental la organización de una rutina diaria, pues les da una mayor seguridad, disminuye su confusión y retrasa algo la pérdida de su independencia. Asimismo el gerocultor debe procurar que la persona con demencia realice por sí misma el mayor número de actividades posibles, mejorando así la autoestima del individuo y evitando reacciones de rechazo y frustración.

Algunas ideas que pueden ayudar al profesional de la gerocultura a la realización de las actividades de la vida diaria:

- Higiene.
 - Mantener, en la medida de lo posible, los hábitos y rutinas de higiene de la persona.
 - Seguir siempre el mismo orden en el proceso: lavado de manos, lavado de cara, dientes, cepillado, etc.
 - Respetar su intimidad.
 - Vigilar la temperatura del agua.
 - No dejarle nunca solo en el baño.
- Vestido.
 - Mantener en el armario sólo las prendas necesarias.
 - Pedir a la familia que le traiga ropa fácil de poner y abrochar: en vez de botones, velcro y zapatos sin cordones.
 - Disponer la ropa en el orden en que deba ponérsela.
 - Procurar, si es posible, que sea el propio paciente el que se vista.
- Alimentación.
 - Reducir el número de cubiertos al mínimo y utilizar un cuenco en lugar de un plato para evitar que se derrame.
 - Poner los platos de manera sucesiva, nunca juntos.
 - Controlar el tamaño de los bocados para evitar atragantamientos.
 - Si ya tiene problemas para comer, hacerle demostraciones para que las imite y/ o rozarle la barbilla y acercarle el alimento a la boca.
 - Si come compulsivamente, procurar distraerle; si no funciona, darle

- alimentos, una pequeña cantidad, saludables y ricos en fibra.
- Movilidad.
 - Dedicar un tiempo al día para dar un paseo.
 - Proporcionarle las ayudas instrumentales (bastón, muletas, etc.) y/o personales que necesite.
 - Si tiene problemas de movilidad realizar movilizaciones activas y/ o pasivas.

6.6.2. *Cuidados específicos*

Las personas mayores con demencia presentan unos síntomas característicos por lo que su cuidado resulta muy complejo. A continuación se exponen algunos cuidados y actitudes que pueden adoptarse ante estos síntomas.

1. Cuidados ante la pérdida de memoria y la desorientación.

- Cuando el deterioro no es grande, es útil poner carteles con el nombre de las cosas para ayudarle a recordarlos.
- Si la persona aún lee, dejarle por escrito (con órdenes sencillas) lo que debe hacer.
- Poner dibujos en las puertas que indiquen lo que hay detrás de ellas.
- Tener a la vista relojes y calendarios que le recuerden el día y la hora.
- Pedir a la familia que le dejen cerca de la persona un álbum con fotos antiguas y objetos familiares, que le ayuden a recordar a los amigos y familiares.
- No reorientar más de una vez a la persona en cada encuentro, pues la reorientación continua sólo le crea frustración.

2. Cuidados ante los trastornos de la comunicación.

La persona con demencia tiene serios problemas a la hora de comunicarse, no sólo para verbalizar sus ideas, sino también para comprender lo que se le dice.

- Ante los problemas de verbalización:
 - Si comprende lo que la persona trata de decir, ayudarle a completar la frase o pedirle que señale con el dedo. Así disminuirá su frustración por no poder comunicarse bien.
 - Confirmar que se ha entendido bien lo que la persona trata de decir, con

frases como: se refiere a..., quiere usted decir...

- Si la persona se detiene en mitad de la frase, esperar a que la termine. Si no es así, repetirle las tres últimas palabras para ayudarle a recordar de qué estaba hablando.
- Si hace preguntas o da explicaciones sin sentido, hay que evitar la discusión: lo mejor es cambiar de tema.
- Ante los problemas de comprensión:
 - Mantener un tono de voz tranquilo y calmado, pues transmite seguridad.
 - Hablarle con frases simples y directas. No dar mensajes complicados.
 - No hacerle más de una pregunta a la vez y procurar que sean claras y de fácil respuesta.
 - Dejarle tiempo para pensar, ser paciente.
 - Intentar mostrarle visualmente lo que se está diciendo.
 - Tener siempre presente la importancia del lenguaje no verbal (postura, mirada, sonrisa, gesto, etc.) y utilizarlo como apoyo; por ejemplo, tocar con cariño a la persona con demencia es una forma de transmitirle seguridad.

3. Cuidados ante los trastornos de la coordinación.

Según la enfermedad evoluciona, su capacidad de caminar irá disminuyendo progresivamente. Ante ello:

- Realizar con la persona algún tipo de ejercicio (caminar), mientras los síntomas de la enfermedad lo permitan.
- Eliminar las barreras arquitectónicas (objetos en el suelo, sillas, muebles, etc.) que dificulten su movilidad.
- Proporcionarle las ayudas instrumentales o personales que necesite: bastón, muletas, sillas de ruedas, etc.
- Cuanto más se retrase el encamamiento, mucho mejor, pues se evitarán las múltiples complicaciones que éste provoca.

4. Actuación ante las reacciones desmesuradas y/ o agresivas.

Lo primero es intentar prevenirlas. Para ello, hay que intentar evitar las situaciones estresantes para la persona: manteniendo una rutina fija, reduciendo el desorden y los ruidos, animándole a que realice actividades que sean asequibles para ella, etc.

Muchas veces no es posible prevenirlas; por tanto, ante una reacción desmesurada:

- Mantener la calma.
- Buscar la causa que ha desencadenado la reacción y, si es posible, solucionarla.
- Apartar a la persona de la situación, por lo menos momentáneamente, hasta que se calme.
- Evitar razonar o discutir con la persona, pues no entenderá el razonamiento y eso sólo aumentará su confusión.
- Si se pone agresivo, alejarse pero sin perderlo de vista; se calmará y olvidará la pelea.

5. Cuidados ante las alteraciones del pensamiento.

Si la persona se vuelve suspicaz:

- Comprobar que sus ideas no tienen ninguna base real.
- Intentar calmarlo; a veces, el contacto físico les ayuda.
- No contradecirlo ni intentar razonar, escucharlo y, en cuanto sea posible, cambiar el tema y/ o la actividad para que se le olvide.
- Si es posible solucionar su sospecha, hacerlo; por ejemplo, si dice que le han robado algún objeto y el gerocultor sabe dónde está, lo mejor es enseñárselo o buscarlo.

6. Cuidados ante al vagabundeo.

- Mantener un espacio seguro donde él pueda caminar cuando quiera. El ejercicio le vendrá bien y estará más relajado.
- Reservar un momento en el día para que salga a dar un paseo, siempre acompañado.
- La persona con demencia debe llevar siempre un collar o pulsera con sus datos, teléfono y la frase “sufre demencia”.
- Si el deterioro de la persona es pequeño, escribirle en un papel el camino de ida y de vuelta.
- Mantener la puerta de la calle y las ventanas siempre cerradas.
- No usar métodos de sujeción a no ser que sean imprescindibles para la seguridad de la persona.

Recuerde...

- La demencia es una enfermedad y sus síntomas son consecuencia de ella. Las

actitudes negativas y los comportamientos inadecuados de las personas con demencia deben ser comprendidos como una consecuencia de la enfermedad y no como una disposición negativa por parte del enfermo.

- Una actitud paciente y comprensiva es fundamental en el cuidado de una persona mayor con demencia.
 - La aparición de síntomas de demencia no es una consecuencia necesaria de la edad. Por tanto, ante la aparición de dichos síntomas, se debe avisar al médico o la enfermera.
 - La organización de una rutina diaria es muy importante en la vida de la persona con demencia, ya que disminuirá su confusión y ansiedad.
 - La comunicación verbal y no verbal es uno de los pilares del cuidado al individuo con demencia.
-

Depresión

7.1. Introducción

Los trastornos del humor son un problema importante entre la población mayor. La depresión en las personas mayores es consecuencia, en la mayoría de los casos, de una serie de factores que se van dando a lo largo del propio proceso senil. La situación del mayor en la sociedad actual, la aparición de enfermedades –muchas de las cuales suelen ser discapacitantes y generadoras de dependencia–, la soledad, fruto de la viudedad y la muerte de familiares o amigos, la institucionalización de estas personas en residencias para la tercera edad, así como los cambios neurobiológicos propios de la edad avanzada, suelen ser motivo de trastornos en el estado de ánimo.

Las mujeres se ven más afectadas que los hombres por esta enfermedad y es constatable que la frecuencia de las enfermedades depresivas en personas mayores de 65 años suele ser menor que entre grupos de población más jóvenes. De hecho, el número de individuos de 18 a 44 años con este tipo de trastornos es cuatro veces superior al de las personas mayores.

Un 15 % de las personas que viven en hogares y residencias asistidas sufren síntomas depresivos, pero vistos en conjunto no cumplen los requisitos necesarios para poder hablar de un episodio depresivo.

La edad no es en sí misma un factor de riesgo para el desarrollo de una depresión. Por esta razón, mejor que de depresión en la persona mayor se debería hablar de trastornos del humor, ya que estos sí son más frecuentes en esta población y pueden ser tratados del mismo modo.

7.2. Concepto

Para hablar de depresión se puede utilizar como referencia la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su 10.^a edición (CIE-10) o los criterios dados por el Manual Diagnóstico y Estadístico en su 3.^a edición (DSM-III R).

El CIE-10 define el trastorno depresivo por dos grupos de síntomas:

- La alteración del humor hacia la tristeza, unida a la disminución del interés y de la capacidad de disfrutar de las cosas.
- Reducción de la vitalidad, que conduce a la reducción del nivel de actividad del mayor y a una extremada sensación de cansancio.

7.3. Clasificación

Las depresiones pueden clasificarse por tres tipos de criterios: por su causa, su duración o sus síntomas.

1. Por su etiología:

- Endógenas: relacionadas con factores genéticos.
- Reactivas: como reacción a algún tipo de pérdida, ya sea real (el cónyuge) o simbólica (pérdida de una imagen juvenil).
- Orgánicas: hay enfermedades que coexisten con los estados depresivos (véase [apartado 7.4.4](#)).

2. Por la duración en el tiempo:

- Trastorno depresivo breve: caracterizado por una evolución rápida en el desarrollo de síntomas.
- Trastorno depresivo recurrente: reaparece de forma periódica, casi siempre coincidiendo con cambios estacionales.
- Trastornos depresivos persistentes: son los más frecuentes en la persona mayor. Son trastornos en los que no hay evolución durante períodos largos de tiempo (a veces hasta 2 años).

3. Por el tipo de síntomas:

- Sin síntomas psicóticos.
- Con síntomas psicóticos (véase [cuadro 7.3](#)).

7.4. Etiología

La depresión en los mayores se asocia a una serie de factores predisponentes. Los cambios físicos debidos a la edad y las enfermedades que se asocian a ella, así como la pérdida de las personas que conformaron en su día su entorno vital, van a ser las principales circunstancias que favorezcan la aparición de los trastornos del humor en el mayor

7.4.1. *Aislamiento social*

Varias son las causas que contribuyen a que muchas personas mayores se queden aislados:

- Muerte o ausencia del cónyuge.
- Dificultades motoras y de desplazamiento.
- Diferencia en el ritmo de vida con respecto a las generaciones de menor edad.
- Deficiencias económicas que les impide mantener un determinado tren de vida y poder acceder a determinadas formas de entretenimiento.
- Limitaciones senso-perceptivas (ceguera, sordera, etc.) que generan barreras con las personas de su entorno.

Estos factores provocan que la persona mayor viva sola, abandonada y/ o auto-marginada, y son las personas más jóvenes que la rodean las que organizan su vida, en demasiadas ocasiones al margen del grupo familiar.

7.4.2. *Pérdida de autoestima*

- Mala tolerancia de las limitaciones físicas que aparecen en el proceso de envejecimiento.
- La jubilación es vivida por el mayor como un suceso que le viene impuesto, peligroso y no aceptado.
- Pérdida de la posición social por la jubilación.
- La reducción de su poder adquisitivo.
- Inversión de papeles en la relación paterno-filial, pasando de ser los líderes a ocupar puestos de dependencia.

Muchos mayores tienden a sentirse profundamente devaluados e inútiles, torpes, incapaces de aportar nada a los demás y una carga molesta en un mundo en el que prima

la productividad, el rendimiento, la eficacia y lo novedoso.

7.4.3. *La soledad*

Casi siempre es por la pérdida del “otro” a quien importaba. La pérdida de sus seres queridos (pareja y amigos) hace que apenas conecten con nadie. Su interior es un vacío desolado, inhabitado e inapreciado.

7.4.4. *Enfermedades*

El estado anímico puede repercutir sobre la evolución de las enfermedades. El debilitamiento de las defensas psicológicas produce una disminución de la inmunidad que puede predisponer a la aparición de diversas enfermedades. Pero también puede suceder al revés. El cáncer, la demencia, las patologías discapacitantes o que acortan de manera importante el ciclo vital o la calidad de vida son, entre otras, enfermedades que potencian un clima que eleva el riesgo de padecer trastornos del humor y episodios depresivos.

La manera de adaptarse a la enfermedad dependerá en muchos casos de la influencia de la personalidad previa del mayor, del soporte familiar y social y de la calidad de vida que permita la enfermedad.

Hay una serie de patologías (además de las enumeradas en el [cuadro 7.1](#)) a las que se asocian los estados depresivos algunas de las cuales son:

- Cáncer. En pacientes con esta enfermedad los índices de mortalidad son mayores cuando está asociada una depresión. Ésta suele ligarse a la discapacidad física producida por el cáncer en un 80% de los casos.
- Déficit de vitamina B₁₂. Además de los episodios depresivos, la carencia de esta vitamina suele asociarse a manifestaciones de carácter neurológico, así como fatiga.

CUADRO 7.1

Patologías que pueden coexistir con estados depresivos

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Causas endocrinas:<ul style="list-style-type: none">– Hiper o hipotiroidismo.– Enfermedad de Cushing.• Infecciosas:<ul style="list-style-type: none">– Encefalitis.– Neurosífilis (fase más avanzada en la sífilis). |
|---|

- Metabólicas:
 - Hiper o hipocalcemia (exceso o déficit de calcio en sangre).
 - Hiper o hiponatremia (exceso o déficit de sodio en sangre).
- Neurológicas:
 - Demencia.
 - Enfermedad de Parkinson.
- Carenciales:
 - Anemia perniciosa (anemia asociada a la malabsorción de vitamina B₁₂).
 - Encefalopatía de Wernike.
- Neoplasias:
 - Cáncer de páncreas.
 - Cáncer gástrico.
 - Tumor cerebral (en lóbulo frontal).

- Accidentes cerebrovasculares (ACV) y sus secuelas. El riesgo de padecer depresión es mayor en los pacientes que han sufrido lesiones del hemisferio derecho y en regiones cercanas al polo frontal del cerebro. Los ACV en hemisferio derecho provocan con mucha frecuencia reacciones de tipo afectivo tales como indiferencia o negación de los déficit provocados por esta enfermedad, desinhibición social...
- Cardiopatía isquémica. La mortalidad de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio reciente es cinco veces mayor en aquellos que sufren trastornos del humor.

7.5. Valoración de los trastornos del humor: clínica

Los episodios depresivos pueden darse en personas mayores con variabilidad del humor, teniendo manifestaciones tales como:

- Disminución de la atención y la concentración. Expresión ausente. Mutismo.
- Facies depresiva: tristeza, expresión apagada, poco reactiva.
- Inhibición psicomotriz: rigidez o inmovilidad.
- Reducción del nivel de actividad y de vitalidad. Cansancio exagerado.
- Cambios en los hábitos de autocuidado. Desatención de la propia higiene personal.
- Trastornos del sueño. Son más frecuentes los despertares tempranos.
- Pérdida del apetito. Rechazo del alimento con riesgo vital.
- Disminución de la capacidad de disfrutar las cosas.

- Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa y sentimientos de inutilidad.
- Desesperanza ante el futuro.
- Conductas regresivas (propias de la infancia):
 - Incontinencia urinaria o urinaria y fecal.
 - Alimentación a base de dieta blanda.
 - Vómitos.
 - Excesiva dependencia física y afectiva.
- Pensamientos suicidas y autoagresiones. Hay mayor frecuencia que en personas más jóvenes, con elección de métodos violentos (ahorcamiento, etc.).

El cuerpo es un excelente canal de expresión de los procesos depresivos. El sistema nervioso autónomo está fuertemente ligado a los procesos emocionales. La somatización es una forma primaria o elemental de expresión emocional y la vía más frecuente de expresión de la depresión. Dicho lenguaje, de carácter no verbal, aporta valiosísimos elementos para la valoración de las personas mayores con trastornos del humor: suelen estar en consonancia con lo expresado de una manera verbal y, en caso de que esta expresión verbal sea pobre, el lenguaje del cuerpo aportará los elementos necesarios para la evaluación de los trastornos del humor.

Junto a estas manifestaciones de carácter somático ([cuadro 7.2](#)) pueden aparecer otras de carácter psicótico ([cuadro 7.3](#)). Las depresiones asociadas a síntomas psicóticos son las más graves, y requieren en la mayoría de los casos ingreso hospitalario.

CUADRO 7.2
Síntomas somáticos en la depresión

Síntomas referidos al ámbito corporal:

- Reducción de las reacciones emocionales ante situaciones que, habitualmente, producirían una respuesta de este tipo (alegría, llanto, sorpresa, etc.).
- Insomnio y alteración del sueño.
- Empeoramiento del humor depresivo al levantarse.
- Aumento o disminución del apetito.
- Reducción del peso en un 5% o más en el último mes.
- Cambios en la actividad psicomotriz: agitación o enlentecimiento de los movimientos.
- Disminución de la libido.

Fuente: Modificado de Ribera Casado y Cruz Jenfont, 1997.

CUADRO 7.3
Síntomas psicóticos en la depresión

- Ideas delirantes sobre temas tales como:
 - Ruina.
 - Culpabilidad.

- Hipocondría. Temor a padecer una enfermedad. En casos extremos se llega a la negación de la propia corporalidad y de aspectos evidentes de la misma (por ejemplo, sentir que el cuerpo está muerto, que el corazón no late, que la sangre no circula o se ha coagulado, etc.).

- Alucinaciones auditivas: escucha sonidos o voces que no se producen en la realidad.

Fuente: Modificado de Ribera Casado y Cruz Jenfont, 1997.

Algunos mayores que sufren trastornos depresivos pueden padecer alteraciones cognitivas. Dicho cuadro se denomina síndrome demencial en la depresión o pseudodemencia. Las características que permiten diferenciarla de la verdadera demencia vienen enumeradas en el [cuadro 7.4](#).

Las escalas para el diagnóstico de los estados depresivos son empleadas fundamentalmente por médicos y psicólogos. Dichas escalas suelen valorar la presencia de síntomas de depresión y éstos pueden ser detectados en primera instancia por los gerocultores. Por ello, es bueno que sean conocidas por este colectivo de profesionales.

Las escalas empleadas con mayor frecuencia son la escala de valoración geriátrica de depresión (GDS) de Yessavage y la escala de Hamilton. Esta última se utiliza para ancianos con demencia y en ella se valora la presencia de síntomas de depresión.

CUADRO 7.4
Criterios que permiten diferenciar entre demencia y depresión

DEPRESIÓN	DEMENCIA
• Comienzo brusco. • Progresión rápida. • Antecedentes de depresión. • Quejas de déficit cognitivos. • Síntomas afectivos asociados. • Respuestas a preguntas de tipo “no sé”. • No apraxias (capacidad para ejecutar actos voluntarios intacta). • No agnosias (capacidad de reconocer estímulos intacta).	• Comienzo engañoso. • Progresión lenta. • No hay antecedentes previos. • Quejas vagas o inexistentes. • Afectividad embotada. • Respuestas erróneas. • Apraxias. • Agnosias.

Fuente: Criterios de Wells modificados.

7.6. Suicidio en la persona mayor

Si no se trata a tiempo, la depresión puede traer múltiples consecuencias, una de las cuales es el suicidio. Cada día es más significativo el número de suicidios en la población mayor del mundo occidental.

Si se dan trastornos del humor, resulta obligada la valoración del riesgo de suicidio, utilizando para ello todas las fuentes de información que sean precisas.

Los enfermos con mayor riesgo son aquellos en los que existen antecedentes previos de intento de suicidio o se da algún tipo de trastorno psíquico. Dicho perfil de riesgo de desarrolla en el [cuadro 7.5](#).

CUADRO 7.5
Perfil de riesgo de suicidio en personas mayores

- Varón solo.
- Viudedad reciente.
- Intentos previos.
- Amenazas directas o indirectas de suicidio.
- Inicio de deterioro cognitivo asociado a depresión.
- Posible enfermedad orgánica asociada.
- Hipocondría manifiesta.

Fuente: Modificado de AA.VV., *Curso de neuropsicogeriatría*, Madrid, 1995, p. 219.

7.7. Objetivos

1. Mantener un idóneo funcionamiento biológico (nutrición, hidratación, eliminación, ritmo vigilia-sueño, etc.).
2. Fomentar el autocuidado y la higiene personal. Incluirle en todas las actividades de su vida cotidiana.
3. Evitar el autoaislamiento del mayor: que mantenga contactos sociales con la familia y el entorno más inmediato: que la familia apoye al mayor en sus actividades.
4. Evitar la automedicación.
5. Detectar precozmente y prevenir el riesgo de suicidio.

7.8. Cuidados

1. Informar al mayor sobre los patrones adecuados de sueño y las sustancias que pueden alterarlo (véase el capítulo dedicado a las alteraciones del sueño).
2. Intentar informar sobre las pautas a seguir para una higiene adecuada (siempre valorando sus limitaciones físicas y psíquicas). Conseguir que se lave las manos antes de las comidas; que se duche una vez a la semana; que se lave

- los dientes una vez al día; que vista ropa limpia y adecuada al tiempo y pasee 30 minutos al día o informarle sobre la dieta a seguir.
3. Incluir al mayor en la planificación de actividades y cuidados que le afectan. De esta manera, la persona mayor puede sentirse útil. Así se evita que pase el tiempo sin saber qué hacer o dándole vueltas a la cabeza pensando en lo solo y triste que se siente. Éstas son formas de mantenerlo activo, sin que se deje arrastrar por el tiempo, el silencio y la soledad.
 4. Para lograr un incremento de la autoestima, se ha de gratificar de manera sistemática cualquier progreso realizado por el mayor, por insignificante que este sea.
 5. Estimularle para que exprese los sentimientos de forma progresiva, sin prisas, que el sienta que nos interesa sin pensar que el tiempo corre. La capacidad de escucha es importante para quien trata al mayor depresivo.
 6. La persona mayor necesita participar en actividades con otras personas, integrarse en los grupos de pertenencia, ser uno más dentro de ese corro, realizar encargos y tareas y participar en el día a día con los demás. De nada sirve estar bien atendido y encontrarse en un buen entorno si se niega al mayor aquello que resulta lo más esencial: la posibilidad de vivir como miembro activo y de pleno derecho dentro de la comunidad.
 7. Es también tarea de los familiares y de las personas que se encargan de las personas mayores, estimularles a realizar todo tipo de actividad significativa para ellos: sonsacándosela, sugiriéndosela, etc. Podemos poner de ejemplo las siguientes actividades:
 - Ayudar a responsabilizarse de algunas labores domésticas.
 - Hacerse cargo de algún servicio familiar (llevar a los nietos al colegio, cuidar a alguna persona enferma, etc.).
 - Mantener correspondencia (si no es analfabeto) o hablar por teléfono con personas cercanas y con amistades, felicitar cumpleaños y fiestas.
 - Participar en ocupaciones alternativas (aulas de tercera edad, pintura, talleres artesanales, etc.).
 - Desarrollar algún ejercicio físico en grupo (clases de natación, mantenimiento, etc.), si no existe ningún tipo de limitación corporal.
 8. Junto a la soledad y la depresión aparece la incomunicación. Son los mas jóvenes los que, a menudo, deberán dar el primer paso, y mostrarse receptivos a las demandas de contacto por parte de los mayores. Lo primero para una buena comunicación es asegurarse de que el contexto es el adecuado, de que la persona mayor posee el correcto funcionamiento de los audífonos y gafas (si es que los usa) y cuidar nuestro vocabulario para que nos comprendan con mayor facilidad.
 9. Buscar una comunicación más íntima que busque el encuentro profundo con

el mayor, compartir sus deseos y sus angustias, sintonizar con él y lograr que se nos revele como alguien significativo e importante que nos interesa como ser humano único e irrepetible.

10. Si se da riesgo de suicidio, aplicar las medidas preventivas necesarias para evitarlo (cuadro 7.6).

CUADRO 7.6

Cuidados a corto plazo en mayores con riesgo de suicidio

- Procurar un ambiente seguro, vigilando estrechamente al mayor.
- Retirar de su alcance medicamentos y objetos peligrosos que pueda utilizar en una tentativa suicida.
- Instalar al mayor en una habitación con topes en las ventanas.
- Ponerle cubiertos que no tengan demasiado filo.
- Favorecer la verbalización de ideas y planes suicidas.
- No minimizar ninguna idea o tentativa suicida, por leve que sea.
- Favorecer actividades que aumenten sus sentimientos de autoestima.
- Informar al resto del equipo sanitario de cualquier incidencia que ponga sobre la pista de una posible planificación suicida.

En resumen, es importante hacer ver a las familias y hacerles comprender que no deben caer en posturas paternalistas y sobreprotectoras, y que dejen que el mayor ocupe su tiempo en actividades útiles y con sentido dentro de su trayectoria y no limitarse meramente a “entretenerlo”. Transmitir a la persona mayor la vivencia de ser uno más que es aceptado y valorado. Es preciso para ello respetar sus peculiaridades, aprovechar sus habilidades y tratarlo como un ser con personalidad propia. Las personas que los rodean harían bien en estar atentas a sus mensajes y ofertas –ya que él tratará de devolver su experiencia y su sabiduría–, para no desperdiciar la riqueza de los mismos.

Recuerde...

- Los trastornos depresivos son un problema importante entre la población mayor. Dichos trastornos son consecuencia de una serie de factores propios del proceso senil. La situación social del mayor, la aparición de enfermedades discapacitantes y generadoras de dependencia, la soledad y la institucionalización en residencias para la tercera edad suelen ser motivo de trastornos en el estado de ánimo.
- El cuerpo es un excelente canal de expresión de los trastornos del ánimo. La somatización es una forma elemental de expresión y evaluación de los trastornos del humor.
- También se tiene una serie de escalas para el diagnóstico de los estados depresivos. Las más empleadas son la escala de valoración geriátrica de depresión (GDS) de

Yessavage y la escala de Hamilton.

- Si no se trata a tiempo, la depresión puede traer múltiples consecuencias, una de las cuales es el suicidio. Resulta obligada la valoración del riesgo de suicidio, utilizando para ello todas las fuentes de información que sean precisas.
-

Síndrome confusional

8.1. Concepto

Es un síndrome orgánico cerebral que tiene como causa demostrable una enfermedad, lesión cerebral u otra lesión causante de disfunción cerebral. Se suele caracterizar por trastornos de la consciencia, el pensamiento, la percepción, la memoria, la psicomotricidad, las emociones y el sueño. Sinónimos de este síndrome son trastorno mental orgánico y delirium.

Puede ser la forma de manifestación de otras enfermedades. Su presencia siempre se considera como un signo de complicación y/o mal pronóstico de un proceso, y suele utilizarse como un predictor de deterioro funcional y de institucionalización.

La aparición de este síndrome está asociada también al ingreso y la estancia en instituciones sanitarias. El porcentaje de aparición es más frecuente en aquellos individuos que viven en residencias respecto a los que viven integrados en la comunidad.

8.2. Etiología

Las causas del síndrome confusional se clasifican en factores predisponentes y factores precipitantes.

1. Factores predisponentes:

- Envejecimiento cerebral fisiológico.
- Patología orgánica cerebral (accidentes cerebro-vasculares, demencias).
- Situaciones estresantes (aislamiento social, alteraciones del sueño, depresión

sensorial, cambio brusco del medio habitual donde desarrolla su vida, ingresos inesperados en instituciones sanitarias, etc.).

- Intervenciones quirúrgicas.
- Edad superior a los 60 años.

2. Factores precipitantes:

- Infecciones (neumonías).
- Fármacos.
- Alteraciones metabólicas (anemias, hipovitaminosis, hipoglucemias, deshidratación, etc.).
- Intervenciones quirúrgicas, traumatismos, tumores.

Las causas más frecuentes de delirium son las infecciones respiratorias y urinarias, la intoxicación o abstinencia a ciertos fármacos, enfermedades que cursan con una disminución del aporte de oxígeno al cerebro, las intervenciones y la privación y sobrecarga sensorial.

El uso de determinados fármacos (benzodiacepinas) para disminuir la agitación que a veces acompaña a este cuadro puede prolongarlo en el tiempo.

8.3. Clínica

8.3.1. *Características propias del cuadro clínico*

1. Es muy variado en sus formas clínicas.
2. Aparición brusca, casi siempre durante la noche.
3. A veces está precedida de síntomas inespecíficos (cansancio, nerviosismo, insomnio).
4. Curso fluctuante a lo largo del día. La clínica suele aumentar durante la noche.
5. Es una alteración transitoria.
6. Puede durar desde días a semanas, aunque no suele prolongarse más de un mes. En ocasiones puede derivar en un síndrome mental orgánico crónico como la demencia.
7. El delirium se puede superponer con otras enfermedades como la demencia, la depresión, etc., pasar desapercibido.

8.3.2. *Manifestaciones clínicas*

1. Alteración de la consciencia y de la atención. Presenta lucidez en las primeras horas de la mañana y obnubilación al anochecer.
2. Confusión y desorientación espacio-temporal. No reconoce lugares, personas.
3. Alteraciones del sueño (adormecimiento diurno, insomnio).
4. Pensamiento desorganizado. Se traduce en un lenguaje incoherente y sin sentido.
5. Alteraciones perceptivas: ilusiones (falsa interpretación de los estímulos externos; por ejemplo, donde hay una silla ve un perro) y alucinaciones (percepción sin estímulos externos; por ejemplo, donde no hay nada percibe figuras de individuos). Puede acompañarse de miedo, euforia, agitación. Son muy frecuentes las expresiones delirantes alucinatorias (onirismo), sobre todo de tipo visual. Suelen ser delirios terroríficos.
6. Alteración de la memoria reciente y también presenta episodios de amnesia anterógrado.
7. Alteración de la actividad psicomotora. En función de su actividad será:
 - Hiperactiva: situación de nerviosismo, agitación. No para de moverse y hablar. No concilia el sueño.
 - Hipoactiva: adormilado, atenuación de la respuesta a estímulos externos (situaciones, peticiones, órdenes, etc.). No suele moverse mucho.
 - Mixta: fluctuará de uno a otro estado de manera impredecible. El 50% de los casos.
8. En ocasiones, los médicos deben realizar un diagnóstico diferencial con otras posibles enfermedades que cursan con una clínica parecida, como las demencias, la depresión (estado hipoactivo) y la psicosis (estado hiperactivo).

CUADRO 8.1
Diagnóstico diferencial del delirium

CARACTERÍSTICA	DELIRIUM	DEPRESIÓN	DEMENCIA	PSICOSIS
Inicio	Brusco	Variable	Insidiosa	Brusco
Curso	Fluctuante Exacerbación nocturna	Estable	Estable	Estable
Orientación	Disminuida cierto tiempo	Intacta	Disminuida	Intacta
Memoria	Disminuida	Intacta	Disminuida	Intacta
Consciencia	Disminuida	Normal	Normal	Normal
Ilusiones	Frecuentes de tipo visual	Raras	Ocasionales	Frecuentes
Alucinaciones	Visuales o visuales auditivas	Raras	Ausentes	Predominan- temente auditivas
Actividad psicomotora	Aumentada, disminuida o fluctuante Impredecible	Disminuida de manera general o hiperactiva	Normal	Variable
Ideas delirantes	Pobres		Ausentes	Sistematizadas
Lenguaje	Incoherente	Normal	Ausencia	Normal
Duración	Corta	Variable	Crónica	Variable
Pronóstico	Potencialmente reversible	Reversible	No reversible	
Actuación	Requiere evaluación y tratamiento inmediato	Requiere evaluación y tratamiento inmediato	No requiere evaluación y tratamiento inmediato	Requiere evaluación y tratamiento inmediato

8.4. Objetivos

8.4.1. Durante una crisis

1. Identificar todas las manifestaciones clínicas posibles.

2. Informar al médico y/ o enfermero.
3. Evitar autolesión de la persona mayor.
4. Detectar posible causa.

8.4.2. Preventivos

1. Mantener orientada a la persona mayor.
2. Ayudar en la realización correcta de las actividades de la vida diaria.
3. Identificar posibles causas precipitantes del delirium.
4. Apoyar a los familiares del paciente.

8.5. Cuidados

8.5.1. Durante un episodio agudo

1. El primero es el encaminado a evitar aquellos factores precipitantes, predisponentes y/ o eliminar las causas conocidas.
2. Nunca gritar ni perder la calma. Tener en cuenta que la capacidad de entender y hacerse expresar de la persona mayor afectada están mermadas.
3. Evitar movimientos bruscos y actos que podrían ser considerados “amenazantes”, así como las discusiones.
4. Intentar orientar en todo momento en tiempo y espacio.
5. No dar medicación en primera instancia y controlar la evolución. No introducir nuevos factores agravantes.
6. Controlar el riesgo de autolesión.
7. Uso de medidas de sujeción, siempre que no exista contraindicación médica. Valorar riesgo/beneficio.

8.5.2. Preventivos

1. Evitar las luces, los ruidos intensos y la oscuridad excesiva.
2. El dormitorio deberá presentar una luz central clara que elimine las sombras.
3. Por la noche no entrar en el dormitorio encendiendo la luz central de golpe.
4. Procurar no cambiar bruscamente la ubicación de su dormitorio y/ o domicilio, del personal que lo atiende de los muebles de la habitación.
5. El personal se presentará y llamará a la persona mayor a su cuidado por su

- nombre indicando la fecha, la hora y el lugar en que se encuentra.
6. Toda técnica o manipulación deberá ser explicada previamente.
 7. Evitar incertidumbre respecto a las pruebas/consultas a realizar, visitas, etc.
 8. Mantener un ritmo en las actuaciones y preparar una rutina de actividades que faciliten la orientación temporal y el mantenimiento del sueño.
 9. La realización de cuidados junto algún objeto familiar puede ayudar a recuperar y tranquilizar al enfermo.
 10. Hacer a la persona mayor participe en los cuidados y actividades en su medio.
 11. A veces es necesario volver con la persona mayor a su domicilio, medio habitual, etc. para revertir el cuadro.
 12. Facilitar el retorno a su entorno habitual lo antes posible.
 13. Valorar la existencia de afectación en las actividades de la vida diaria.
 14. Disponer de mecanismos de seguridad como barras laterales, etc.
 15. Las sujeciones mecánicas deben ser empleadas como última medida, sólo en caso de riesgo claro para el afectado y para otros. A veces, la agitación presente facilita la lesión y aumenta la excitación, empeorando el cuadro.
 16. Derivar la familia a la enfermera y/ o médico para que reciban información.
 17. Control estricto de la ingestión de líquidos y pérdidas (sobre todo las derivadas del sudor).

Recuerde...

- El delirium se suele presentar bruscamente, durante la noche, y cursa con gran nerviosismo y agitación por parte del afectado.
- La privación sensorial y la falta de estímulos (pocas visitas, oscuridad, aislamiento, etc.), junto con las infecciones respiratorias y/ o urinarias y la descompensación de enfermedades crónicas, son la causa principal de aparición del delirium.
- El objetivo principal del gerocultor será determinar la posible causa y evitar la autolesión.
- En muchas ocasiones el uso de medidas preventivas retrasan o evitan la aparición de

este cuadro.

Alteraciones del sueño

9.1. Introducción: la arquitectura del sueño

El sueño normal consta de 2 períodos: el sueño MOR o REM (movimientos oculares rápidos) y el sueño no MOR o no REM. Este último tiene 4 estadios, que son los llamados 1, 2, 3 y 4. La etapa 0 es el estado de vigilia.

9.1.1. *Fases del sueño*

1. Sueño no MOR o no REM.

- La etapa 0 es como una continuación de la vigilia, es una etapa de adormecimiento. La persona responde con menos capacidad a los estímulos sensoriales y existe relajación muscular. A partir de aquí comienza el ciclo vigilia-sueño.
- Etapa 1. Sueño muy ligero. Durante esta fase, la persona se siente somnolienta y relajada, tiene sensaciones de flotar y fragmentos de ensoñaciones. Existe disminución del tono muscular, de la respiración y frecuencia cardíaca. La persona que duerme en esta etapa puede ser despertada con facilidad.
- Etapa 2. Sueño ligero, en ella aparece una mayor relajación y más dificultad para levantarse. Hay alucinaciones y no hay retención en la memoria. Existen movimientos musculares involuntarios.
- Etapas 3 y 4. A estos estadios se les llama también sueño lento. En estas etapas existe menor respuesta a los sonidos y el individuo no se despierta

fácilmente. La persona está completamente dormida y se mueve muy poco. Existe una disminución de la frecuencia del sistema nervioso central, no hay movimientos oculares y tampoco contracciones musculares. La frecuencia cardíaca y respiratoria, así como la temperatura corporal, disminuyen. Este sueño es menos intenso y recordado.

2. Sueño MOR o REM.

A los 90 minutos entramos en el sueño REM. Este sueño sólo tiene una etapa. La persona está completamente dormida pero su actividad cerebral no difiere mucho de la actividad eléctrica cerebral que caracteriza a la vigilia. Aparecen movimientos rápidos de los ojos, disminuye el tono muscular, aumenta el metabolismo cerebral, la respiración y frecuencia cardíaca se hacen más rápidas. La presión sanguínea se acelera y aumenta la secreción de adrenalina. Suele ser difícil despertar a la persona que duerme y se recuerdan los sueños en esta etapa.

9.1.2. *Ciclos del sueño*

El sueño comienza con el estadio 1 sostenido durante 30 segundos. Este estadio dura de 5 a 7 minutos. A continuación aparece el estadio 2 que tiene una duración de 15 a 30 minutos. Este va seguido del sueño lento (estadios 3 y 4) que tiene una duración de 15 a 60 minutos. Después regresa al estadio 2 (de duración más breve) que da paso al sueño REM. El primer episodio de sueño REM será de 5 minutos y a medida que pasa la noche será más prolongado. Este ciclo se repite 4 o 5 veces en toda la noche.

ARQUITECTURA DEL SUEÑO

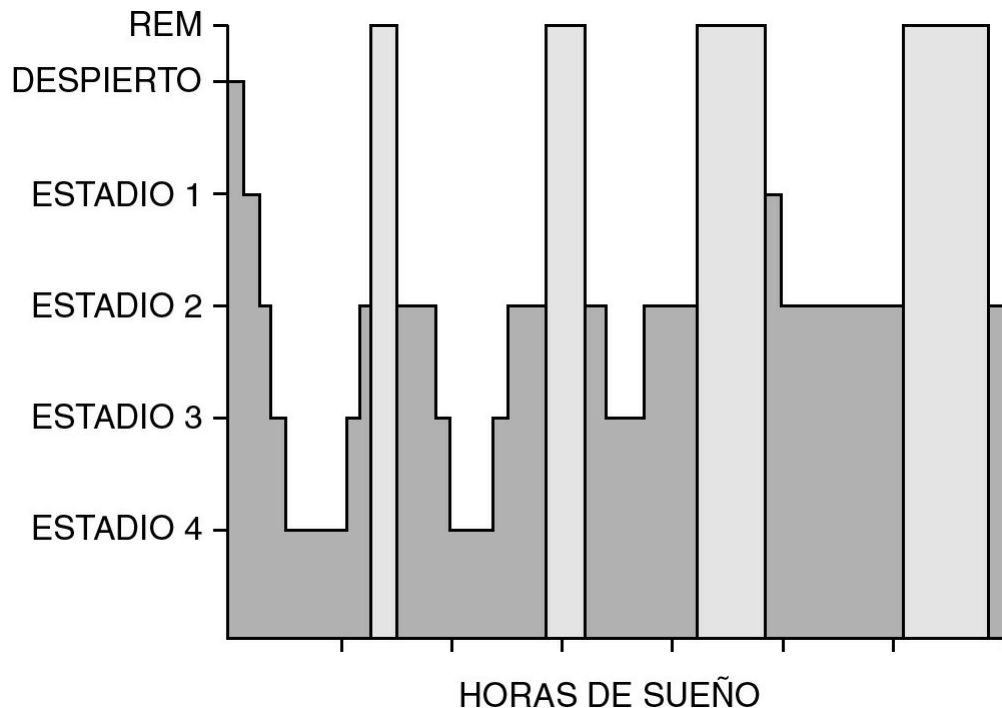


FIGURA 9.1. Arquitectura del sueño. Las distintas etapas del sueño van sucediéndose de manera ordenada.

9.2. El sueño en la vejez

En las personas mayores, el sueño sufre cambios que son más acusados cuanto mayor es la edad. Los cambios que aparecen con la edad tienden a reducir la intensidad, duración y continuidad del sueño, disminuyendo su calidad y aumentando la posibilidad de encontrar patologías en él.

Por tanto, en la vejez disminuye la capacidad, pero no la necesidad de dormir, con lo cual se va a encontrar con un mayor tiempo de estancia en cama para obtener la misma satisfacción. La persona mayor tarda más tiempo en quedar dormido, se despierta más veces por la noche, se queja de insatisfacción con el sueño nocturno, se encuentra cansado y somnoliento durante el día y echa siestas y cabezadas con mayor facilidad y frecuencia.

En las personas mayores, los estadios 3 y 4 (sueño lento) disminuyen. Los mayores de 75 años carecen prácticamente de estadio 4 y disminuye considerablemente el estadio 3. Lo normal es que el sueño lento no supere el 10 % del total. La disminución de sueño lento es más significativa en hombres que en mujeres. A mayor edad, el tiempo hasta conciliar el sueño va a ser mayor y, por contra, el tiempo hasta que comienza el sueño REM disminuye. El sueño REM va a mantenerse de igual manera a lo largo de los años. Existirán frecuentes despertares nocturnos que además llevarán consigo una enorme dificultad para volver a conciliar el sueño.

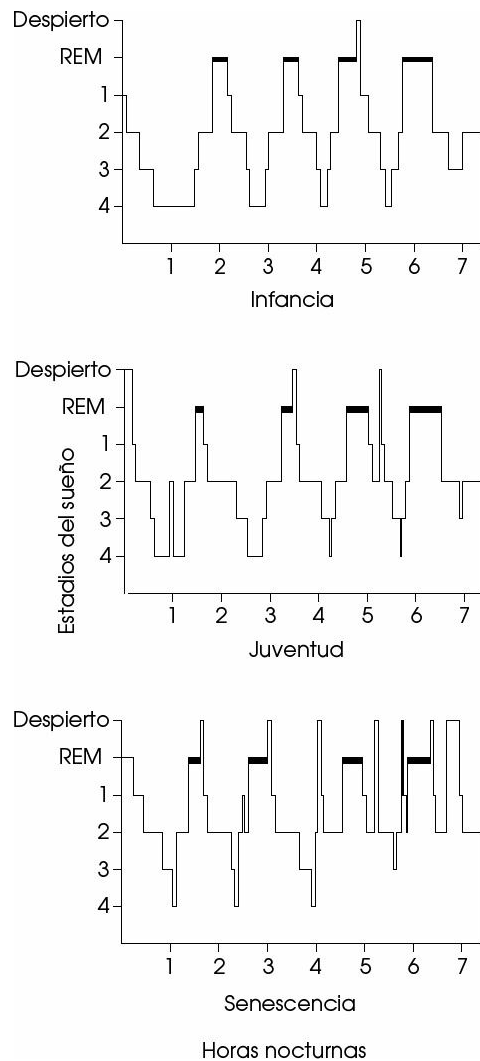


Figura 9.2. Arquitectura del sueño en la infancia, juventud y vejez. En la vejez se comprueba la práctica desaparición del sueño lento y la existencia de gran número de despertares nocturnos. El sueño REM permanece intacto.

En la persona mayor la secreción de la hormona del crecimiento está disminuida, ya que se produce en el sueño lento y éste está disminuido. También aparecerá un aumento de la temperatura corporal en el período nocturno.

9.3. Clasificación de las alteraciones del sueño

CUADRO 9.1
Clasificación de las alteraciones del sueño

- Insomnio: transitorio y persistente.
- Apnea del sueño: obstructiva, central y mixta.
- Hipersomnias: narcolepsia e hipersomnia idiopática.

- Mioclonías nocturnas.
- Pesadillas y delirium en el anciano.
- Sueño en las residencias de ancianos.

9.3.1. *Insomnio*

El insomnio es un síntoma por el cual aparecen dificultades para iniciar el sueño y también para mantenerlo. Además, el sueño puede ser de una duración corta o tener un poder reparador insuficiente. El insomnio, por tanto, se puede definir como la falta de sueño en horas en las que normalmente una persona debe estar dormida.

Existe insomnio transitorio que aparece en gente que normalmente duerme bien; en general, se dice que un insomnio es transitorio cuando la duración de los síntomas es inferior a las tres semanas.

Por otro lado tenemos el insomnio persistente, que es el insomnio de más de tres semanas de duración.

9.3.2. *Apnea del sueño*

Es un trastorno en el que nos vamos a encontrar con episodios repetidos de paro de la respiración a lo largo del sueño. Hay tres tipos de apnea: obstructiva, central y mixta.

9.3.3. *Hipersomnia*

La hipersomnia es dormir en exceso. La narcolepsia es un tipo de hipersomnia en la cual el sujeto tiene repentinos ataques de sueño que no puede reprimir por norma general. Tales accesos duran, por regla general, unos minutos y suelen repetirse de una a seis veces por día.

Existe también la hipersomnia idiopática que consiste en un trastorno del sistema nervioso central caracterizado por somnolencia excesiva.

9.3.4. *Mioclonías nocturnas*

Las mioclonías nocturnas son movimientos estereotipados de flexión y extensión de las piernas con varios segundos de duración. Estos movimientos pueden producirse en una o ambas piernas y, con frecuencia, van seguidos de despertares nocturnos.

9.3.5. *Pesadillas y delirium*

Tanto las pesadillas, que son ensueños intensos de contenido angustioso, como el delirium o trastorno cognitivo agudo, son frecuentes en la persona mayor.

9.3.6. *Sueño en las residencias*

En las residencias de personas mayores nos vamos a encontrar con varios problemas relacionados con el sueño; uno de los más frecuentes va a ser el insomnio.

9.4. Etiología

9.4.1. *Insomnio*

El insomnio puede tener diversas causas:

1. Manifestación esencial o intrínseca. Los insomnios intrínsecos son aquellos que no tienen causa manifiesta.
2. Secundario y sintomático a una enfermedad física o mental. Los insomnios secundarios pueden ocurrir en enfermedades orgánicas y psiquiátricas y en trastornos psicológicos. Las enfermedades orgánicas que con más frecuencia producen insomnio son aquellas acompañadas de dolor, como:
 - Reumatismos.
 - Úlcera gastroduodenal.
 - Angina de pecho nocturna.

Pero también producen alteración del sueño:

- Asma.
- Insuficiencia cardiaca.
- Trastornos respiratorios.
- Nicturia.
- Insuficiencia renal crónica.
- Pacientes en diálisis.
- Trastornos endocrinos (como hipertiroidismo).

Muchas enfermedades neurológicas se acompañan de alteración del

sueño, como el insomnio del enfermo con Parkinson y, en general, todos los trastornos psiquiátricos lleven asociada alguna anormalidad del sueño, bien por defecto o por exceso:

- Neurosis de ansiedad.
- Neurosis obsesivas.
- Depresiones afectivas.

El alcoholismo o el consumo de marihuana también son causa de insomnio.

3. Consecuencia de factores extrínsecos. El insomnio por causas extrínsecas se deben a factores tales como dormir a deshoras, falta de familiaridad con el dormitorio, ruido irregular e intenso, una cama incómoda, el cónyuge inquieto, un dolor transitorio, una muerte en la familia, preocupaciones extremas, comidas o bebidas inadecuadas (grasas, picantes, alimentos que producen flatulencia y cenas muy copiosas; los excitantes como el café y la cola hacen que la persona tenga dificultades para dormir; por otro lado, el alcohol y el tabaco también pueden dar lugar a insomnio), durante las dietas de adelgazamiento y en los sujetos hambrientos, uso de drogas, medicamentos como los corticoides, algunos diuréticos, determinados antidepressivos y anti-cancerígenos.

9.4.2. *Hipersomnia*

1. La hipersomnia puede estar producida por:
 - Lesiones del sistema nervioso central.
 - Afecciones renales.
 - Afecciones hepáticas o metabólicas (acidosis diabética o hipotiroidismo).
2. La causa de la narcolepsia es desconocida, aunque se cree que es un defecto genético del sistema nervioso central.
3. La hipersomnia idiopática es un trastorno del sistema nervioso central.

9.4.3. *Apnea del sueño*

1. La apnea obstructiva se origina por la existencia de una obstrucción durante el sueño de las vías respiratorias altas, que puede ser debida a anomalías

- anatómicas o a relajación de la musculatura de estas vías.
2. La apnea central se produce por alteraciones de los centros respiratorios.
 3. La apnea mixta es una combinación de apnea central y obstructiva.

Tanto el síndrome de apnea como el ronquido se agravan con la ingesta de alcohol.

9.4.4. Mioclonías nocturnas

Esta alteración se produce por:

- Trastornos metabólicos (tales como la insuficiencia renal, diabetes o anemia).
- Enfermedades neurológicas (neuropatía periférica, enfermedad de los ganglios basales y enfermedad de Parkinson).

9.4.5. Pesadillas y delirium

Las pesadillas aparecen:

- En el tratamiento con fármacos que suprimen el sueño REM.
- Al iniciar o suspender un tratamiento con ciertos fármacos antihipertensivos.
- Tras la ingesta de alcohol.

En las personas mayores con demencia u otras enfermedades neurológicas es frecuente la aparición del delirium.

9.4.6. Sueño en las residencias de personas mayores

Existe una serie de factores que van a afectar el sueño en las residencias:

- Excesivo tiempo en cama.
- Siestas diurnas.
- Deterioro del ritmo circadiano.
- Factores ambientales (ruido, luz, cambios de la temperatura, etc.).
- Nicturia.
- Dolor.
- Demencia.

9.5. Clínica

9.5.1. *Insomnio*

El insomnio va a producir cansancio, somnolencia y sensación de malestar. El insomnio va a tener unas determinadas manifestaciones tanto médicas como sociales. La falta de higiene del sueño, unida al abuso del alcohol y de los hipnóticos, puede deteriorar la salud física del individuo. Pero aún más graves son las consecuencias sociales. La falta de motivación, la fatiga crónica, la dificultad en la concentración y el aprendizaje, junto con la dificultad en las relaciones humanas y familiares, conllevan un deterioro de la calidad de vida que afecta a la situación social del enfermo. La somnolencia debida a la mala calidad del sueño nocturno aumenta el riesgo de accidentes, sobre todo si se combina con el consumo de alcohol.

9.5.2. *Apnea del sueño*

La apnea del sueño origina diversos trastornos como:

- Disminución de la saturación de oxihemoglobina, produciendo una disminución del oxígeno que transporta la sangre.
- Arritmias cardíacas.
- Hipertensión arterial.
- Deterioro neuropsicológico.
- Somnolencia diurna.

El sueño que se produce con la apnea del sueño es de baja calidad, lleno de despertares que reducen la capacidad restauradora de éste. Las personas mayores se quejan de insomnio, de sensación de ahogo y de despertares prolongados; durante el día hay lasitud, somnolencia y cansancio. Al despertar se sienten adormecidos, con sensación de sueño insatisfecho; en casos avanzados existe cefalea matutina que desaparece al cabo de 30 minutos a 1 hora. Suelen tener la boca seca y se levantan con frecuencia de la cama para beber agua. Estas personas van a presentar apatía y falta de motivación; la somnolencia es tan importante que el individuo pierde sus relaciones sociales y sufre problemas maritales y familiares.

9.5.3. *Hipersomnias*

La hipersomnia se manifiesta con sueño excesivo, sobre todo durante las horas del

día. La persona afectada suele dormir hasta mediodía y echa muchas cabezadas durante el día.

1. Narcolepsia. El narcoléptico tiene repentinos impulsos de sueño que no duran más de 15 minutos. En la mayoría de los casos van acompañados de otros síntomas: el más característico es la repentina pérdida del tono muscular (cataplejía). El segundo síntoma lo integran las alucinaciones hipnagógicas que son visiones desagradables, angustiosas, monstruos, personas o ruidos a los que el narcoléptico concede un alto grado de realidad. El último síntoma es la parálisis de sueño: mientras duerme, incluso hasta un rato después de despertarse, se siente totalmente paralizado; no puede moverse, tampoco hablar, pedir ayuda, ni llamar la atención sobre sí mismo.
2. Hipersomnia idiopática. La persona con hipersomnia idiopática encuentra dificultad para alcanzar una vigilia completa y al despertarse tienen la sensación de insatisfacción. Tienen tendencia al sueño con actividades monótonas o con la inactividad física.

Los hipersomnes duermen durante toda la noche y al despertarse tienen la sensación de no haber dormido lo suficiente. Durante el día, la siesta suele ser abundante. A diferencia de los narcolépticos, no recuerdan el contenido de sus sueños durante el sueño diurno.

9.5.4. Mioclonías nocturnas

El síndrome de las mioclonías nocturnas o movimientos estereotipados de las piernas, se manifiesta mientras el sujeto duerme. Los movimientos pueden ocurrir en ambas piernas o en una sola.

9.5.5. Pesadillas y delirium en el anciano

En el delirium nos encontramos con un cuadro clínico de confusión y alteración cognitiva global, trastorno de la memoria reciente, letargo o agitación, alucinaciones y alteración profunda del ritmo sueño-vigilia.

9.5.6. Sueño en las residencias de personas mayores

En las residencias de ancianos nos vamos a encontrar con todo tipo de patologías

del sueño como son el insomnio, la apnea del sueño, hipersomnias, mioclonías nocturnas, etc.

9.6. Objetivos

- Conocer el patrón de sueño diurno y nocturno de la persona a su cuidado.
- Identificar las causas que llevan a la alteración del sueño.
- Vigilar si existen alteraciones durante el sueño.
- Valorar la efectividad del tratamiento hipnótico (si existe).
- Hacer ver la necesidad de que se tengan en cuenta los problemas del sueño.
- Promover los cuidados del sueño.
- Eliminar los factores medioambientales (luz, ruido, etc.).

9.7. Cuidados

Los cuidados de las alteraciones del sueño van a llevar consigo diversas instrucciones dirigidas a evitar, en la medida de lo posible, las alteraciones del sueño del anciano.

9.7.1. *Consejos para dormir mejor*

1. Acostarse y levantarse a la misma hora todos los días.
2. No hacer comidas fuertes antes de acostarse.
3. No realizar ejercicios físicos violentos antes de acostarse. Sí se pueden realizar actividades durante el día para dormir mejor.
4. El ambiente debe ser el adecuado; la falta de familiaridad con el entorno puede alterar el sueño. Este ambiente debería ser confortable, sin ruidos ni luz y evitando el frío y el calor.
5. En las ocasiones en que ambos cónyuges duerman en la misma cama, los cambios de postura del cónyuge pueden producir despertares parciales del otro, por lo que se recomienda dormir en camas separadas.
6. No utilizar la cama para actividades distintas al sueño (comer, juegos de mesa, charlas, etc.).
7. La lectura antes de apagar la luz para dormir es aconsejable, ya que disminuye el estrés y facilita la relajación mental. La música suave puede tener un efecto similar y además camufla los sonidos exteriores. La TV, vídeo o radio pueden tener un efecto estresante.

8. Evitar las bebidas estimulantes a partir de las 5 de la tarde y el alcohol a cualquier hora del día. El tabaco favorece la disminución del sueño REM.
9. Irse a la cama sólo cuando se tenga sueño.
10. Hacer ejercicios de relajación mental antes de dormir.
11. No dar medicación estimulante o diuréticos al final del día.
12. Dormir las horas necesarias y evitar el exceso y el defecto de sueño. La siesta en las personas mayores puede convertirse en necesidad.
13. Quien haya encontrado un método particular para dormirse, debe seguir con él.
14. Si al acostarse y, pasados 10 minutos, no se logra conciliar el sueño, levantarse y realizar actividades relajantes para volver a la cama cuando regrese el sueño.
15. Si no se logra dormir en los siguientes 10 minutos, repetir la misma operación.
16. Si se despierta en mitad de la noche y no se logra dormir, realizar la misma operación.
17. Consultar a un especialista si duerme menos de 4 horas o más de 10.

9.7.2. *Cuidados a procurar por el gerocultor*

1. Proporcionar las medidas de confort necesarias, como colocar en posición cómoda, colocación de apoyos adecuados, ropa de cama caliente, cerrar la puerta de la habitación, correr las cortinas entre las camas, enseñar al mayor a moverse con sistemas intravenosos o tubos de drenaje si los tuviese, colocar el timbre de llamada a su alcance, proporcionar vestimenta de cama suelta, asegurarnos que la ropa de cama sea suave, limpia y seca, ayudar o animar al mayor a que evacúe antes de acostarse, colocar a la persona en posición cómoda y relajada.
2. Evitar factores ambientales que afecten el sueño (ruido, iluminación o calor excesivo). En este apartado es importante reseñar ciertas medidas que harán reducir las distracciones ambientales:
 - Cerrar las cortinas de la ventana para que no entre luz.
 - Reducir la luz de la cabecera.
 - Bajar el volumen de teléfonos e interfonos cercanos.
 - Las conversaciones entre el personal deben ser en voz muy baja.
 - Realizar únicamente las tareas de gerocultura necesarias durante el sueño.
3. Informar al mayor de antemano sobre las interrupciones asistenciales que se van a producir.
4. Fomentar rituales de sueño (bebida caliente, higiene bucal, etc.).
5. Tomar medidas para evitar evacuaciones frecuentes durante la noche.

6. Evitar siestas y actividades intensas antes de acostarse, así como comidas copiosas y bebidas estimulantes.

9.8. Anexos

9.8.1. Anexo 1. Trastorno del sueño debido a enfermedad médica

Las enfermedades médicas pueden alterar el sueño nocturno y disminuir su capacidad restauradora. Las alteraciones que más frecuentemente trastornan el sueño de la vejez son: el reumatismo productor de dolor nocturno, la insuficiencia respiratoria de origen cardiorrespiratorio y la nicturia. Los fármacos utilizados para el alivio de otras enfermedades también pueden causar insomnio.

9.8.2. Anexo 2. Trastorno del sueño debido a enfermedades psiquiátricas

1. Depresión afectiva. La mayoría de las personas con depresión moderada o grave van a presentar manifestaciones clínicas del sueño:
 - Latencia corta del sueño REM.
 - Aumento de movimientos oculares.
 - Disminución del sueño total y de la eficiencia de éste.
 - Reducción del sueño lento.
 - Despertar de madrugada (a las 3 o 4 horas de haber iniciado el sueño sin reanudación de éste).
2. Demencia. La mayoría de las personas con demencia sufren alguna alteración del sueño. En la enfermedad de Alzheimer nos encontramos con:
 - Fragmentación y desestructuración del sueño nocturno.
 - Reducción del sueño lento.
 - Hipersomnia diurna.

A las personas mayores con enfermedad de Alzheimer les va a costar mucho conciliar el sueño, y éste se caracterizará por ser menos eficaz y por presentar continuos despertares nocturnos.

Recuerde...

- Las alteraciones del sueño son problemas importantes y serios en las personas mayores que afectan a su calidad de vida por lo que hay que tenerlos muy en cuenta.
- El sueño fisiológico de los mayores no es igual que el de los adultos.
- Las alteraciones del sueño afectan a la situación física, psíquica y social de la persona mayor.
- Existen múltiples causas tanto físicas como psíquicas capaces de alterar el sueño.

Caídas

10.1. Introducción

Todo el mundo se ha caído alguna vez, pero las consecuencias de las caídas no son las mismas; depende de las circunstancias y de la edad (el 75% del total de caídas en la población se producen en personas con 65 años o más).

En el caso de las personas mayores, la importancia del problema es mayor, hasta el punto de producir cerca del 6% del gasto sanitario español y superar los 10.000 millones de dólares en Estados Unidos. Esto en cuanto a economía: sin embargo, detrás de las cifras macroeconómicas están los datos sobre las personas: alrededor del 30% de las personas mayores que viven en la comunidad se caen al menos una vez al año; en los mayores institucionalizados aumenta hasta el 50%.

La morbilidad asociada a las caídas es muy importante. De hecho, el 88% de las fracturas de cadera se deben a caídas; pero la fractura de cadera no es la única consecuencia negativa. Es más, la aparición de una caída predispone a que ésta se repita. Es también un marcador de fragilidad, aumentando los riesgos de sufrir lesiones, de perder independencia y de ser institucionalizado.

Sin embargo, no se debe pensar en las caídas como en un fenómeno fortuito, sino que, en un gran número de casos, se pueden prevenir. Por eso, se deben tomar medidas en este sentido, para evitar daños innecesarios a los mayores y optimizar los recursos sanitarios.

10.2. Concepto

Según la OMS la caída es “la consecuencia de cualquier acontecimiento que

precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad”.

Al ser “consecuencia” significa que hay factores susceptibles de prevención. Es decir, con sencillas medidas se podrían evitar muchas de estas caídas.

10.3. Clasificación

Existen múltiples clasificaciones en relación con las caídas, pero clásicamente se prefiere utilizar los factores que las producen como criterio taxonómico.

Basándose en ellos se puede realizar la siguiente clasificación.

10.3.1. Caídas producidas por factores intrínsecos

Se deben, bien a los cambios fisiológicos (propios del envejecimiento), bien a patologías que pueden motivar la aparición de una caída, o bien a factores yatrogénicos (aquellos que, por utilizar un medio terapéutico, producen un efecto no deseado, perjudicial para la persona; sobre todo en la medicación).

10.3.2. Caídas producidas por factores ambientales o extrínsecos

Generalmente, se trata de tropezones o resbalones resultado de la imposibilidad de superar un obstáculo, de la disposición peligrosa del ambiente, etc.

10.3.3. Caídas cuya causa se desconoce

No se puede determinar, tras la exploración y el interrogatorio a la persona, cuál ha sido el hecho que ha producido la caída. Los *drops attacks* (o caídas que se producen mientras la persona está de pie o durante la marcha, de manera espontánea), plantean un interrogante, y es que a veces no se puede determinar si la fractura es producto de la caída o si ha sido una fractura espontánea la que produjo la caída.

10.4. Factores de riesgo

Los factores de riesgo que influyen en este acontecimiento no se pueden reducir a compartimientos estancos; generalmente las caídas no se pueden atribuir a una causa

única, sino que es multifactorial (es decir, obedecen a múltiples causas).

En el [cuadro 10.1](#) se resumen y clasifican las principales causas de caídas.

10.4.1. Factores de riesgo intrínsecos

1. Fisiológicos.

Las personas mayores sufren una serie de cambios a nivel orgánico; estos cambios propios del envejecimiento los vuelven más susceptibles a la hora de sufrir una caída.

CUADRO 10.1
Factores de riesgo en las caídas

FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS			FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS	
FISIOLÓGICOS	PATOLÓGICOS	YATROGÉNICOS	AMBIENTALES	SOCIALES
• Edad avanzada. • Cambios del sistema visual. • Cambios del sistema vestibular. • Cambios del sistema propioceptivo. • Cambios en el sistema musculoesquelético. • Cambios del sistema nervioso. • Cambios de la marcha.	• Enfermedades neurológicas. • Patología cardíaca. • Trastornos del estado de ánimo. • Patología osteoarticular. • Incontinencia. • Síncope. • Hipotensión ortostática. • Patología sensorial. • Alteraciones cognitivas. • Patología aguda. • Consumo de tóxicos. • Dolor.	• Fármacos. • Movilizaciones, asistencia y manejo incorrectos.	<i>Vivienda:</i> • Mobiliario. • Iluminación. • Suelos. • Escaleras. • Obstáculos. <i>Exterior:</i> • Pavimento. • Barreras arquitectónicas. • Otros obstáculos. <i>Transporte:</i> • Escaleras • Movimientos bruscos. • Aglomeración. • Prisa.	• Problemas económicos. • Soledad, aislamiento. • Ambientes con carencia de estimulación.

- Edad avanzada. Aunque no existe un criterio único, en general se admite que las personas se caen más según va avanzado la edad, estando el punto de inflexión en torno a los 80-85 años.
- Alteraciones del sistema visual. Son muchas las complicaciones que se suman en las personas mayores en el campo visual, ya que suelen aparecer problemas en la acomodación, cataratas, pérdida de agudeza, peor adaptación a los cambios de iluminación.
- Alteraciones del sistema vestibular. El sistema vestibular se encarga de recibir y transmitir las sensaciones referentes al equilibrio y la posición de la cabeza, por lo cual se comprende la importancia que tiene en la deambulación y en la postura. Este sistema está situado en el oído interno y se halla conectado con el sistema nervioso, y ambos se ven perjudicados por el proceso de envejecimiento.
- Alteraciones del sistema propioceptivo. El sistema propioceptivo es el encargado de recibir y transmitir las señales relacionadas con la postura, la posición de las articulaciones y los cambios en las mismas; todo ello gracias a los mecanorreceptores, que son sensores nerviosos de presión y posición. Estos mecanorreceptores sufren alteraciones que provocan un mal funcionamiento, lo que implica un mayor riesgo de caída debido a la información deficiente que procesa el sistema nervioso.
- Alteraciones del sistema músculo-esquelético:
 - Pérdida y atrofia de masa muscular.
 - Pérdida de masa ósea.
 - Rigidez articular.
 - Alteraciones de la columna que provoca el desplazamiento del centro de gravedad.
 - Alteraciones podológicas, que influyen en la marcha y en el equilibrio, ya que los pies son la base de sustentación y tienen una relevancia particular en las caídas.
- Alteraciones del sistema nervioso. La pérdida de neuronas, la disminución de velocidad en la conducción del impulso nervioso y la pérdida de reflejos afectan al control del equilibrio postural y dinámico del individuo.
- Alteraciones de la marcha. La marcha de la persona mayor difiere, en ciertos aspectos, de la de los adultos; por ejemplo, disminuye la coordinación, los pasos son más cortos, la base de sustentación aumenta y la velocidad de paso disminuye progresivamente.

2. Patológicos.

- Enfermedades neurológicas. Hay múltiples enfermedades relacionadas con el sistema nervioso que aumentan la posibilidad de caerse, entre ellas destacan la del Parkinson, los accidentes cerebro-vasculares y las patologías que afectan el cerebelo.
- Patología cardíaca. Las enfermedades que provocan un bajo gasto cardíaco son precipitantes de la caída. Entre otras se encuentran trastornos del ritmo cardíaco, cardiopatía isquémica, lesiones valvulares, insuficiencia cardíaca, etc.
- Trastornos del estado de ánimo. La depresión provoca síntomas que conducen a una situación de falta de actividad y motivación. También se altera la atención, aparece un mayor descuido en la higiene personal y en otras actividades de la vida diaria (AVD). Bajo estas circunstancias, la persona ve aumentado el riesgo de sufrir una caída, a lo que se debe sumar la medicación que toma para paliar los síntomas, la cual en ocasiones produce efectos indeseables.
- Por otro lado, los estados de exaltación patológica del ánimo (manías), se acompañan de comportamientos temerarios, infravalorando las situaciones de riesgo y supervalorando las propias capacidades. Las consecuencias derivan en la posibilidad de caerse con más facilidad.
- Enfermedades osteoarticulares. Las lesiones del sistema osteoarticular tienen una gran influencia en la percepción del estado de salud y en la aparición de accidentes. Las enfermedades degenerativas y crónicas de las articulaciones (artrosis, artritis...), la osteoporosis y las patologías agudas (fracturas, inflamaciones de las articulaciones, etc.) pueden provocar una mayor debilidad en los miembros que conduzca el vencimiento de los mismos o predisponga para la caída.
- Incontinencia. La incontinencia se asocia estadísticamente a las caídas; existen hipótesis que apuntan a la prisa por evitar las pérdidas de orina como factor desencadenante de la caída.
- Síncope. La aparición de una pérdida repentina de consciencia se asocia irremediablemente con la caída. Aunque no es la causa más frecuente, es importante tenerla en cuenta, sobre todo en las personas que tienen síncope repetidos; además, es necesario buscar la posible causa que desencadena la reacción sincopal.
- Hipotensión ortostática. Los cambios de postura en las personas mayores entrañan un riesgo debido a la mala regulación que existe en el sistema circulatorio. Los barorreceptores (receptores de presión) se alteran, pero la respuesta a las señales que éstos proporcionan se altera aún más. Para evitar la hipotensión ortostática, el organismo aumenta las pulsaciones del corazón, lo que produce vasoconstricción y aumenta la presión. En las personas mayores está alterado este mecanismo, que se observa con más frecuencia al levantarse por la mañana.

- Patología sensorial. Las alteraciones de los órganos de los sentidos pueden ser causa de accidentes; una mala visión no corregida puede provocar confusiones, no ver obstáculos, etc. Las alteraciones patológicas del oído pueden ser a su vez origen de mareos y de vértigo y provocar sensación de inestabilidad.
- Alteraciones cognitivas. Las capacidades de percepción visoespacial pueden verse modificadas por algún trastorno de tipo cognitivo. La demencia está a la cabeza de estos trastornos, pero también existen otros como aquellos cognitivos asociados a la enfermedad de Parkinson y al accidente cerebrovascular, etc.
- Enfermedades agudas. Cuando aparece alguna patología que aumente la debilidad de las personas mayores o disminuya sus reflejos, o si la medicación influye en su estado físico general, hay que tomar precauciones para evitar cualquier accidente. Si la patología condiciona la hospitalización del sujeto, se suman los riesgos de la persona hospitalizada (no conoce el medio, puede sufrir ansiedad y agitación, padecer un estado confusional agudo...).
- Consumo de tóxicos. Los tóxicos más consumidos por las personas mayores son el alcohol y el tabaco. A pesar de que las cifras no son elevadas y de que el consumo crónico de alcohol no está entre las principales causas de caídas, es importante tenerlos presentes. Las consecuencias del consumo prolongado de alcohol afectan al sistema nervioso, alterando el equilibrio y la marcha; pero la intoxicación aguda también afecta al sistema nervioso y puede agravar las consecuencias de la caída (sobre todo, la hipotermia).

3. Yatrogénicos.

- Fármacos. Existe una amplia lista de medicamentos que, por sus efectos, pueden provocar la caída; pero esto obedece sobre todo a la falta de información a los usuarios y a la excesiva dosis administrada. La lista incluye antidepresivos, sedantes, hipnóticos, vasodilatadores, diuréticos, etc.

Uno de los factores con mayor influencia es la administración de varios fármacos simultáneamente, que interaccionan y que, en algunos casos, potencian los efectos no deseados de los mismos. Si, además, se suman la auto-medicación y el mal cumplimiento de las pautas y de los tratamientos, el riesgo aumenta considerablemente.

- Movilizaciones, asistencia y manejo incorrectos. Las personas mayores en estado de dependencia o que necesiten de ayuda para la realización de tareas, presentan una demanda mayor de recursos. Esto ocasiona el aumento del estrés entre los cuidadores, quienes pueden olvidar las precauciones necesarias para asistir a estas personas y favorecer situaciones

de riesgo.

10.4.2. Factores de riesgo extrínsecos

1. Ambientales.

- **Vivienda.** La vivienda es un lugar de alto riesgo. Aunque se conozca a la perfección e inspire seguridad, a veces lo que provoca es un exceso de confianza. En otras ocasiones, deja de ser seguro al perder las capacidades que antes permitían desenvolverse en la vivienda. Los factores de riesgo se asocian con más frecuencia a:
 - **Mobiliario:** muebles a demasiada altura o muy bajos; silla y sillones bajos; camas altas o demasiado bajas; inodoro bajo, sin barras asideras ni elevadores de asiento; bañera de difícil accesibilidad, sin barras asideras ni asiento de ducha.
 - **Iluminación:** iluminación escasa o insuficiente; luces demasiado brillantes o deslumbrantes.
 - **Suelos:** irregulares, accidentados, resbaladizos, pulidos, encerados, mojados, con desniveles, sin contraste entre dos superficies o niveles.
 - **Escaleras:** peldaños demasiado altos, peldaños demasiado profundos, ausencia de rellanos y tramos excesivamente largos, ausencia de pasamanos, ausencia de bandas antideslizantes, escaleras mal iluminadas, ausencia de señales (luminosos, refractantes...) entre peldaños, escaleras en mal estado de conservación.
 - **Obstáculos:** alfombras no fijadas al suelo, enchufes, cables, muebles con salientes y picos, objetos tirados en el suelo.
- **Exterior.** Las caídas producidas fuera de la vivienda son más frecuentes en las personas de menor edad y con aparente mejor condición física. A veces, las caídas se producen por abusar de la confianza en sus capacidades físicas y realizar actividades inadecuadas o de riesgo. Otras veces, son las demandas del medio las que superan las capacidades de la persona; y en otras se responde a los porcentajes normales de la población general que se cae debido a accidentes fortuitos. Dentro de los factores que más influencia tienen en las caídas sobresalen los siguientes:
 - **Pavimento:** irregular, con socavones, en obra, con desniveles, resbaladizo.
 - **Barreras arquitectónicas:** la ausencia de pasos adecuados para todos, al tratarse de aceras demasiado estrechas, escaleras con mucha pendiente,

peldaños estrechos, ausencia de rampas, etc.; provoca la incapacidad para desplazarse con autonomía y con seguridad en muchas personas, sobre todo cuando sus aptitudes físicas se encuentran mermadas.

- Otros obstáculos: existen otras pequeñas circunstancias que entre las personas mayores pueden suponer un problema, como los charcos, el barro, la climatología adversa, los contenedores y papeleras que obstaculizan el paso, semáforos con corto intervalo de cruce, los bancos, coches y motos mal aparcados, pivotes para evitar el estacionamiento, lugares con aglomeración de personas...
- Transporte. La falta de adaptación de los medios de transporte los convierte en un medio inseguro, pero que, al resultar necesario, sigue siendo utilizado por las personas mayores. La disminución en los recursos económicos y la retirada por motivos físicos/cognitivos del permiso de conducir hace que estén obligados a usar los medios de transporte colectivos; estos medios tienen, como principales fuentes de problemas, los aspectos a continuación detallados:
 - Escaleras inadecuadas.
 - Movimientos bruscos.
 - Aglomeración.
 - Prisa.

2. Sociales.

- Problemas económicos. La reducción en el poder adquisitivo provoca distintas situaciones que pueden conducir al riesgo de la caída. Los malos hábitos de vida pueden sobrevenir a causa de la falta de recursos económicos (mala alimentación, mala higiene...); la falta de pequeñas adaptaciones en el hogar puede deberse a la dificultad para costear el gasto, la mala iluminación puede ser consecuencia de recibos de la luz demasiado caros para su economía y las ayudas técnicas pueden ser consideradas como algo menos básico en una escala de necesidades por parte de las personas mayores.
- Soledad y aislamiento. La falta de relaciones sociales en ocasiones provoca la falta de motivación para salir de casa, reduciéndose progresivamente la actividad de la persona. El aislamiento también ocasiona que las consecuencias de la caída sean peores, ya que no tienen quien les ayude; además, tras la caída aumenta el miedo a volver a caer y no tener ayuda, y la ausencia de redes sociales de apoyo puede determinar la institucionalización del sujeto.

- Ambientes con carencia de estimulación. La estimulación del ambiente facilita que la persona se mantenga activa durante mayor tiempo. Los ambientes poco estimulantes y sobreprotectores inducen la inseguridad y la dependencia de los mayores. Esta circunstancia se produce con mayor frecuencia en instituciones, por lo cual se debe prestar mayor atención en residencias y centros para prevenirlo.

10.5. Clínica

Las manifestaciones que podrán indicar que puede existir riesgo de caída suelen ser muy variadas y de origen diferente. Entre ellas destacan:

- Alteraciones de la marcha.
- Posturas de riesgo o alteraciones en el alineamiento corporal.
- Movimientos acompañados de dolor.
- Inestabilidad.
- Deambulación con miedo; se agarra de manera aprehensiva a la persona que le ayuda, a las barandillas, etc.
- Se niega a moverse y desplazarse y pide constantemente ayuda (mecánica y/ o humana) para desplazarse, aunque es capaz de hacerlo solo.
- Desadaptación a la ayuda mecánica que utiliza habitualmente.
- Deambulación con la mirada perdida, con falta de atención al medio que le rodea.
- Desorientación.
- Confusión.
- Vértigos, mareos.

Junto a éstos también será necesario tener en cuenta todos los factores de riesgo enumerados anteriormente.

10.6. Objetivos

1. Prevenir las caídas sin disminuir la capacidad funcional de las personas mayores.
2. Detectar precozmente los factores de riesgo.
3. Estimular la independencia del residente.
4. Control de riesgo de suicidio.
5. Observar si existe deterioro funcional a nivel de las actividades de la vida

diaria.

6. Educar a los familiares y a las personas mayores acerca de los factores de riesgo que pueden predisponer a una caída.

10.7. Consecuencias y complicaciones

Las caídas generan importantes problemas, con una gran influencia en morbilidad y en el coste sociosanitario.

Las consecuencias varían en función de la edad, el estado de salud y las circunstancias en la que se produce la caída. El rango va desde la ausencia de lesiones hasta el deceso. El [cuadro 10.2](#) señala las principales consecuencias de las caídas.

Las fracturas en general son un problema de salud relacionado con las caídas, destacando la inversión de cifras entre las fracturas de miembro superior y las de miembro inferior según la edad ([figura 10.2](#)).

1. Por su importancia, la fractura de cadera merece especial atención. Origina importantes limitaciones que incapacitan para un correcto desarrollo de las actividades de la vida cotidiana, obliga a realizar una rehabilitación prolongada y puede motivar la institucionalización del sujeto.
2. El síndrome postcaída es una de las principales complicaciones tras una caída, y sus consecuencias tienen una gran importancia (véase anexo 1).
3. Independientemente de la gravedad de las caídas, el efecto último se refleja en la autonomía y en la capacidad para el desempeño normal de las actividades de la vida diaria y las actividades cotidianas.

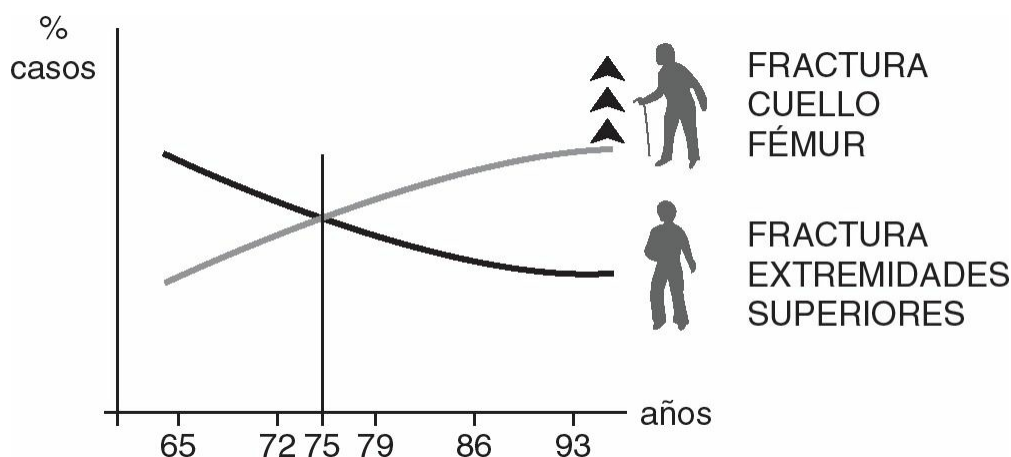


FIGURA 10.1. Relación de las fracturas de la extremidad superior e inferior respecto a la edad. *Fuente:* Dorca, A. *et al.*, 1990.

CUADRO 10.2

Consecuencias de las caídas

DIRECTAS	<i>Fracturas</i>	• Cadera. • Miembro superior. • Miembro inferior. • Vertebrales. • Costales.
	<i>Lesiones menores</i>	• Hematomas. • Erosiones. • Heridas. • Contusiones.
	<i>Otras</i>	• Lesiones articulares (esguinces, luxaciones, artritis...). • Traumatismos craneoencefálicos. • Desgarros y lesiones musculares. • Muerte.
DE LA ESTANCIA EN EL SUELO	• Deshidratación. • Infecciones: neumonía, infección urinaria. • Hipotermia. • Rabdomiolisis (destrucción de células musculares que conlleva secundariamente la liberación de sustancias al torrente sanguíneo, con posible acción tóxica).	
DE LA INMOVILIZACIÓN	• Contracturas. • Pérdida de masa ósea y muscular. • Úlceras por presión. • Trombosis venosas profundas. • Otras (disminución de la función ventilatoria, enlentecimiento del tránsito intestinal, cuadro confusional agudo, etc.).	
PSICOLÓGICAS	Síndrome postcaída (véase anexo 1).	

10.8. Cuidados

10.8.1. Preventivos

1. Generales.

- Detectar a personas mayores de riesgo.

- Con algún tipo de incapacidad funcional.
 - Con limitaciones en las actividades de la vida diaria.
 - Con la marcha alterada.
 - Que padecen demencia, trastornos osteomusculares, neurológicos y/ o cardiovasculares.
 - Que están ingresados en instituciones, residencias.
 - Viven solas.
- Intentar eliminar todos los factores de riesgo extrínsecos y de yatrogenia.
 - Controlar las manifestaciones de riesgo de caída.
 - Valorar el efecto del tratamiento pautado y de fármacos de tipo hipnótico (inductores del sueño), antidepresivos, etc.
 - Comprobar el correcto mantenimiento de la autonomía y la independencia. Ayudar a la realización de ejercicios de fisioterapia, en las actividades de terapia ocupacional y en la cobertura de sus necesidades.
 - Es importante no hacer por la persona mayor aquellas actividades que ella pueda hacer. Si es cierto que en muchas ocasiones este objetivo no se cubre debido a la dinámica de trabajo del centro, servicios hospitalarios o labor de los profesionales. No dando el tiempo suficiente a la persona mayor para realizar sus actividades.
 - Levantar lenta y progresivamente de la cama. Primero, incorporar el tronco; segundo, sentarla en la cama; y, por último, ayudar a ponerla de pie.
 - Asegurarse de que llevan puestas las gafas, audífonos, etc.
 - Una buena higiene postural y una correcta movilización de las personas mayores dependientes previene la aparición de lesiones.
 - Enseñar a utilizar la ayuda mecánica que necesita. Cuando la persona mayor ha adaptado la ayuda (bastón, por ejemplo) a su forma de desplazarse, lo peligroso sería intentar modificar de manera brusca su forma de hacerlo.
 - Mostrar cómo levantarse después de una caída. La posibilidad de que la persona mayor, de manera autónoma, se levante sin ayuda, tenderá a disminuir los efectos de un posible síndrome postcaída.
 - Educar a la familia y a la persona mayor de los riesgos de un medio (dormitorio, habitación, etc.) desordenado o sobrecargado de mobiliario.
 - No por que se coloquen más muebles se va a evitar una caída. Al contrario: un número excesivo de éstos aumenta el riesgo de caídas y dificulta la deambulación.

2. Específicos.

- En el domicilio.

- Suelos antideslizantes, iluminación adecuada, sin sombras, usar barras, tiradores en las puertas, sillones en vez de sillas.
 - Eliminar alfombras o moquetas gruesas, mobiliario y objetos móviles pequeños.
 - Aconsejar que siempre lleve algún dispositivo de petición de ayuda.
- En el baño.
 - Poner alfombrillas antideslizantes en bañera y ducha.
 - Barras y asideros a una altura adecuada.
 - Usar una silla de ducha para evitar la fatiga.
- En el dormitorio.
 - Cama a una altura adecuada a sus necesidades.
 - Tener timbre o dispositivo de ayuda cerca.
 - Si es continente, tener el orinal o similar en un lugar accesible y cercano para evitar desplazamientos nocturnos.
 - Dejar una luz de referencia para que en caso de caída disminuya la desorientación.
- Con la ropa.
 - Utilizar ropa cómoda y holgada.
 - El calzado no debe comprimir ni producir dolor; estará bien ajustado, con tacones pequeños y suelas antideslizantes.
- En presencia de alteraciones osteomusculares.
 - Realizar ejercicio físico de manera regular y progresiva.
 - Programar períodos de descanso.
 - Usar las ayudas mecánicas necesarias.
 - Seguir el tratamiento analgésico pautado por el médico. El dolor es un importante productor de inestabilidad y caídas.
 - Intentar mantener un buen alineamiento corporal; evitar caminar inclinado y hacerlo preferiblemente erguido.
 - Al subir escaleras, primero mueva la pierna sana, mantenga el equilibrio y, posteriormente, mueva la pierna afectada.
- En presencia de demencia.

- Realizar revisiones del estado del pie y de las uñas.
- Control de la aparición del dolor al realizar actividades o desplazamientos.
- Fijar un horario para ir al retrete, para comer, dormir, etc.
- Dejar una luz encendida durante la noche.
- Pasear diariamente, evitar inmovilización.
- Evitar inmovilizaciones y sujeciones.
- Comprobar que toma la medicación pautada.
- Eliminar objetos o mobiliario de riesgo, camas móviles, carros, etc.
- Evitar sobrepeso.

10.8.2. Después de una caída

1. Primeros cuidados.

- No encender la luz central ni dar gritos, ya que se puede desorientar más a la persona mayor.
- Es habitual que las personas que se caen puedan permanecer durante mucho tiempo en el suelo desorientadas, confusas y con miedo. Estas sensaciones se intensifican en las personas mayores dependientes.
- No levantar nunca sin antes haber realizado una valoración básica (véase el capítulo de urgencias y fracturas).
- Avisar al médico y/ o enfermera.
- Cubrir con una manta para disminuir la hipotermia.
- Hablar de manera clara, sin levantar la voz, identificarse y ubicar en tiempo y espacio (indicando la hora y el lugar).
- Tranquilizar a la persona mayor.
- Observar la existencia de posibles fracturas y daños secundarios tras la caída.
- Colaborar y ayudar al médico y/ o enfermero.

2. Cuidados generales.

- Evitar o disminuir los efectos del síndrome postcaída (véase anexo 1).

10.9. Anexos

10.9.1. Anexo 1. Síndrome postcaída

1. Concepto.

- Son las reacciones y comportamientos que derivan en una falta de movilidad, sin que exista causa orgánica que lo justifique. Se produce tras una caída y se manifiesta por temor a volver a caer, con actitudes conservadoras y sobreprotectoras –puede ser tanto por parte del individuo, como de sus cuidadores–.
- El resultado es una disminución en el desempeño de las actividades de la vida diaria, en las actividades cotidianas, en las relaciones sociales, perdiendo independencia y favoreciendo el riesgo de la institucionalización.

2. Causas.

- En primer término, el dolor y los daños ocasionados por la caída motivan la falta de actividad; pero, más tarde, son la ansiedad y el temor a sufrir una nueva caída los que provocan la falta de movilidad.
- El temor a la caída es uno de los factores mejor conocidos y el principal constituyente del síndrome. El temor se asocia con la imposibilidad de levantarse y el tiempo transcurrido en el suelo. Otros factores que están en relación con esto son la edad avanzada, y la dificultad en la marcha y la movilidad.
- Una rehabilitación incorrecta o incompleta ocasiona inseguridad, restringe la movilidad y limita la autonomía.
- El comportamiento sobreprotector por parte de la familia y de los cuidadores no contribuye a mejorar la situación, sino que la empeora; por eso, los gerocultores deben mostrar especial cuidado, evitando estas situaciones y motivando al sujeto para que realice actividades a su alcance lo más precozmente posible.

3. Consecuencias.

- La principal consecuencia del síndrome postcaída es la pérdida de autonomía. Además, la persona mayor pierde autoconfianza y se siente menos autocompetente. La familia también puede verse alterada por el suceso, sufriendo estrés que se refleja en la actuación con el sujeto.
- La inmovilidad puede derivarse del síndrome, produciendo sus propias complicaciones y convirtiéndose en objeto de atención sanitaria. De esta manera, es por sí misma factor de riesgo para una nueva caída.
- Las relaciones sociales disminuyen por la falta de actividad y de movilidad, con lo que el apoyo de la red social se ve deteriorado, limitándose exclusivamente al cuidador y/ o la familia.

- Los gastos familiares y los recursos de la comunidad se ven afectados por esta situación, generando un problema de carácter socio-sanitario importante.
- Todo esto puede contribuir a la institucionalización de la persona.

4. ¿Cómo evitarlo?

- Hay que observar y comunicar cualquier cambio en el comportamiento de una persona que se ha caído. Los profesionales de la gerocultura pasan mucho tiempo con los mayores y, por tanto, son el personal más adecuado para la vigilancia de actitudes temerosas y de la falta de actividad.
- Proporcionar apoyo y comprensión, pero no sobreprotección.
- Animar a la persona a realizar las actividades que estén dentro de sus capacidades lo antes posible; en el caso de actividades que puedan ser peligrosas o que todavía no sean seguras, disuadir a la persona de realizarlas, evitando comentarios negativos o prohibitivos sin darle explicaciones (no decir “no hagas eso, que te vas a volver a caer”, sino explicarle: “no te vistas de pie porque tu cadera todavía no está suficientemente preparada” o “use el bastón para caminar, ya que se lo ha recomendado la terapeuta e irá más segura”). A veces basta con una supervisión para que el individuo se sienta más seguro y realice una actividad.

10.9.2. Anexo 2. Procedimiento: enseñar a levantarse después de una caída

1. Concepto.

- ¿Qué es? Enseñar la técnica adecuada para ser capaz de incorporarse del suelo en el menor tiempo posible sin ayuda.
- Indicaciones. En aquellas personas mayores con riesgo de caídas y que mantienen un estado físico, funcional y cognitivo suficiente para poder aprender y movilizarse de manera autónoma.
- Contraindicaciones. En personas mayores que su estado funcional, físico y cognitivo le impida aprender esta técnica o que el hecho de hacerlo les aumente el riesgo de caerse o lesionarse.

2. Recursos.

- Materiales.

- Ropa cómoda.
- Pizarra o transparencias.
- Colchoneta.

- Lugar físico. Sala grande y espaciosa.

3. Procedimiento.

- Información previa.
 - Explicación teórica de la técnica, ventajas y desventajas, lugares, etc.
- Procedimiento.
 - Después de una caída es necesario intentar orientarse en el espacio (es bueno dejar encendido durante la noche la radio, una luz, etc.).
 - Una vez orientado, determinar qué muebles u objetos están cerca y, de estos, cuáles son fijos o son difíciles de desplazarse.
 - Darse la vuelta (rodar sobre sí mismo) y ponerse boca abajo.
 - Colocarse a “cuatro patas”.
 - Agarrar el objeto y comprobar su estabilidad.
 - Incorporar primero la pierna habitual con la que inicia la deambulación.
 - Volver a comprobar la estabilidad del objeto.
 - Una vez llegado a este punto, si existe temor a incorporarse, mantenerse en esta posición y pedir ayuda; si no, incorporarse totalmente.
- Riesgos.
 - Derivados del procedimiento:
 - ✓ Mala explicación de la técnica.
 - ✓ Caídas en su realización.
 - Derivados de la persona mayor
 - ✓ Enseñanza dirigida a personas que no tienen un estado físico y funcional mínimo para realizar la técnica correctamente, existiendo riesgo de autolesión al intentar realizarla.

4. Complicaciones.

- Caídas.
- Lesiones, fracturas, hematomas.
- Miedo.

5. Evaluación.

- Realiza la técnica parcial o totalmente.
- Aumento de la autoconfianza.

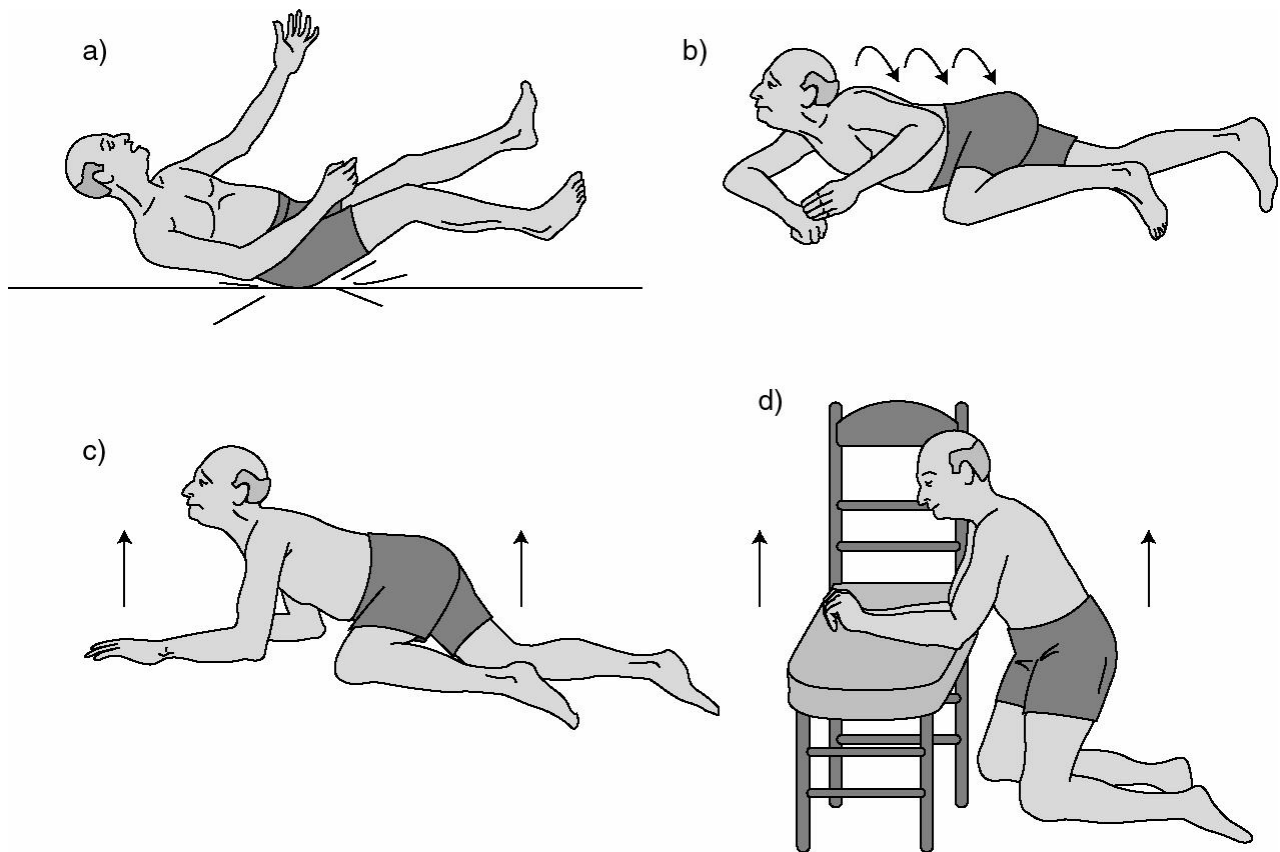


FIGURA 10.2. Fuente: Modificado de Ruipérez, I. y Llorente, P.: *Guía para auxiliares y cuidadores del anciano*. Madrid, McGraw-Hill Interamericana, 1996.

10.9.3. Anexo 3: Procedimiento: utilización de mecanismos de sujeción

1. Concepto.

- ¿Qué son? Son mecanismos o dispositivos en forma de cincha, muñequeras,

correas, barras, colocadas para propiciar un medio más seguro para la persona.

- Indicaciones.
 - Personas mayores agitadas y agresivas.
 - Personas mayores con riesgo de suicidio.
 - Personas mayores con riesgo de caída no controlable.
 - Para instaurar un tratamiento y facilitar la administración de fármacos.
- Contraindicaciones. Personas muy agitadas y/ o que manifiestan deseo de no tenerlas a pesar del riesgo.

2. Recursos.

- Materiales.
 - Cinchas, muñequeras, barras laterales, etc.
 - Algodón, vendas.
- Lugar físico. Cama, camilla, silla de ruedas, sillones.

3. Procedimiento.

- Información previa.
 - A la persona mayor hay que explicarle el motivo de su utilización, los riesgos de no utilizarlas, complicaciones, etc.
 - Informar a los familiares de su uso y del motivo y solicitar autorización.
- Procedimiento.
 - El uso de las barras laterales implica un riesgo en personas autónomas. Explicar que deben avisar siempre que quieren levantarse o ir al retrete para bajarles.
 - En las barras la utilización de cinchas y/ o muñequeras se debe comprobar que éstas no compriman demasiado el tronco o las extremidades.
 - La sujeción debe ser firme pero no compresiva.
 - Si las extremidades se ponen frías, pálidas, no tienen pulso o cianóticas, aflojarlas.
 - La cincha debe facilitar los movimientos laterales y cambios de posición

- (decúbito lateral derecho, supino, lateral izquierdo).
- Comprobar el cierre.
- Almohadillar las muñequeras para evitar lesiones de la piel.
- Riesgos.
 - Derivados del paciente.
 - ✓ Lesiones variadas, heridas, contusiones, distensiones musculares, etc.
 - ✓ La utilización de barras laterales obliga en ocasiones a buscar un camino alternativo para bajarse de la cama, provocando caídas (sobre todo en personas desorientadas, con estado confusional, demencia, incontinentes, etc.).

4. Evaluación.

- Adaptación del mecanismo de sujeción, no manifiesta miedo, agitación, etc.
- Ausencia de lesiones.
- Disminución de caídas.

Recuerde...

- Las caídas son sucesos inesperados cuya causa no es única, sino multifactorial.
 - Los factores de riesgo intrínsecos se suelen asociar a caídas en instituciones y/o en personas mayores dependientes.
 - Las caídas debidas a factores de riesgo extrínsecos se asocian a personas mayores con buena movilidad y autonomía.
 - El deterioro funcional brusco después de una caída suele ser indicativo de la existencia de problemas a nivel físico y/o psicológico (síndrome postcaída).
 - Los factores sobre los que puede actuar directamente el gerocultor son aquellos de tipo medioambiental o yatrogénico.
 - El uso de medidas de sujeción debe ser evaluado por la enfermera y/o médico, valorando riesgo-beneficio.
-

Fracturas

11.1. Concepto

Definida como la pérdida de continuidad del hueso, va a producir en ocasiones gran incapacidad, sobre todo en el ámbito de las actividades de la vida diaria (AVD). Existe un aumento de la prevalencia y de la incidencia de éstas a partir de los 70 años. Además, un retraso en su detección y tratamiento se traducirá en un aumento de las complicaciones, siendo la más importante la pérdida de la capacidad funcional.

En este capítulo se describirán tres de las fracturas más frecuentes en las personas mayores:

- Fractura de cadera: aquella fractura que afecta desde la cabeza femoral hasta 5 cm por debajo del trocánter menor. Es muy difícil determinar qué se produce primero: la caída y, como consecuencia, la fractura; o la aparición de una fractura espontánea y posteriormente la caída.
- Fractura de Colles: fractura del radio a menos de 2,5 cm de la muñeca. El mecanismo causante es una caída con la mano en extensión.
- Fractura de la epífisis proximal del húmero: el mecanismo causante más frecuente es la caída con el brazo extendido.

11.2. Etiología

La causa podrá diferir en cada una de ellas, pero el mecanismo fundamental en un porcentaje elevado suele ser una caída. La producción de ésta siempre será debido a la existencia de numerosos factores predisponentes y no por una única causa (véase

capítulo de caídas).

La fractura podrá aparecer junto a otro tipo de traumatismos o lesiones, como contusiones, esguinces y luxaciones.

11.3. Clasificación

Dentro de las clasificaciones de las fracturas ([cuadro 11.1](#)) es necesario resaltar la importancia del desplazamiento y de la estabilidad. Cuanto más desplazados estén los fragmentos de una fractura, más riesgo existirá de lesión nerviosa, vascular y de tejidos blandos. La estabilidad determinará “la movilidad” (el riesgo de desplazamiento) de los fragmentos en la fractura. A más inestabilidad de los fragmentos, más riesgo de lesión (aunque pueden existir fragmentos muy desplazados y “estables”).

CUADRO 11.1
Tipos de fractura

CRITERIO	CLASIFICACIÓN
Acción de la fuerza	Directa: golpe (fuerza que vence la resistencia del hueso). Indirecta: torsión, cizallamiento, arrancamiento.
Extensión (en relación con el desplazamiento) En función del trazo	Completa. Incompleta (fisura). Transversal. Oblicua. Espiroidea.
Número de fragmentos	Dos fragmentos: bifragmentarias. Más de dos fragmentos: plurifragmentarias. conminuta.
En función de la afectación a tejidos blandos	Abierta. Cerrada.
Estabilidad	Estable. Inestable.

Fuente: tomado de Pérez Melero, A., 1997.

La clínica general de una fractura variará dependiendo de las características del individuo, grado de lesión, zona afectada y tiempo transcurrido desde la producción de la

fractura hasta su detección.

Entre otras: inflamación, deformidad, acortamiento del miembro, impotencia funcional, hematomas, asimetrías, alteración de la marcha, afectaciones neurológicas (disminución de la sensibilidad), vasculares (disminución del riego sanguíneo en la zona) y cutáneas (heridas), así como crepitaciones (sonido característico resultante de explorar la zona afectada y movilizar los fragmentos óseos entre sí).

11.4. Diagnóstico y tratamiento

El método diagnóstico por excelencia es la radiografía de la zona, en distintas visiones para descartar lesiones secundarias y ocultas.

El tratamiento de las fracturas en las personas mayores irá destinado fundamentalmente a la recuperación funcional precoz de la zona afectada. En el caso de la fractura de cadera toma un cariz de urgencia debido a que un encamamiento prolongado puede llegar a producir graves pérdidas funcionales (difícilmente recuperables) y gran número de complicaciones derivadas de la inmovilidad (úlceras por presión, anquilosamiento articular, atrofas, etc.).

El tratamiento consistirá en reducir la fractura (unión de los fragmentos desplazados), aunque previamente se traccionará la extremidad afectada para alinear la zona internamente (con material de osteosíntesis: clavos, tornillos o similares) o externamente (con medio duro, escayola o medio blando como vendajes).

Siempre se tendrá en cuenta que una fractura es un proceso estresante, que, dependiendo de su gravedad, puede desestabilizar o descompensar otras enfermedades de la persona mayor (cuidado en individuos con antecedentes de diabetes mellitus tipo I, cardiopatías, etc.).

11.5. Clínica

11.5.1. Fractura de cadera

- Acortamiento del miembro (1 a 5 cm).
- Abducción (separación) del miembro hacia el exterior.
- Rotación externa del pie.
- Impotencia funcional.
- Deformidad de la zona.
- Dolor a nivel inguinal y al realizar una rotación interna del pie.

Existe un tipo de fractura (fractura de cuello femoral impactada) en la que la

deambulaci3n es posible en los primeros momentos y puede que no exista acortamiento del miembro ni rotaci3n externa.

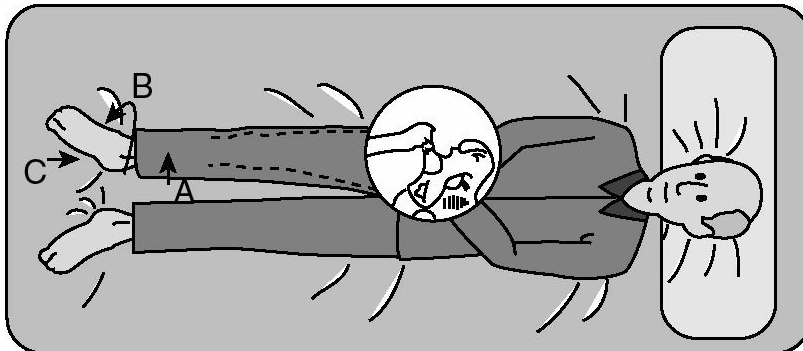


FIGURA 11.1. Fractura de cadera: *a)* abducci3n o separaci3n del miembro; *b)* rotaci3n externa pie afectado; *c)* acortamiento del miembro 1-5 cm.

11.5.2. Fractura de Colles

- Dolor a la presi3n.
- Crepitaci3n.
- En visi3n lateral del antebrazo se observa deformidad en “dorso de tenedor”.
- (véase [figura 11.2a](#)).
- En visi3n frontal del antebrazo se observa deformidad en “bayoneta” (véase [figura 11.2b](#)).
- Impotencia funcional e inflamaci3n.

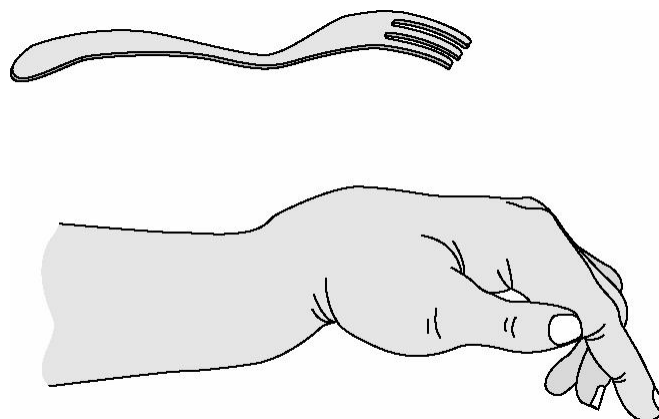


FIGURA 11.2a.

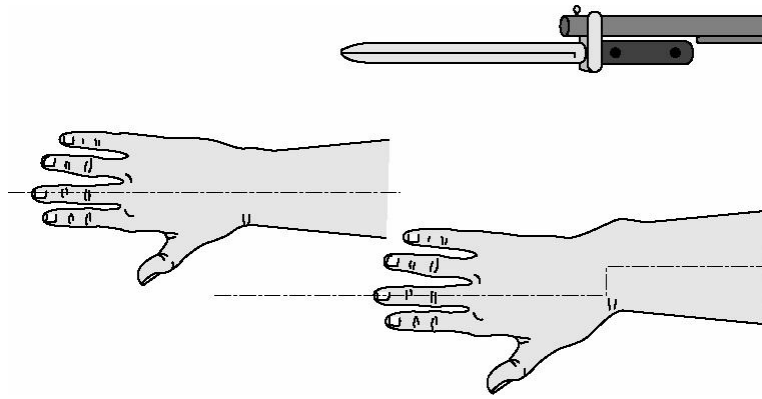


FIGURA 11.2b.

11.5.3. *Fractura de la epífisis proximal del húmero*

- Incapacidad funcional de todo el miembro.
- Dolor a la manipulación externa.
- Crepitación.
- Brazo inmóvil junto al tronco.
- Equimosis a lo largo del brazo en días posteriores.

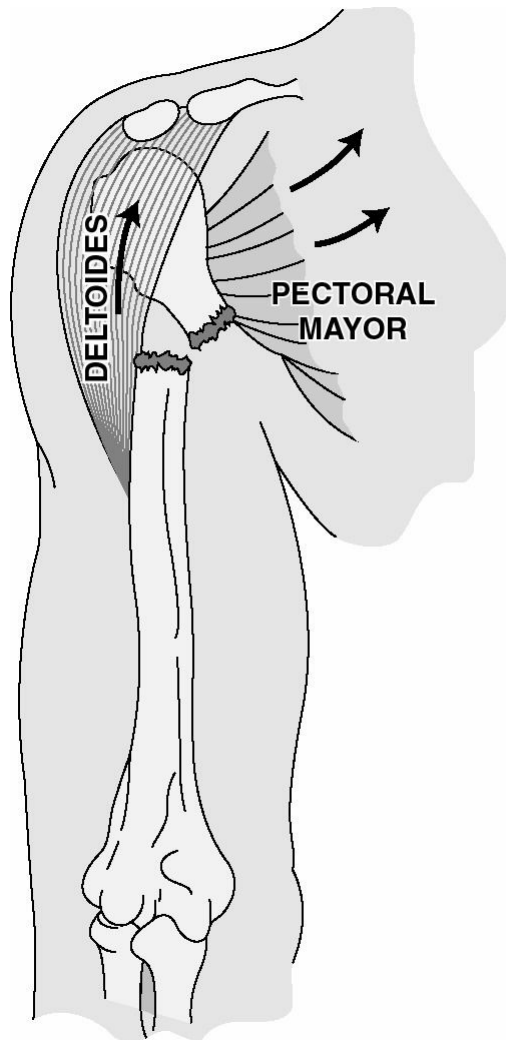


FIGURA 11.3. Descripción de la fractura de la epífisis proximal del húmero.

11.6. Objetivos

11.6.1. Ante la sospecha de una fractura

- Evitar inmovilizar si no se conoce la técnica.
- Identificar la zona lesionada.
- Determinar posibles mecanismos de producción.

11.6.2. Ante una fractura confirmada

- Evitar la pérdida de la capacidad funcional (colaborar con otros profesionales).
- Detectar afectación de las actividades de la vida diaria y estados de inmovilidad

- progresiva.
- Controlar el estado de la higiene, patrones de eliminación y alimentación.

11.7. Cuidados

En este apartado se dividirán las actuaciones en función del momento en que se tomará contacto con la lesión; “in situ” (sospecha) y posterior a su derivación desde un centro sanitario (confirmada la fractura con métodos radiodiagnósticos).

11.7.1. Fractura de cadera

1. Sospecha de fractura.

- Valoración primaria: permeabilidad de la vía aérea, ventilación, circulación y nivel de consciencia.
- Avisar al médico y/ o enfermero. En su ausencia realizar una valoración secundaria:
 - Localización de la fractura.
 - Estado de la piel: hematoma, heridas.
 - Estado óseo: deformidades, acortamientos.
 - Estado vascular: color de los miembros, temperatura y pulsos.
 - Estado neurológico: sensibilidad de la zona, aparición de parestesias (hormigueos o similares).
 - En ausencia del médico y/ o enfermera, cuanta más información proporcione el gerocultor a los servicios de urgencia respecto a la posible lesión, mejor.
- Nunca levantar y dejar en bipedestación o forzar la marcha. Puede existir una fractura no desplazada y estable que al levantar a la persona mayor, por el propio peso de ésta, desplace fragmentos y aumente la lesión.
- Cubrir con una manta para evitar la hipotermia.
- Calcular el tiempo que lleva la persona mayor tendida en el suelo en caso de haberse producido una caída.
- Ayudar al médico y/ o enfermero.

2. Fractura confirmada (tras la derivación desde el hospital).

- Detección de la aparición de dolor (qué lo produce...).
 - Administrar analgésicos vía oral (V.O). delegados a la hora exacta, no a demanda.
 - Valorar si el dolor afecta a la realización de las actividades de la vida diaria.
 - Usar medidas alternativas para disminuir el dolor, música, televisión, conservación, etc.
- Prevención de úlceras por presión (cambios posturales, higiene correcta, control del estado de los colchones antiescaras, etc.).
- El encamamiento prolongado puede producir síndrome confusional agudo y/o alteraciones del sueño. Para evitarlos habrá que:
 - Presentarse antes de realizar cualquier técnica.
 - Hablar continuamente, de manera clara y sin elevar la voz.
 - Orientarle en tiempo y en espacio.
 - Limitar las horas de sueño diurno.
 - Incorporar a programas de gimnasio, terapia ocupacional, fisioterapia.
 - Facilitar la realización de hábitos del sueño, que variarán según el individuo (véase capítulo sobre las alteraciones del sueño).
- Detección del síndrome postcaída (véase capítulo sobre la caída), que cursará con inmovilismo, inestabilidad de la marcha, afectación de las actividades de la vida diaria (AVD), etc.
- Controlar la aparición de sangre en heces (melenas) o en forma de vómitos en “posos de café”, ya que una posible complicación es la existencia de úlceras en el aparato digestivo derivadas del estrés del traumatismo.
- Postura adecuada al residente. En caso de colocación de una prótesis de cadera, la movilidad del miembro se verá limitada a 60-90°.
- En decúbito supino:
 - La pierna del lado afectado estará ligeramente separada y flexionada.
 - Colocar almohadas o dispositivos similares para evitar la rotación externa del pie del miembro afectado.
 - Nunca cruzar la pierna afectada sobre la sana, ni levantar el cabecero de la cama por encima de 45°, ni flexionar el tronco o la cadera por encima de los 90° (ya que aumenta la presión sobre la zona intervenida produciendo la luxación de la prótesis).
 - Se colocará el peso del cuerpo sobre la cadera sana, girando ligeramente el tronco.

- En sedestación (figura 11.4):
 - Esta posición se evitará en fractura del cuello femoral.
 - Cadera siempre por encima de las rodillas (usar almohadones o dispositivos similares).
 - El ángulo de la línea imaginaria entre el tronco y las piernas debe ser de 90°.
 - Nunca se debe cruzar las piernas, agacharse o flexionar el tronco en exceso.

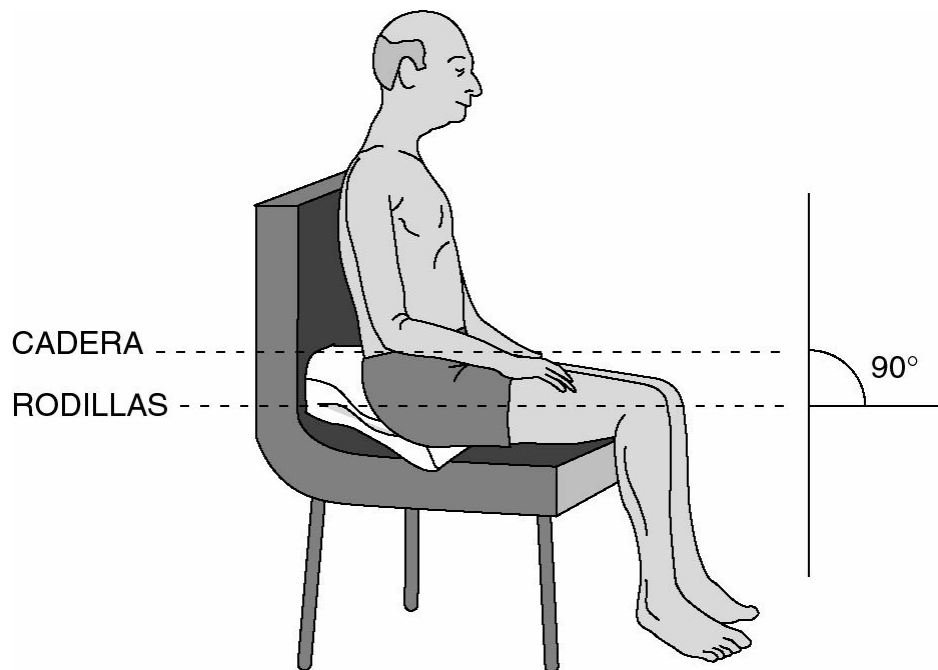


Figura 11.4.

11.7.2. Fractura de Colles

1. Sospecha de fractura.

- Valoración primaria y avisar.
- Valoración secundaria, siempre se realizará comparando con el otro brazo.
- Las personas afectadas siempre tienden a recoger el antebrazo y pegarlo al cuerpo. Es la postura más característica y segura que puede tener este tipo de lesión. Mantener este tipo de inmovilidad.
- Ayudar al médico y/o al enfermero.

2. Fractura confirmada.

- Mantener posición del miembro lesionado.
- Valorar efectividad de la inmovilización realizada (el yeso se mueve, etc.).
- Valorar la presencia de complicaciones como el síndrome compartimental en la extremidad (véase anexo).
- Aparición de dolor, características de éste, eficacia del tratamiento analgésico, etc.
- Elevar el miembro para disminuir el edema.
- Valorar el estado del miembro, color, temperatura, continuidad de la piel, movilidad, sensibilidad de los dedos, etc.
 - Almohadillar zonas en contacto con el yeso.
 - Movilizar el miembro siempre con dos puntos de apoyo.
 - Determinar afectación en las AVD.
 - Cooperar con la fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, etc.

11.7.3. Fractura de la epífisis proximal del húmero

1. Sospecha de fractura.

- Valoración primaria, avisar y valoración secundaria.
- Ayudar al médico y/ o enfermero.

2. Fractura confirmada.

- Idéntica que para la anterior.

11.8. Complicaciones

11.8.1. Fractura de cadera

- Úlceras gastroduodenales.
- Hipotermia postcaída.
- Descompensación de enfermedades crónicas.
- Lesiones asociadas: heridas, hematomas...
- Úlceras por presión.

- Afectación de las AVD.
- Encamamiento.
- Dolor.
- Rigidez.
- Trombosis venosa profunda.
- Incontinencia urinaria.

11.8.2. Fractura de Colles y de la epífisis proximal del húmero

- Déficit prensil.
- Afectación de las AVD.
- Dolor.
- Rigidez.
- Síndrome compartimental.
- Disminución del rango articular.

11.9. Anexo

SÍNDROME COMPARTIMENTAL

Definición:

Afectación neurovascular que puede producir lesiones irreversibles en el miembro afectado.

Causas:

Traumatismos, compresión por vendajes, yesos, ropa y posturas inadecuadas.

Mecanismos de producción:

Todos los músculos presentan una envoltura o fascia a través de la cual pasan los nervios y los vasos. Al aparecer edema y hemorragia por un traumatismo se podrá producir la colapsación de los vasos y nervios por la presión sobre estos, dando como resultado afectación neurovascular.

Clínica

- Disminución progresiva de la movilidad y actividad muscular.
- Frialdad, palidez.
- Alteraciones sensoriales, hormigueos, pesadez, entumecimiento.
- Dolor que no disminuye con analgésicos.
- El pulso distal no se altera salvo en estadios avanzados.

Recuerde...

- Evitar las movilizaciones apresuradas. Más vale gastar un minuto en valorar que actuar precipitadamente.

- En caso de parada cardiorrespiratoria asociada a una fractura, lo primero que hay que resolver es la parada.
 - Será el estado de la persona afectada, las características de la fractura y el riesgo potencial de complicaciones lo que determinarán las actuaciones a realizar.
 - Siempre preguntar la existencia o no de dolor y en qué región o regiones se ubica. Suele ser indicativo de lesiones asociadas.
 - En caso de sospecha de fractura de cadera tras una caída, y en ausencia de médico y/ o enfermera, avisar a los servicios de urgencia.
 - Si la persona mayor está consciente, tranquilizarla, no demostrar nerviosismo o ansiedad ante la situación. Ver un profesional “templado” y seguro a veces resulta mejor que un tranquilizante o analgésico.
-

Fragilidad

12.1. Introducción

La utilización de este término es relativamente moderna y su aplicación no se encuentra estandarizada. Los propios expertos en geriatría no se ponen de acuerdo a la hora de unificar los criterios que identifiquen a esta población, y ni siquiera el término es aceptado por todos, ya que algunos autores lo consideran como un decaimiento generalizado de los sistemas propio de la vejez y no como un síndrome con entidad propia.

La importancia de las consecuencias, tanto para la persona mayor como para el sistema sanitario, obligan a concederle una atención especial y un estudio riguroso que ayude a identificar el problema y aporte soluciones.

12.2. Concepto

12.2.1. La fragilidad: dificultades y discrepancias

La fragilidad es un concepto multidimensional que abarca la totalidad del sujeto en su esfera bio-psico-social. El principal problema se encuentra a la hora de diferenciar al paciente frágil del no frágil, y de señalar qué cambios pertenecen a la fragilidad, cuáles son fisiológicos (es decir, que se podrían considerar normales) y cuáles patológicos pero no constituyentes de fragilidad.

El primer punto que se debe aclarar es que se incluyen no sólo las personas con patología o lesión, sino también aquellas que tienen un mayor riesgo de padecer estos procesos.

Otra consideración importante a tener en cuenta es diferenciar las causas, el estado y las consecuencias de la fragilidad. Este punto crea gran confusión y, por ello tiene especial interés, ya que además es uno de los motivos de la falta de unidad de criterio en este tema. Valga como ejemplo la consideración del estado físico: una disminución o deterioro en este estado puede ser considerado como causa, bien como indicador de la fragilidad del paciente o incluso como consecuencia de este complejo síndrome; sin embargo el planteamiento de la intervención será distinto en cada caso. Por tanto, es necesario distinguir la etiología, de la clínica y de las consecuencias para determinar qué intervención es la adecuada en cada caso, es decir, si las estrategias a llevar a cabo forman parte de la atención primaria (la prevención del problema actuando sobre las causas que lo generan), secundaria (actuando sobre el problema en sí, una vez que ha aparecido, para evitar consecuencias adversas) o terciaria (rehabilitar y contener las posibles secuelas).

12.2.2. Multidimensionalidad de la fragilidad

La fragilidad se revela por una menor capacidad de adaptación al medio y a la disminución de la reacción ante distintos factores de estrés. Esto afecta a sujetos en edad senil, sobre todo a personas por encima de los 80 años.

La fragilidad se refleja en todas las dimensiones de la persona, con distintas consecuencias en cada una de ellas; pero casi todas acaban desembocando en un mayor riesgo de institucionalización y de muerte.

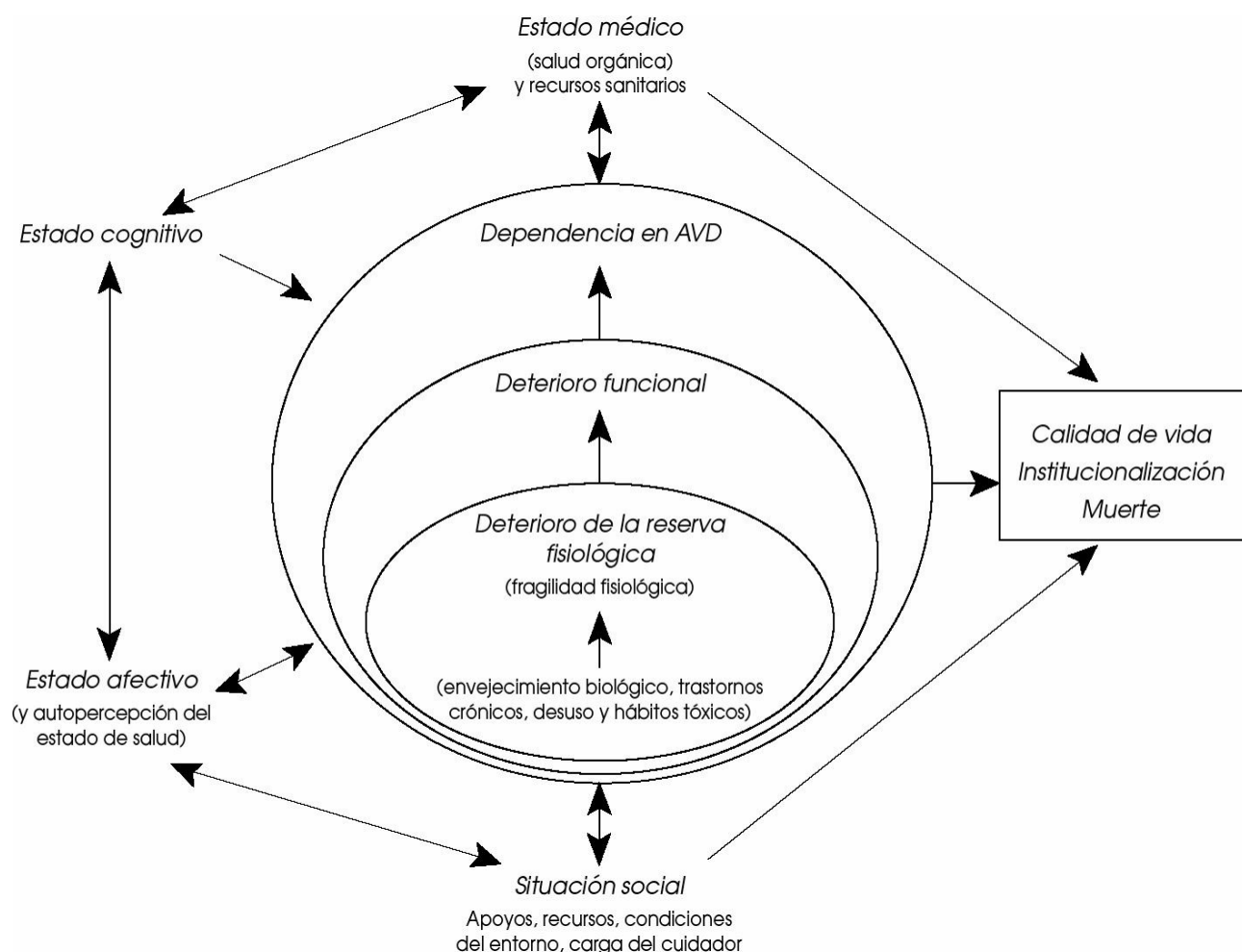


FIGURA 12.1. Modelo integrado de fragilidad e interrelación de factores sanitarios, sociales y asistenciales.
Fuente: Baztán, J. J., Varelo, C., Regalado, P., Carrillo, E.: "Evaluación de la fragilidad en el anciano". *Rev. Esp. de Geriatria y Gerontología*, 1997; 32 (NM1): pp. 26-34.

12.3. Clasificación

Para su mejor comprensión se pueden desglosar en varios apartados, interrelacionados entre sí: la fragilidad del estado físico, cognitivo, afectivo, social y del ocio (aunque este último no se encuentra recogido en las clasificaciones actuales).

12.3.1. Fragilidad física

Este aspecto se ve influido por el decaimiento fisiológico generalizado que afecta a distintos sistemas y órganos. Probablemente, es el apartado que mayor atención e interés despierta, también porque es el más fácil de objetivar.

Abarca todas las características fisiológicas y los sucesos patológicos que hacen a la

persona mayor vulnerable al estrés ambiental y que favorecen la dependencia del sujeto. Para ilustrar y facilitar su identificación se incluye la siguiente tabla ([cuadro 12.1](#)).

CUADRO 12.1
Modelo de desarrollo de la fragilidad

ALTERACIONES SUBYACENTES	CLÍNICA DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD	CONSECUENCIAS ADVERSAS DE LA FRAGILIDAD
Trastornos (fisiopatología)	<i>Síntomas:</i> • Debilidad • Fatiga • Anorexia • Desnutrición • Pérdida de peso	• Caídas • Lesiones • Enfermedades agudas • Hospitalizaciones • Discapacidad • Dependencia • Institucionalización • Muerte
Declive en la función y en la reserva fisiológica	<i>Signos:</i> • Cambios fisiológicos marcadores del aumento del riesgo • Disminución de la masa muscular • Disminución de la masa ósea • Problemas en la marcha y el equilibrio • Mala condición física	

Traducido de: Hazzard, W. R., Bierman, E. L., Blass, J. P., Ettinger, W. H., Halter, J. B. (eds.): *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 3.^a edición. McGraw-Hill: New Baskerville, 1994.

12.3.2. Fragilidad cognitiva

Al igual que los años van haciendo mella en el cuerpo, la mente no se libra del paso del tiempo. El sistema nervioso se ve afectado y en el cerebro se aprecia una atrofia celular y una disminución en toda la vía neuronal de la conducción del impulso.

Las personas mayores también padecen una mayor incidencia de patologías que pueden afectar a su estado cognitivo, como demencias o accidentes cerebrovasculares.

Queda claro, por tanto, que el aumento de los problemas cognitivos refleja una mayor vulnerabilidad de las personas mayores, que se debe tener en cuenta para evitar su aparición.

12.3.3. Fragilidad afectiva

La fragilidad afectiva expresa el déficit emocional y la predisposición a padecer trastornos afectivos. El mayor frágil es blanco de procesos especialmente relevantes en esta etapa de la vida, como la ansiedad, las depresiones, etc.; objeto, en ocasiones, de deterioro de las relaciones interpersonales e incluso de institucionalización.

12.3.4. Fragilidad social

A pesar de que los mayores debieran recibir una protección especial por parte de la sociedad, existen múltiples circunstancias y sucesos vitales que les conducen a una situación de debilidad frente a los demás.

12.3.5. Fragilidad del ocio

Éste es un concepto nuevo en cuanto a la percepción de la calidad de vida y la fragilidad. Las personas mayores pasan de la noche a la mañana de una situación de actividad laboral a la total inactividad en el mundo del trabajo. El tiempo libre aumenta, pero no siempre se convierte en tiempo de ocio; las actividades que el sujeto realiza no son significativas para él. Esto provoca una sensación de incapacidad que disminuye la autoestima, aumenta el estrés y puede ser el foco de aparición de situaciones de fragilidad, sobre todo en personas que han estado fuertemente ligadas a su trabajo. Si el trabajo les absorbía muchas horas, sus relaciones personales se centraban en el mundo laboral o el trabajo era de fuerte vocación, aumentan las probabilidades de aparición de este suceso. Además, en muchos casos se ve reducido el poder adquisitivo, lo que limita actividades de ocio que antes podían ser altamente gratificantes.

Por eso es importante dar opciones a este grupo de personas, centrándose en las actividades que pueden desarrollar, no en las que les están limitadas, proporcionando información acerca del ocio para mayores y de los servicios que la comunidad pone a su disposición.

En resumen, se podría concretar que la situación de fragilidad no responde sólo a padecer enfermedades, incapacidades y separación del medio vital por la institucionalización o la hospitalización, sino que se refiere al riesgo de sufrir estos problemas. Una persona mayor frágil es tanto la que padece una mala situación vital como la que corre el riesgo de padecerla.

12.4. Etiología

Como ya se ha señalado anteriormente, una de las mayores complicaciones consiste

en determinar si la fragilidad es una causa en sí misma de deterioro funcional, o si este deterioro procede de algún proceso patológico que genere la fragilidad del paciente.

Sin embargo, se puede considerar que ambas circunstancias son posibles a la hora de hablar sobre fragilidad, con lo que ésta tendría a su vez sus propias causas, unas fisiológicas y otras patológicas.

Señalar las causas de la fragilidad ayudará a concretar y detectar a la población susceptible de intervención y a la prevención de sus secuelas.

En el siguiente cuadro se resumen las causas más frecuentes que llevan a la persona mayor a la situación de mayor frágil.

CUADRO 12.2
Clasificación de las causas de fragilidad

FRAGILIDAD FÍSICA	FRAGILIDAD COGNITIVA	FRAGILIDAD AFECTIVA	FRAGILIDAD SOCIAL
• Disminución de la competencia del sistema inmune. • Reducción de competencia de los mecanismos de homeostasis. • Otros cambios fisiológicos del envejecimiento. • Bajo nivel de actividad física. • Malnutrición. • Alteraciones de la marcha y del equilibrio. • Inmovilidad. • Enfermedades crónicas, agudas y presencia de pluripatología. • Polifarmacia. • Yatrogenia. • Hospitalización. • Caídas. • Minusvalía e incapacidad. • Malos hábitos de vida.	• Degeneración del sistema nervioso. • Carencias en la estimulación del medio. • Grado bajo de escolarización. • Enfermedades orgánicas que afectan a la esfera cognitiva. • Accidentes cerebrovasculares, etc. • Abuso de sustancias tóxicas. • Desnutrición. • Polifarmacia. • Hipoacusia.	• Presencia de trastornos afectivos. • Factores genéticos. • Enfermedades crónicas. • Deterioro cognitivo. • Incapacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana. • Polifarmacia y efectos no deseados de fármacos. • Fallecimiento de seres queridos. • Cambio de roles. • Institucionalización.	• Jubilación y cambio de roles. • Las diferencias culturales intergeneracionales y falta de adaptación a los avances tecnológicos. • Disminución en los recursos económicos. • Deterioro, falta de accesibilidad y cambios de vivienda. • Pérdida de las redes sociales y soledad. • Barreras arquitectónicas. • Desconocimiento y dificultad en el uso de los recursos comunitarios.

Estos factores causales se encuentran interrelacionados y unos influyen sobre los otros de manera directa; sirva como ejemplo un paciente que se haya caído: como consecuencia de esta caída ha tenido una fractura. Esta situación le limita para la ejecución de las actividades de la vida diaria, lo que produce sensación de inutilidad y baja autoestima, lo cual conlleva un aumento de la ansiedad y un estado depresivo. Así, el paciente pierde motivación para salir a la calle, con lo que se debilita su red social y sus oportunidades de estimulación ambiental. De esta manera, una persona mayor sana puede llegar a convertirse en frágil.

12.5. Clínica y complicaciones

La fragilidad es un continuo en el que es difícil diferenciar dónde termina la etiología y dónde empieza la clínica. Ya se señaló antes que hay pacientes con mayor riesgo de sufrir las complicaciones propias de este estado, aún encontrándose en una situación aparentemente “sana”, mientras que en otros se revela desde una situación de pluripatología.

De ahí la importancia y la dificultad de diferenciar paciente frágil de paciente no-frágil. Con esto se quiere señalar que la clínica es muy variada y todavía no existe un criterio uniforme; sin embargo, existe mayor acuerdo en cuáles son las consecuencias de este proceso, realizándose el diagnóstico *a posteriori* con más facilidad que *a priori*. Este es uno de los principales obstáculos a la hora de realizar la atención y prevención primaria en la población diana.

Las complicaciones relativas a la fragilidad son múltiples y variadas, pero en gran cantidad de ocasiones desembocan en el mismo resultado: la discapacidad, la dependencia, la institucionalización y la muerte.

Estas complicaciones tienen otra característica esencial en el desarrollo del proceso; cuando surgen se produce un círculo vicioso: el paciente frágil se ve aún más debilitado, lo que le hace más sensible a los estresores del medio y a los endógenos o internos, sucediéndose nuevas complicaciones que inician de nuevo el ciclo y lo agravan.

Las más frecuentes son:

- Caídas.
- Lesiones.
- Enfermedades agudas.
- Hospitalización.
- Inmovilidad.
- Depresiones recurrentes.
- Trastornos por ansiedad.
- Otros trastornos afectivos.
- Falta de estimulación ambiental.
- Desorientación espacio-temporal.
- Confusión.
- Deterioro cognitivo.
- Aislamiento social.
- Indefensión.
- Discapacidad y minusvalía.
- Pérdida de la independencia.
- Institucionalización.
- Muerte.

La importancia de estas complicaciones obliga, por tanto, a estar alerta frente a las situaciones de riesgo y a prestar especial atención a los pacientes frágiles. Si bien en los primeros estadios es complicado acertar con el diagnóstico, es posible evitar y prevenir la mayoría de las complicaciones posteriores con los cuidados adecuados.

Una mala praxis por parte de las personas encargadas de su cuidado, desde los médicos geriatras hasta los gerocultores, lleva indefectiblemente a situaciones de riesgo para las personas mayores.

12.6. Objetivos

Ante este síndrome multicausal y multidimensional de fragilidad, la actuación se centra necesariamente en un equipo multi e interdisciplinar, compartiendo responsabilidades y objetivos. Para los profesionales de la gerocultura, que tienen un contacto continuo con las personas mayores frágiles, se consideran básicos los siguientes objetivos:

1. Colaborar en la detección de situaciones de fragilidad; esto se basa sobre todo en la observación de:
 - Disminución en la capacidad de realización de las actividades de la vida diaria (AVD).
 - Presencia de inmovilidad.
 - Incomunicación (verbal y no verbal).
 - Aislamiento social.
 - Alteración del comportamiento, etc.
2. Facilitar la adaptación.
3. Ayudar a mantener el máximo nivel de independencia funcional, tanto en mayores frágiles que hayan padecido las consecuencias limitantes como en aquellos mayores en riesgo en los que todavía no se haya manifestado esta circunstancia; manteniendo las AVD en un estado óptimo y/ o similar a su estado original.
4. Control de la higiene y del estado de la piel.
5. Potenciar el bienestar y el confort.

12.7. Cuidados

- Los gerocultores van a ser los encargados de pasar la mayor parte del tiempo con

- las personas mayores, con un contacto estrecho y cercano.
- De ahí la importancia de estar siempre alerta ante las distintas circunstancias que aparezcan en la vida cotidiana de estas personas, poniendo en marcha todos los recursos, conocimientos y experiencia sobre ello.
- Ya se ha visto que la fragilidad es una entidad compleja, con presentaciones muy diferentes, distintas etiologías y complicaciones variadas. Esto hace que no exista un perfil único de paciente frágil. Por tanto, el tratamiento será individualizado, integral y en íntima colaboración de los profesionales del equipo multidisciplinar.
- Parte de los cuidados corresponden a médicos y enfermeras: ellos se encargarán de la medicación adecuada a cada patología, controlando la polifarmacia y los efectos secundarios de los fármacos. Además, el médico prescribirá el tratamiento no farmacológico (fisioterapia respiratoria, ortopedia, terapia ocupacional, etc.) y el personal de enfermería llevará a cabo las labores de control de síntomas y cuidados propios de su especialidad.
- Los gerocultores deben tener en cuenta que los cuidados básicos adquieren especial relevancia en estos pacientes, lo cual no supone que se impida a los mayores interactuar y enfrentarse al medio. Hay que evitar la sobreprotección porque acelera el proceso de dependencia y aumenta la vulnerabilidad a los más mínimos estresores.

Dentro de las actividades a realizar por los profesionales de la gerocultura se encuentran:

- *Colaborar con el resto del equipo para prevenir las distintas formas de fragilidad.*
- *Adecuada disposición del ambiente.* El ambiente debe ser estimulante y favorecedor para las personas mayores en general y, en especial, para los mayores frágiles.

Se deben eliminar las barreras arquitectónicas, lo que evitará innumerables caídas y accidentes, promoviendo además la independencia de los mayores que no tendrán que pedir ayuda para salvar estos obstáculos.

La estimulación debe ser también cognitiva, promoviendo actividades que supongan desafío, facilitando el desarrollo de actividades de ocio significativas para los mayores y fomentando las relaciones sociales.

- *Actividad física y movilidad.* Se ha demostrado el importante papel de la actividad física como agente esencial en la prevención de las patologías en general, y sus beneficios en todos los aspectos de la persona: desde el acondicionamiento cardiovascular hasta el estado de ánimo.

La capacidad de automovilidad y un buen estado del sistema músculo-esquelético evitan muchas de las complicaciones propias de la fragilidad.

El tipo de actividad se debe adecuar a las capacidades de cada sujeto, sin

exceder sus límites. No es necesario un ejercicio de alta intensidad, el que, por otra parte, las personas mayores no suelen tolerar bien, y basta en ocasiones con paseos diarios.

Es importante alentar también a las personas más sedentarias a que realicen un mínimo ejercicio, explicándoles los beneficios que trae consigo.

Esto hace que sea inexcusable el respeto por las etapas del paciente, es decir, no se debe adelantar ninguna fase. Si el paciente es capaz de caminar por sí mismo, aunque sea lentamente o con dificultad, se evitará trasladarle en silla de ruedas. Igual que en este ejemplo, se aplica en otras situaciones este principio, procurando siempre la independencia del individuo (antes que la propia comodidad).

- *Mantenimiento de actividades de la vida diaria (AVD).* La autocompetencia en las actividades cotidianas es imprescindible para la independencia de las personas. En este sentido, cuanto más básicas sean las actividades de la vida diaria, más importante será su mantenimiento.

Uno de los factores que provoca la situación de fragilidad y una de sus peores consecuencias es la dependencia.

Los profesionales de la gerocultura deben prestar atención a las posibles limitaciones que aparezcan en la ejecución del movimiento, y comprobar si existe algún impedimento nuevo por parte del medio o bien si ha surgido de forma aparentemente espontánea. En el primer caso deben eliminar esta barrera, y en el segundo se pondrán en contacto con el resto del equipo para valorar sus posibles causas, riesgos y soluciones.

Hay que insistir en la importancia de una asistencia gradual, esto es: primero sin asistencia, luego con supervisión visual, supervisión y asistencia verbal, desempeño asistido y como *última solución*, de manera pasiva. Ya se remarcó que adelantar estas fases no sólo no ayuda sino que perjudica al sujeto y acelera su deterioro. Por eso deben ajustarse al estado funcional de la persona.

La alimentación necesita una atención especial; la malnutrición tiene una relación directa con los procesos de fragilidad. La pérdida en los sentidos del gusto y del olfato provoca anorexia en las personas mayores. La soledad tampoco invita a realizar grandes comidas, abusando de los productos preparados y los problemas económicos contribuyen más todavía a una nutrición pobre. Además, existen problemas con la dentición, las dentaduras postizas, la deglución y otros propios de la cavidad orofaríngea.

Por tanto, es conveniente presentar alimentos apetecibles y sabrosos; observar y buscar las causas de falta de apetito si esto sucediese; ser comprensivo a la hora de asistir en las comidas, dándoles el tiempo necesario y la ayuda imprescindible ni presionarlos.

- *Control diario del estado de la piel y de la higiene.* La aparición de úlceras por presión es un signo de empeoramiento y de descuido en las medidas de

- prevención.
- *Mantener distraída a la persona mayor.* Ya se ha hablado anteriormente de la posibilidad de aparición de la fragilidad por una carencia de ocio significativo para el sujeto, por lo que son importantes las actividades con fines recreativos, lúdicos, mediante juegos, actos culturales y cualquier otra actividad que exija su participación.
 - *Favorecer un ambiente distendido y ameno.*

Recuerde...

- La fragilidad es un síndrome de origen multifactorial.
- La fragilidad afecta a todas las dimensiones de la persona.
- La observación y detección de cualquier cambio en el estado general o en la funcionalidad del individuo son importantísimas para la detección y el tratamiento precoces de la fragilidad.
- El mantenimiento de la funcionalidad, la estimulación sensorio-cognitiva y la motivación para la realización de actividades significativas para la persona forman parte de la prevención del problema.
- Los cuidados a una persona en situación de fragilidad son continuos, no se limitan a la solución de cada problema agudo en particular.
- La sobreprotección genera dependencia y, por tanto, deterioro funcional; esto acelera el proceso de fragilidad en las personas mayores susceptibles de padecerla.

Inmovilidad

13.1. Concepto

Se entiende por inmovilidad “la dificultad o incapacidad que tiene un individuo para realizar movimientos, de tal modo que su relación con el medio se deteriora”. Por lo tanto no se trata sólo de un problema físico del individuo, sino que la adecuación o no del medio circundante (tanto físico como social) influye directamente en el grado de inmovilidad y en su posible evolución.

La inactividad y la inmovilidad resultan problemas bastante comunes en las personas mayores. En un estudio realizado en este grupo de población en el área 7 de Madrid se observó que el 65,7% presentaba algún grado de inmovilidad, de ellos un 17% estaba encamado, el 31,2% hacía vida de cama-sillón y el 2,1% requería ayuda para la deambulación.

Ésta es, por tanto, una de las áreas en la que el gerocultor debe incidir con mayor fuerza, puesto que una correcta valoración y unos cuidados adecuados consiguen mantener en lo posible la independencia de la persona y evitar muchas de las consecuencias negativas de esta situación.

También es necesario destacar la mayor frecuencia de situaciones de deficiente movilidad en persona mayores institucionalizadas que en aquellas que permanecen en sus domicilios.

En este capítulo se pretende analizar las principales causas y consecuencias de la inmovilidad y, sobre todo, cuáles son los principales cuidados, tanto preventivos como asistenciales, que deben proporcionarse a las personas mayores.

13.2. Clasificación

13.2.1. Inmovilidad leve

- Controla y mueve las cuatro extremidades con cierto grado de limitación.
- Puede necesitar ayuda instrumental (bastón, muleta, etc.) pero no humana.
- Mantiene su autonomía. Puede verse limitado por las escaleras.

13.2.2. Inmovilidad moderada

- Requiere ayuda de otra persona para andar pero inicia los movimientos o pide ayuda para moverse.
- Autonomía disminuida. Realiza las actividades básicas de la vida diaria con dificultad.

13.2.3. Inmovilidad grave

- Requiere importante ayuda para caminar de la cama al sillón o está confinado en una silla de ruedas.
- Alto nivel de dependencia, sólo realiza por sí mismo una o dos actividades de la vida diaria, por ejemplo, alimentación o continencia.

13.2.4. Inmovilidad total

- Encamado.
- Es incapaz de cambiar de posición sin ayuda, no colabora.
- Depende totalmente de otros para el movimiento y para todas las actividades de la vida diaria.

13.3. Etiología

Además de por causas fisiológicas, la aparición de inmovilidad en personas mayores suele estar más influenciada por muchos otros factores; algunos pueden ser causa directa –por ejemplo, algunas enfermedades (artrosis, fractura de cadera, etc.)– y otros pueden favorecerla o prolongar su duración –por ejemplo, las barreras arquitectónicas o algunos problemas psicológicos–. Son muchas las patologías que pueden provocar inmovilidad:

- Enfermedades músculo-esqueléticas. La principal causa de dificultad funcional en las personas de edad avanzada es la osteoartritis. También son importantes, por su alta incidencia y por sus consecuencias invalidantes, la fractura de cadera y la osteoporosis. Estas patologías provocan dolor, debilidad, limitación de movimientos, deformidad, etc., síntomas todos ellos que repercuten muy negativamente en la capacidad de movilización de la persona mayor.
- Por otro lado, los problemas podológicos, a pesar de su aparente benignidad, también pueden generar dificultad o incapacidad para caminar.
- Enfermedades neurológicas. Patologías como los accidentes cerebro-vasculares (hemorragias cerebrales), la enfermedad de Parkinson o los distintos tipos de demencias (enfermedad de Alzheimer, demencias vasculares, etc.) causan importantes limitaciones en la movilidad ya que cursan con rigidez, debilidad muscular, pérdida del control del movimiento y la postura, etc.
- Enfermedades cardiovasculares y pulmonares. Aunque estas afecciones no afectan por sí mismas aspectos o sistemas directamente relacionados con la movilidad, pueden llegar a ser severamente incapacitantes. Los infartos de miocardio, la insuficiencia cardíaca y/o respiratoria, la bronquitis crónica, etc. son enfermedades que pueden restringir drásticamente la actividad y limitar de manera importante la movilidad en un número elevado de personas mayores.

CUADRO 13.1
Complicaciones de la inmovilidad

PROBLEMAS CARDIOVASCULARES	Hipotonía miocárdica. Hipotensión ortostática. Edemas. Trombosis venosa y embolismo pulmonar.
PROBLEMAS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS	Contracturas. Atrofia muscular. Disminución de la fuerza muscular. Rigidez y deformidad articular. Posturas viciosas. Osteoporosis. Aumento de la fragilidad ósea (¡fracturas!).
PROBLEMAS NEUROLÓGICOS	Confusión. Desorientación. Demencia.
PROBLEMAS RESPIRATORIOS	Retención de secreciones. Disminución de la ventilación. Infección respiratoria.
PROBLEMAS GASTROINTESTINALES	Anorexia. Desnutrición/ deshidratación. Estreñimiento.

	Úlceras de estrés. Aspiración.
PROBLEMAS URINARIOS	Infección urinaria. Retención urinaria. Incontinencia urinaria. Cálculos renales y vesicales.
PROBLEMAS CUTÁNEOS	Dolor. Zonas enrojecidas o edematosas. Úlceras por presión.
PROBLEMAS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES	Deprivación sensorial y afectiva. Disminución de la motivación. Dependencia. Depresión. Insomnio.

Además de los factores físicos, hay otros que, en proporción variable, también influyen:

- El entorno de la persona mayor. La existencia de barreras arquitectónicas y la falta de ayudas instrumentales pueden limitar de manera importante la movilidad de la persona.
- La actitud del cuidador también es muy importante. La sobreprotección del individuo, tanto en su domicilio como en una institución, puede acabar provocando muchos problemas. Situaciones como dar de comer a la persona o lavarla, pudiendo hacer esas tareas por sí misma, le acabará provocando una incapacidad mayor de la que verdaderamente tiene.
- Efectos secundarios de fármacos. La administración de determinados fármacos (sedantes, inductores del sueño, relajantes, etc.) pueden favorecer la aparición de este síndrome.
- Factores psicológicos. La falta de estímulos y la depresión son problemas que se pueden manifestar en forma de un deterioro de la movilidad. Así la persona mayor que mantiene su ilusión por seguir siendo independiente logrará mejores resultados que aquella que ha perdido su autoestima.

13.4. Objetivos

Los principales objetivos que un gerocultor debe plantearse a la hora de cuidar a una persona mayor con problemas de movilidad son:

1. Detectar episodios de inmovilidad aguda en personas mayores (aislamiento social, encamamiento, etc.).

2. Fomentar, si no existen contraindicaciones médicas, la movilidad.
3. Prevenir las posibles complicaciones derivadas de la situación de inmovilidad.
4. Identificar situaciones de baja tolerancia o incapacidad al realizar ejercicios, actividades o similares.

13.5. Cuidados

Antes de desarrollar los cuidados fundamentales es preciso hacer hincapié en dos actitudes que van a incidir de manera decisiva en el éxito o fracaso de dichos cuidados:

- Suministrar una adecuada información de las tareas que se van a realizar y el porqué. La persona mayor independientemente de su grado de dependencia tiene derecho a decidir y participar de forma activa en sus cuidados. Con una adecuada información se consigue una mayor confianza de la persona en el profesional y un mayor grado de cooperación. De tal forma que, por ejemplo, cuando un individuo es ayudado en la deambulación por una persona de su confianza, le resulta más fácil superar el miedo a las caídas que toda persona mayor con problemas de movilidad tiene.
- Fomentar la autonomía del individuo. Las actitudes paternalistas, tan frecuentes en el cuidado a personas mayores, son totalmente contraproducentes, pues en vez de mejorar la calidad de vida de estas personas, lo que hacen es fomentar su dependencia.

Ambas actitudes deben ser los pilares a partir de los cuales debe desarrollarse el trabajo del gerocultor.

13.5.1. Cuidados básicos a una persona mayor con inmovilidad leve o moderada

El objetivo fundamental de estos cuidados es evitar que el grado de inmovilidad que padece la persona mayor progrese y, si es posible, recupere lo que ya ha perdido. Para lograrlo es necesario hacer hincapié en algunos cuidados:

- Ejercicio físico. Las personas mayores que realizan ejercicio regularmente tienen una mejor forma física ya que está demostrado que muchas enfermedades que suelen aparecer con el envejecimiento pueden retrasarse con una actividad adecuada. Además, la realización de ejercicio en grupo tiene un gran efecto socializador, muy beneficioso para el individuo.

Sin embargo, hay que considerar que las personas mayores tienen una

menor tolerancia al ejercicio, por lo que es muy importante que esté adecuado a sus posibilidades. El modo, la frecuencia y la intensidad del ejercicio deben ser prescritos por profesionales cualificados para ello (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, médicos o enfermeras).

- Recomendar el uso de un calzado apropiado (bien ajustado y de tacón bajo) y de una vestimenta adecuada (que no comprima y prevenga contra las inclemencias del tiempo).
- Cuidado frecuente de los pies: vigilar la aparición de zonas enrojecidas, heridas, callos, uñas encarnadas, etc. Unos pies en mal estado impedirán la adecuada deambulaci3n del individuo.
- Si la persona necesita ayuda para caminar:
 - Proporcionarle las ayudas instrumentales necesarias (bastones, muletas, andadores, etc.). Si esto no es suficiente, el gerocultor debe prestar ese apoyo f3sico.
 - Evitar las prisas.
 - Prevenir barreras arquitect3nicas (mesillas, objetos en el suelo, sillas, etc.).
 - Las distancias de movilizaci3n deben ser cortas.
 - Facilitar sus pasos animándole, por ejemplo, a llegar a un determinado objetivo (el jard3n, la sala de televisi3n, etc.).
 - Mantener la m3xima vigilancia y poner las mayores precauciones para evitar ca3das.

13.5.2. Cuidados b3sicos a una persona mayor con una inmovilidad grave o total

Cuando la persona mayor sufre un nivel de inmovilidad grave o total los cuidados del gerocultor deben dirigirse al mantenimiento de las capacidades residuales y a la prevenci3n de las complicaciones.

1. Cuidados generales.

- Adecuaci3n del medio ambiente. Una persona con un deterioro considerable de la movilidad va a permanecer en una misma habitaci3n durante largos per3odos de tiempo, por lo que hay que intentar que ese lugar sea lo m3s agradable y confortable posible:
 - Adecuando el nivel de humedad y temperatura.
 - Permitiendo a la persona que adapte la habitaci3n a su gusto (fotos, flores, dibujos, etc.).
 - Procurar que siempre est3 limpia y recogida.

- Ventilar a menudo y evitar los malos olores (comida en mal estado, ropa de cama sucia, etc.).
- Proporcionar una adecuada nutrición e hidratación. Una buena nutrición e hidratación son fundamentales para evitar las posibles complicaciones derivadas de la inmovilidad. Conseguiremos evitar el estreñimiento, fluidificar las secreciones, mejorar la eliminación urinaria, mantener la piel en buen estado, etc. Para mejorar el estado nutricional y de hidratación debemos:
 - Administrar una dieta equilibrada, en función de las características de la persona mayor (enfermedades, tolerancia, etc.).
 - Ingerir como mínimo 2 litros de líquidos (agua, zumo, leche, infusiones, etc.) al día.
 - Mantener la boca y la dentadura en buenas condiciones.
 - Proporcionar alimentos que sean fácilmente masticables, digeribles y ricos en agua, por ejemplo, gelatinas, purés, pudín, sopas, frutas acuosas, etc.
 - Ofrecer comidas menos abundantes pero más frecuentemente (5-6 comidas/día).
 - Dar alimentos que sean del agrado de la persona y procurar que el plato sea atractivo en su preparación.
 - Colocar la bandeja y los alimentos dentro de ella de tal manera que la persona pueda alcanzarlos.
- Mantenimiento de una adecuada posición. Las personas mayores inmovilizadas permanecen en la cama durante muchas horas al día, si no permanentemente. Por ello es importante:
 - Realizar cambios posturales de forma periódica.
 - Comprobar la adecuada posición de miembros y articulaciones en cada cambio, evitando así posturas no anatómicas que pueden dar serios problemas a largo plazo.
 - Vigilar que la persona se sienta cómoda en las posturas en que se vayan realizando los cambios.
- Alineación corporal. Una correcta postura durante el período de encamamiento puede evitar complicaciones posteriores como contracturas, anquilosis de las articulaciones, pie equino, etc. Para ello:
 - Prestar atención al alineamiento de la columna vertebral. En cualquier posición que la persona adopte en la cama se debe procurar que

mantenga la columna recta: con una almohada de grosor adecuado, evitando la rotación de la pelvis, etc.

- Si la persona no puede mover voluntariamente su cuerpo, la postura ideal de miembros y articulaciones es con los brazos ligeramente separados del tronco con hombros, muñecas y dedos de la mano algo flexionados, las piernas un poco separadas con las rodillas y los dedos de los pies mirando al techo (así evitamos el pie equino); para impedir la rotación externa de la pierna pueden colocarse unos topos (por ejemplo, toallas enrolladas) a ambos lados de los muslos.
- Cambios posturales. El objetivo de los cambios posturales es fundamentalmente evitar las úlceras por presión, pero benefician también a otros sistemas pues, por ejemplo, ayudan a movilizar las secreciones pulmonares evitando así su acumulación y las complicaciones posteriores (neumonías); también colaboran a disminuir los edemas mejorando el retorno venoso, etc. Son cuatro las posturas fundamentales en que debe ponerse a la persona: decúbito supino (boca arriba), decúbito prono (boca abajo), decúbito lateral izquierdo y derecho (sobre los costados). Para que un cambio postural sea eficaz debe cumplir las siguientes características:
 - Debe realizarse periódicamente. La frecuencia depende del estado de la persona mayor: normalmente se realizan cada 2 horas pero, si al hacer un cambio se observa alguna zona enrojecida que se mantiene durante más de 10 minutos, deben realizarse los cambios con mayor frecuencia.
 - Seguir un orden preestablecido, por ejemplo, decúbito supino, decúbito lateral izquierdo, decúbito prono y decúbito lateral derecho. Así se asegura una distribución equitativa del tiempo de presión en las diferentes partes del cuerpo.
 - Proteger las zonas de mayor riesgo con almohadas, piel de cordero, taloneras, coderas, etc.
 - Mantener la comodidad de la persona mayor. Es muy importante que la persona esté cómoda en la postura que quede colocada pues va a permanecer de esa manera durante un tiempo considerable.
- Evitar contracturas. Cuando los miembros se mantienen inmóviles durante mucho tiempo, existe un riesgo muy alto de que los músculos se contracturen y se atrofien y de que las articulaciones se anquilosen. Para evitarlo, hay que movilizar los miembros. Dependiendo del estado de la persona, esa movilización puede ser activa o pasiva:
 - Movilización pasiva. Se utiliza cuando la persona mayor es incapaz de

mover por sí misma el miembro a ejercitar o bien porque existe alguna contraindicación para ello (por ejemplo, enfermos coronarios). Debe ser el gerocultor –y, no la persona mayor– el que realice los movimientos. Los ejercicios pasivos deben realizarse siempre según una programación, realizada por un profesional que indique la frecuencia, intensidad, tipos de ejercicios y partes del cuerpo que deben movilizarse. A continuación se describen algunos ejercicios básicos.

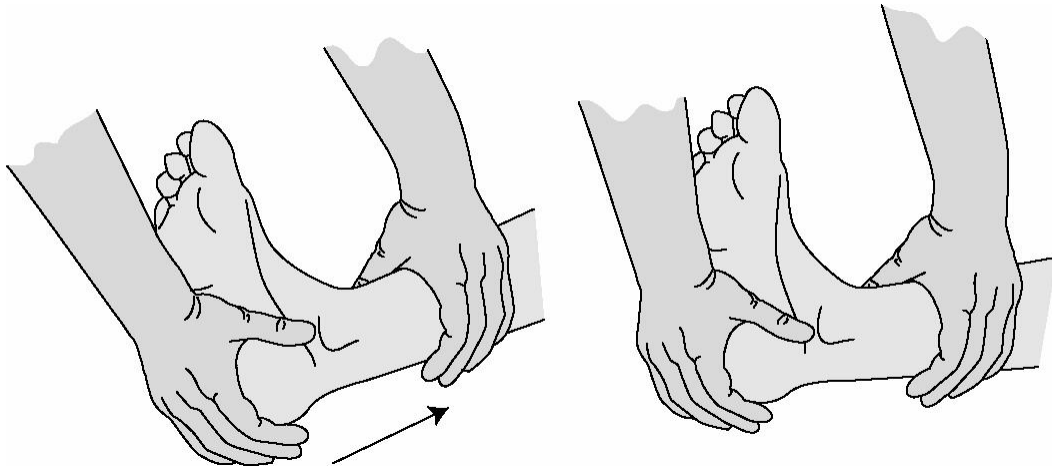


FIGURA 13.1. Flexo-extensión del pie.

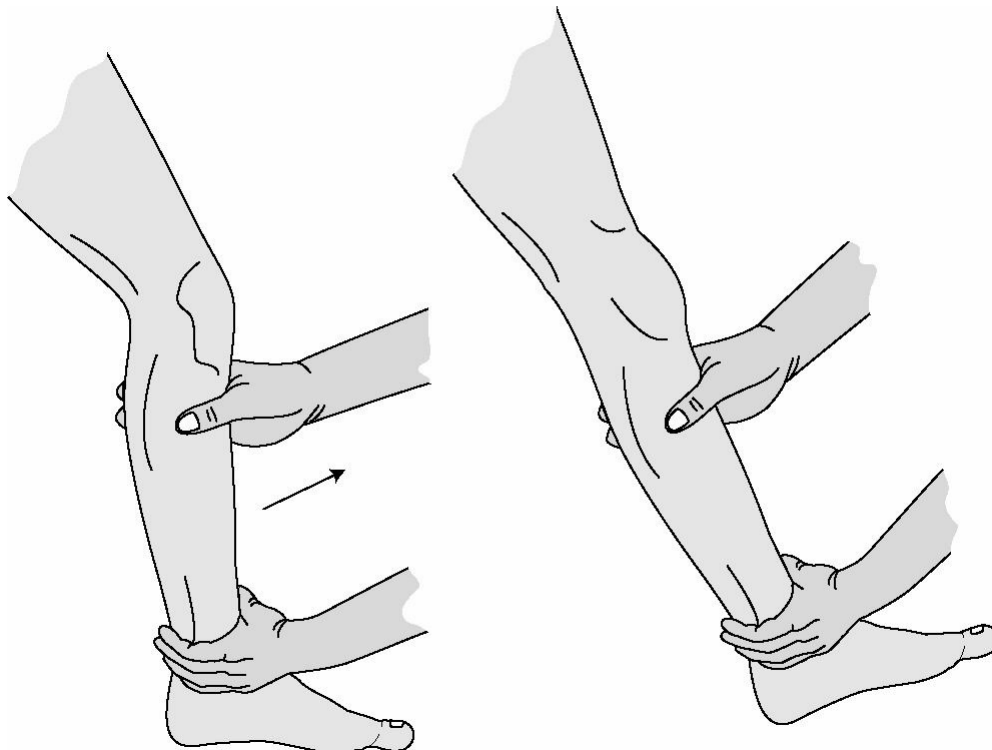


FIGURA 13.2. Flexo-extensión de la rodilla.

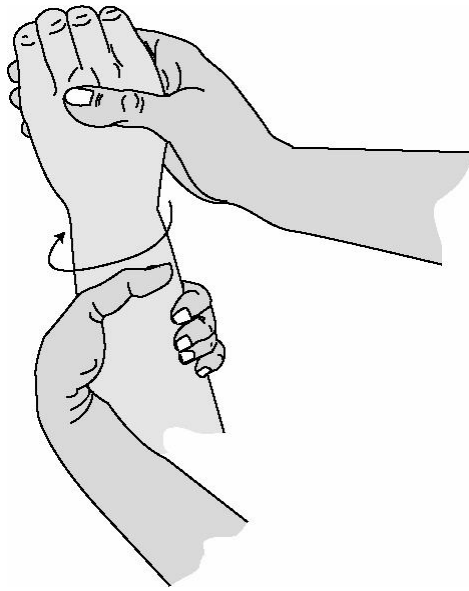


FIGURA 13.3. Rotación de la muñeca.

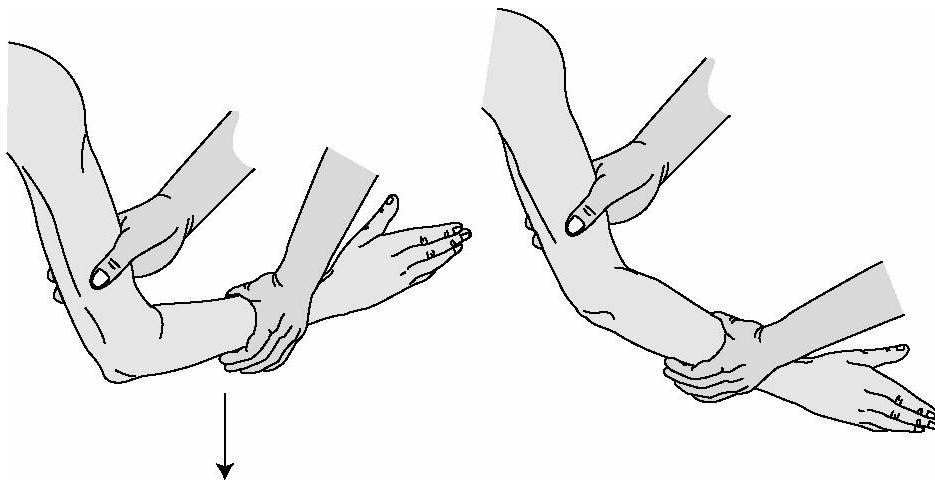


FIGURA 13.4. Flexo-extensión del codo.

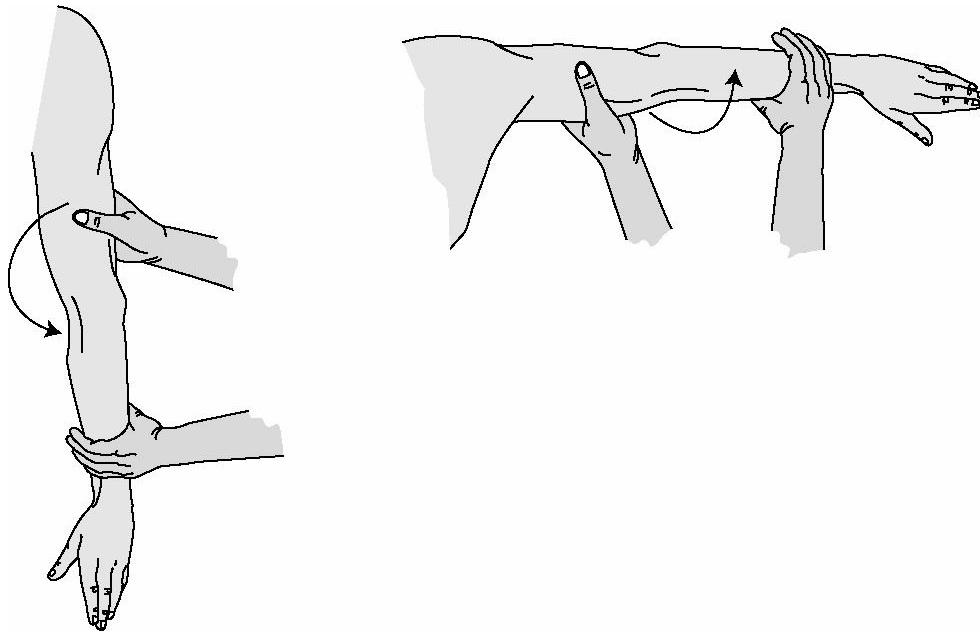


FIGURA 13.5. Abducción y aducción del hombro.

- Movilización activa. Debe utilizarse siempre, salvo contraindicación, que la persona mantenga algo de movilidad en alguna extremidad. Puede combinarse también con la movilización pasiva.

En la movilización activa es el propio individuo el que realiza la movilización, por lo que la función del gerocultor será:

- ✓ Explicar a la persona mayor cómo debe realizar los movimientos (principalmente rotación y/ o flexoextensión de las articulaciones) y estimularla durante la realización del ejercicio para conseguir un mayor rendimiento.
- ✓ Ayudar a la persona a completar algún movimiento cuando ella no pueda. Siempre procurando que realice el máximo posible por sí misma.

Cuando la movilidad de la persona no está muy deteriorada, son muy útiles las movilizaciones activas con resistencias, por ejemplo, levantando algo de peso. También puede ser el propio gerocultor el que realice esa resistencia al movimiento valorando siempre la intensidad adecuada al estado de la persona mayor.

2. Prevención de complicaciones.

Además de unos cuidados generales, el gerocultor debe realizar otros más específicos destinados a prevenir las complicaciones más frecuentes.

- Prevención de problemas cardiocirculatorios. Durante el período de encamamiento se debe favorecer en todo momento un adecuado retorno venoso, y así se conseguirá evitar la aparición de edemas, trombosis, etc. Para ello es conveniente realizar los siguientes cuidados:
 - Elevar los pies de la cama unos 15-20 cm para mantener las piernas ligeramente por encima del nivel del corazón: así se facilita el retorno de la sangre. Esta maniobra está contraindicada en personas con alteraciones cardíacas o respiratorias graves; por lo tanto, antes de realizarla, se debe consultar al médico y/ o enfermera.
 - Medidas de contención elásticas: medias de compresión, vendajes de compresión decreciente hasta la ingle, etc.
 - Movilizaciones activas y pasivas para mantener el tono muscular.

A la hora de incorporar a la persona mayor, deben evitarse los frecuentes episodios de hipotensión ortostática (una incorporación rápida produce una momentánea caída de tensión que provoca mareos e incluso pérdida de conciencia). Para evitarlo, el levantamiento debe realizarse de manera paulatina: primero elevando poco a poco el cabecero de la cama, luego se sienta a la persona unos minutos al borde de la cama y finalmente se pone en pie.

- Prevención de problemas respiratorios. La neumonía es una de las complicaciones más habituales derivadas del encamamiento en las personas mayores, puesto que se va produciendo un progresivo acúmulo de secreciones que la persona no es capaz de expulsar. Para evitarlo el gerocultor puede llevar a cabo los siguientes cuidados:
 - Ventilar diariamente la habitación.
 - Elevar el cabecero de la cama (unos 45°) y evitar el decúbito supino durante más de una hora; así se mejora la capacidad respiratoria de la persona pues los pulmones se expanden mejor.
 - Enseñar a la persona a respirar lenta y profundamente.
 - Realizar fisioterapia respiratoria, según las indicaciones del fisioterapeuta y/ o la enfermer:
 - *Clapping*. Con las palmas de las manos en forma de copa se realiza un palmoteo rítmico desde la base de los pulmones hacia arriba, tanto por la espalda como por el pecho. Con ello se consigue movilizar las secreciones.
 - Estimular la tos. Después de realizar el *clapping* es conveniente que la persona tosa y así consiga expulsar las secreciones. Para estimular la tos se puede realizar el siguiente ejercicio: indicar a la persona que realice

dos inspiraciones y espiraciones profundas, seguidamente una nueva inspiración profunda y luego debe toser contrayendo fuertemente el abdomen.

- Prevención de problemas gastrointestinales. El estreñimiento es un problema serio que afecta frecuentemente a las personas mayores y aún más si padecen algún grado de inmovilidad. Para prevenirlo el profesional de la gerocultura puede llevar a cabo los siguientes cuidados básicos:
 - Dar a la persona mayor algún líquido en ayunas (agua, zumo, infusión, etc.); así se estimula el peristaltismo (movimientos intestinales).
 - Proporcionar una dieta rica en fibra y en líquidos, previamente determinada por el médico.
 - Llevar un control del número de deposiciones y la frecuencia.
 - Respetar los patrones normales de eliminación y, en lo posible, anticiparse.
 - Procurarle la máxima intimidad y comodidad posible a la hora de la eliminación. Si la persona puede, es conveniente que se le levante y, si no, colocar el respaldo de la cama lo más vertical posible durante ese tiempo.
 - Realizar una completa higiene de la zona una vez la persona haya terminado.
- Prevención de problemas urinarios. En las personas mayores es frecuente que se produzca problemas urinarios como la incontinencia y la retención urinaria. La inmovilidad puede provocar o agravar estos cuadros. Algunos cuidados para prevenir estos problemas son:
 - Una ingesta de líquidos como mínimo de dos litros diarios, si no existen contraindicaciones.
 - Colocar a la persona en una postura cómoda para la micción y respetar su intimidad.
 - Que la persona mayor realice los ejercicios de Kegel: son contracciones voluntarias de la musculatura abdominopélvica; por ejemplo, durante la micción interrumpir de manera voluntaria en varias ocasiones la salida de la orina. Así se fortalece esa musculatura y permite a la persona mayor un mejor control de la orina.
 - Si la persona tiende a la retención urinaria, estimular la micción. Para ello hay muchos métodos: echar unas gotitas de agua fría en el pubis, abrir un grifo, presionar ligeramente la vejiga, etc.
- Prevención de problemas cutáneos. La prevención de úlceras por presión

debe ser uno de los objetivos primordiales en el cuidado de la persona mayor inmovilizada. Los cuidados correspondientes se desarrollan en el capítulo de prevención de úlceras por presión.

- Prevención de problemas psicológicos y sociales. El estado psicológico de la persona influye de manera decisiva en su estado de salud. Sentimientos como la soledad, dependencia, indefensión, etc. son desgraciadamente comunes en las personas mayores inmovilizadas. Es una tarea fundamental del gerocultor prevenir este tipo de trastornos. Para ello hay que:
 - Fomentar la independencia de la persona: que realice por sí misma todas las actividades que pueda.
 - Dejar todos los objetos que la persona pueda necesitar a su alcance: así se consigue reducir el sentimiento de indefensión.
 - Dedicar un tiempo para hablar con la persona mayor, para informarle, preguntarle sobre su estado, fomentar que comparta sus sentimientos.
 - Reducir la monotonía, por ejemplo, favoreciendo las visitas de familiares y voluntarios.
 - Proporcionar al individuo medios de distracción: revistas, libros, televisión, colocarle cerca de la ventana, etc.
 - Si es posible, es mejor que la persona utilice su propia ropa y sus propios objetos personales, así como que adapte el entorno a su gusto (fotografías, cuadros, etc.).

Recuerde...

- Es necesario prestar mucha atención al encamamiento puntual de la persona mayor, pues si no se vigila y se aplican las necesarias medidas preventivas, puede convertirse en una situación crónica acompañada de múltiples complicaciones.
- El fomento de la autonomía en la persona con problemas de movilidad es fundamental tanto para la independencia como para la autoestima de la persona mayor.
- El ejercicio físico es fundamental en la prevención de problemas de movilidad en las personas mayores.
- El gerocultor debe hacer hincapié en los cuidados destinados a la prevención de complicaciones derivadas de la inmovilidad, pues muchas de ellas son evitables.

Úlceras por presión

14.1. Introducción

Las úlceras por presión son un grave problema de salud que trae consigo importantes trastornos de ésta. A ello hay que acompañarle el alto costo que supone su tratamiento, tanto en dinero como en tiempo. Pero esto que aquí se está diciendo, en la práctica, no es algo que se tenga muy asimilado, puesto que en la mayoría de los casos estas lesiones suelen aparecer por abandono o dejadez del personal sanitario. La finalidad de este capítulo es dejar bien clara la importancia de las úlceras por presión y aquello que los gerocultores pueden hacer, tanto para prevenirlas como para tratarlas.

Por otro lado, se debe hacer hincapié en la importancia que tiene el gerocultor en todo aquello relacionado con las úlceras, ya que, debido a la estructura y situación de las residencias, va a tener un papel fundamental en el desarrollo de éstas.

14.2. Concepto

Las úlceras por presión son lesiones de los tejidos de la piel cuyo origen es la isquemia que se produce debida a la presión, durante períodos de tiempo prolongados, de los tejidos entre dos planos duros (estos planos van a ser el hueso y un plano externo, que puede ser la cama, silla, etc.).

14.3. Clasificación

Las úlceras por presión se clasifican en grados, según su evolución y, por tanto, nos

vamos a encontrar con:

14.3.1. Úlcera de grado I

La úlcera de grado I aparece como una placa eritematosa (enrojecimiento de la epidermis) que no desaparece al eliminar la presión y que puede estar asociada o no a otros signos de inflamación como pueden ser:

- Dolor local.
- Calor.
- Endurecimiento de la zona.

En el grado I la piel no se ha roto, está íntegra y sólo está afectada la epidermis.

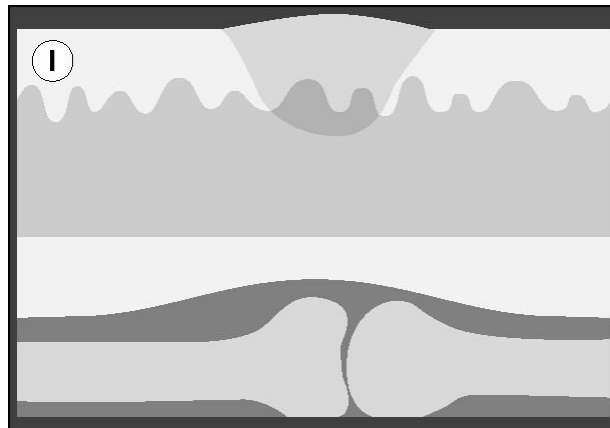


FIGURA 14.1.

14.3.2. Úlcera de grado II

Ésta sólo afecta a la epidermis, dermis o a ambas. Aquí aparecen flictenas (ampollas) y la epidermis se necrosa fácilmente. Ya se ve una lesión en la piel.

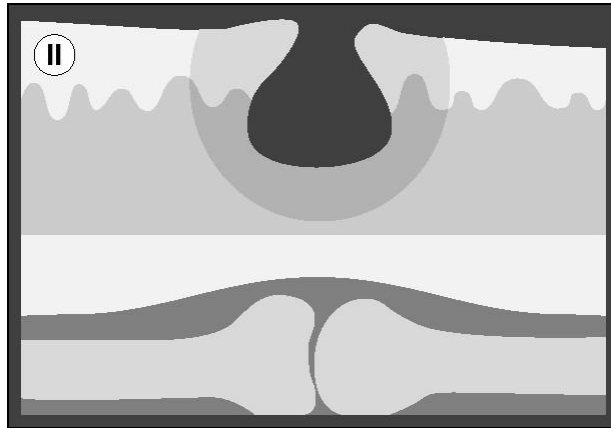


FIGURA 14.2.

14.3.3. Úlcera de grado III

Afecta a dermis, epidermis y tejido subcutáneo. En este grado la piel pierde todo su grosor y aparece la necrosis del tejido subcutáneo; aparece, por tanto, la escara, dura y negruzca.



FIGURA 14.3.

14.3.4. Úlcera de grado IV

Es una úlcera extensa que afecta al músculo y al hueso. El exudado y el tejido necrótico es abundante, las lesiones pueden presentarse con cavernas o tunelizaciones al igual que en el grado III.

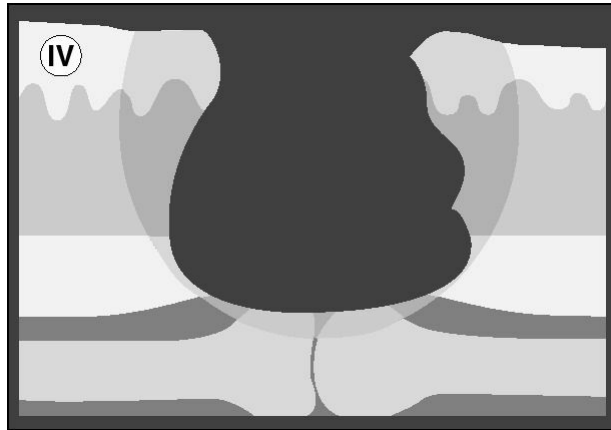


FIGURA 14.4.

14.4. Localización de las úlceras por presión

Se localizan sobre las prominencias óseas donde se va a cargar mucho peso. Dependiendo de la postura que adopte la persona mayor, será más factible que se produzca una úlcera por presión en una zona o en otra.

14.4.1. Posición decúbito supino

- Parte posterior de la cabeza.
- Escápulas.
- Codos.
- Sacro.
- Talones.

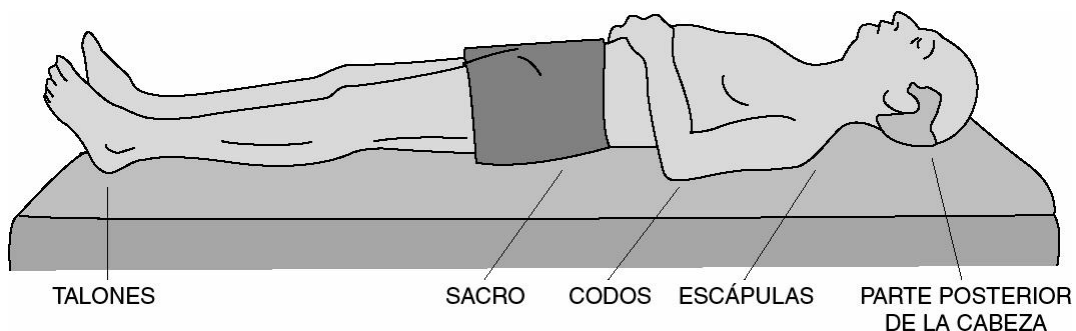


FIGURA 14.5. Principales puntos de presión en decúbito supino.

14.4.2. Posición decúbito prono

- Parte lateral de la cabeza.
- Oído.
- Mamas.
- Rodillas.
- Aparato genital masculino.
- Dedos de los pies.

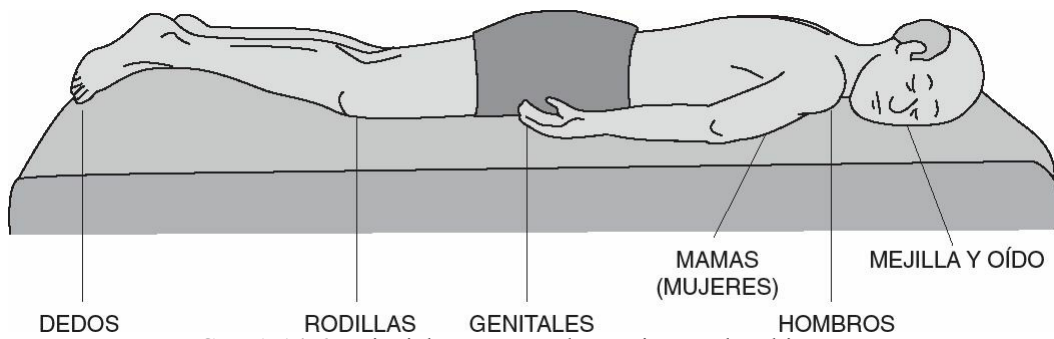


FIGURA 14.6. Principales puntos de presión en decúbito prono.

14.4.3. Posición decúbito lateral

- Zona temporal.
- Hombros.
- Costillas.
- Íleon.
- Trocánter mayor.
- Cóndilos de las piernas.
- Maléolo.

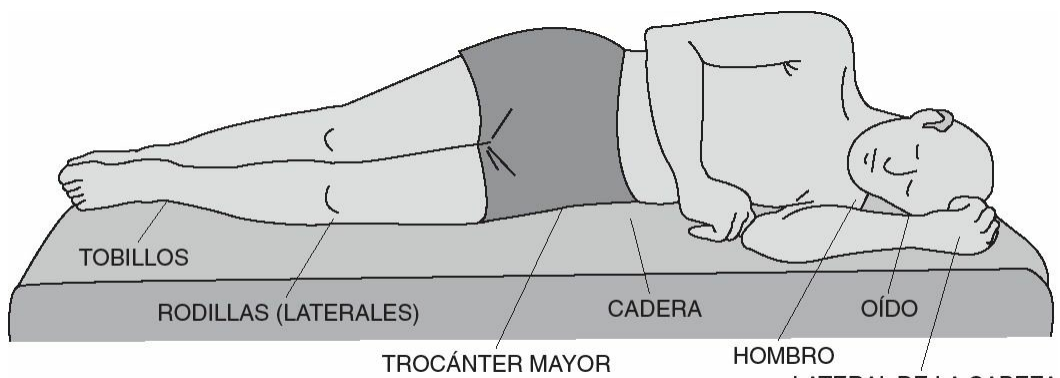


FIGURA 14.7. Principales puntos de presión en decúbito lateral.

14.4.4. Posición de Fowler

- Apófisis espinosas.
- Sacro.
- Espina ciática.
- Talones.

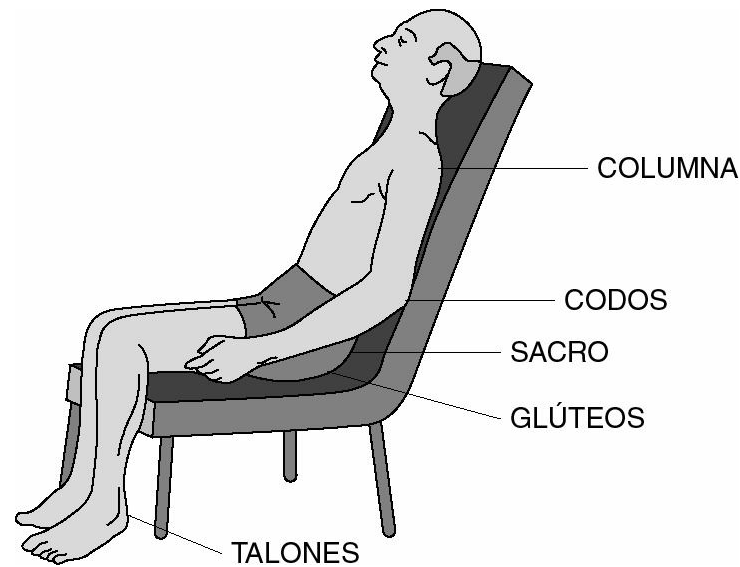


FIGURA 14.8. Principales puntos de presión en posición sentada.

14.5. Etiología

El principal factor que favorece que una persona mayor pueda sufrir una úlcera de este tipo es una presión mantenida y prolongada superior a la presión capilar (16-33 mm de Hg). Esta presión debe darse entre un plano externo y el hueso del paciente y se llama presión directa. Ésta hace que se disminuya el flujo capilar, con lo cual se produce una isquemia local; así se producirá una falta de oxígeno en los tejidos que a su vez causará una necrosis. Como resultado final de ello, se producirá la ulceración.

Además de las fuerzas de presión directa, hay otras que causan úlceras por presión. Éstas son las fuerzas tangenciales o de cizalla, que se producen cuando se desplaza un tejido sobre otro.

Aparte de la presión, existen otros factores que van a contribuir al desarrollo de estas úlceras:

- Pérdida de la sensibilidad: esto hace que la persona mayor no perciba el dolor ni la presión.
- Pérdida de la movilidad: con lo cual el mayor no puede responder a la presión.

- Desnutrición: produce disminución de las defensas y, como consecuencia, habrá peor cicatrización de la piel que, además, se encontrará más vulnerable.
- Mala higiene: ya sea por falta de higiene o por la utilización de productos que irritan la piel.
- Obesidad: afecta a la movilidad, siendo ésta menor en personas obesas.
- Incontinencia fecal y urinaria: la incontinencia produce irritaciones de la piel.
- Edad: a mayor edad, aumentan las posibilidades de tener una úlcera por presión.
- Contracturas articulares: dificultan que el mayor adopte determinadas posturas.
- Enfermedades neurológicas: llevan a situaciones de pérdida de movilidad y sensibilidad.
- Alteraciones circulatorias: tienen como consecuencia la escasez de nutrientes que llegan a la piel.

Otras causas son:

- Mala hidratación de la piel.
- Fiebre o temperatura alta mantenida.
- Anemia.
- Deshidratación.
- Alteraciones de la piel.
- Enfermedades pulmonares.
- Edema.
- Enfermedades metabólicas, como la diabetes.
- Infección de las úlceras.
- Déficit sensoriales.
- Trastornos sistémicos.
- Septicemia.
- Fármacos que puedan afectar a la movilidad y a la sensibilidad.

14.6. Clínica

Estas manifestaciones clínicas se diferencian según los distintos grados de evolución, como ya se ha indicado en el apartado de clasificación de úlceras por presión de este mismo capítulo.

Además de estas manifestaciones, nos podemos encontrar con una serie de complicaciones como:

- Abscesos: son acumulaciones de pus en una cavidad anormalmente formada.
- Osteomielitis: inflamación de la porción interna o médula de un hueso.
- Bacteriemia/ septicemia: es la presencia de bacterias en el torrente sanguíneo.

- Malignificación: conversión en un tumor.
- Infección: los signos de infección local de la úlcera por presión son:
 - Pus.
 - Mal olor.
 - Bordes inflamados.
 - Necrosis de los tejidos.
- Celulitis: es la inflamación del tejido celular subcutáneo.

Una de las características de las úlceras por presión es el dolor y, aunque en el caso de las personas mayores puede estar disminuida esta sensación dolorosa, no por ello hay que presuponer que no exista.

14.7. Objetivos

1. Estimular la circulación sanguínea en la piel.
2. Mantener en buen estado la piel de la persona mayor.
3. Saber reconocer y prevenir los factores de riesgo que pueden provocar las úlceras por presión.
4. Disminuir o eliminar los factores de riesgo de las úlceras.
5. Mantener al mayor en buenas condiciones de salud física.

14.8. Cuidados

Las actuaciones del gerocultor/ a van a ir encaminadas en dos direcciones: una será la de la prevención y otra la de los cuidados una vez aparecida la úlcera por presión. Las dos direcciones aquí expuestas son igual de importantes, pero se hará especial hincapié en la prevención; esto es debido a que las úlceras básicamente aparecen por falta de asistencia de los cuidadores; por tanto, son un “accidente asistencial” que hay que evitar por todos los medios.

14.8.1. Prevención

La prevención irá encaminada a reducir o eliminar los factores de riesgo y, por tanto, lo primero que se deberá hacer, será valorar ese riesgo que el mayor tiene de

contraer úlceras por presión. Se tendrá, por tanto, que valorar el estado de salud y la situación física de la persona mayor, así como vigilar los posibles factores de riesgo que puedan hacer mella en él.

A continuación se indican una serie de puntos para prevenir las úlceras por presión:

1. Evitar la presión. Lo primordial en la prevención de las úlceras es evitar que el principal factor o causa favorecedora de éstas actúe. Así se realizarán:
 - Cambios posturales: deben realizarse cada 2-3 horas en encamados. Estos cambios debemos aprovecharlos para revisar la piel, la cama, etc.
 - Evitar el contacto de las prominencias óseas entre sí.
 - En decúbito supino, para evitar la presión, se colocarán almohadas en cabeza, pies, sacro, curvatura lumbar y bajo los muslos.
 - En decúbito lateral las almohadas se colocarán en cabeza, entre las piernas, en los pies, en las caderas, en el brazo y una apoyando la espalda.
 - En decúbito prono, se colocarán en pies, cabeza, abdomen, muslos y en rodillas.
 - Sentado se pondrán en región cervical, zona lumbar, en los pies y bajo las piernas.

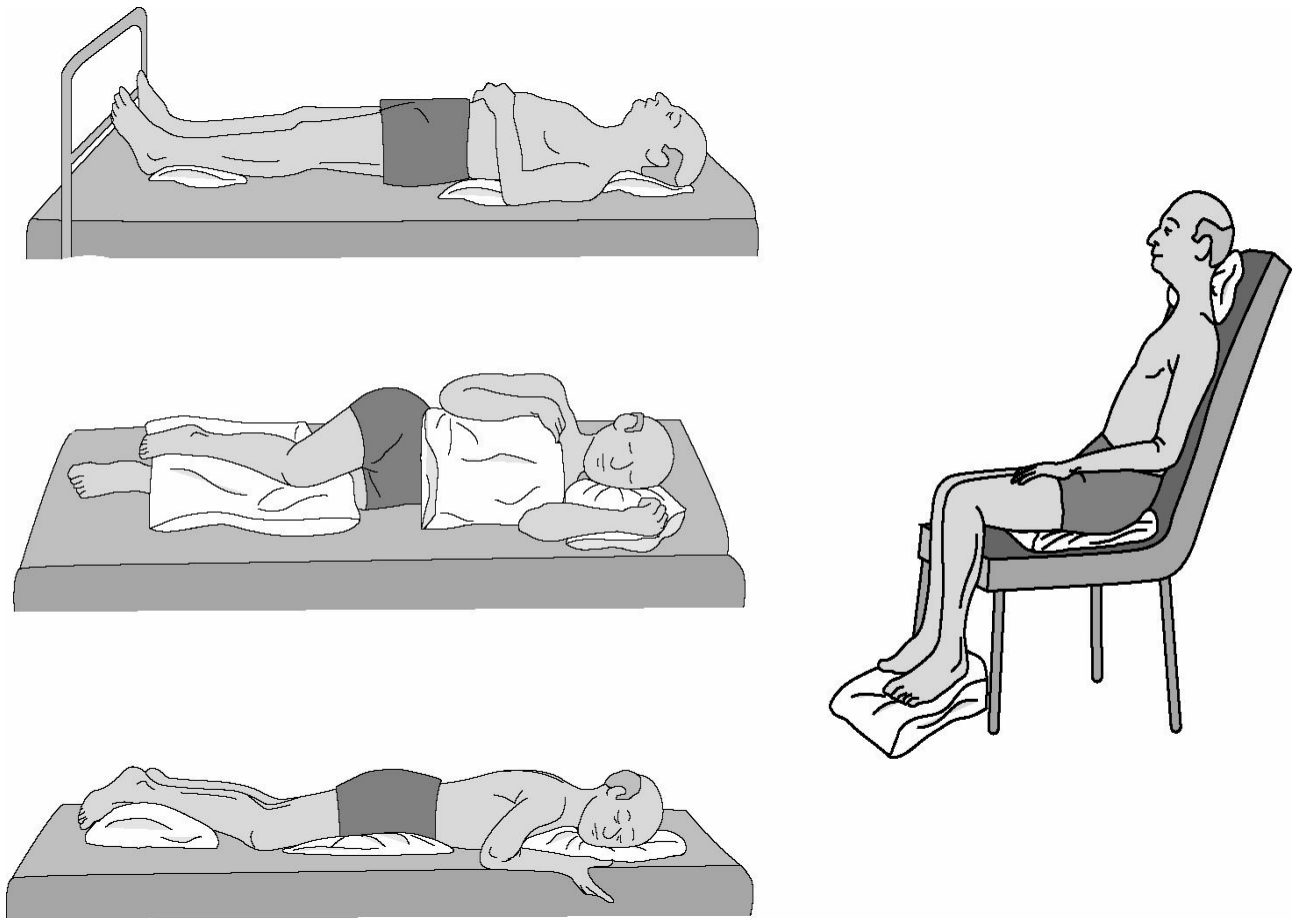


FIGURA 14.9. Colocación de almohadas para la prevención de úlceras.

- Existen medios complementarios que ayudarán a reducir la presión tales como:
 - Colchones antiescaras.
 - Colchones de agua.
 - Colchones de gomaespuma.
 - Cojines o soportes textiles.
 - Sábanas de piel de borrego.
 - Colchones electrónicos que gradúan de presión.
- Apósitos protectores de la piel para ponerlos en zonas de riesgo.
- Protecciones locales: vendajes, taloneras, etc.
- Eliminar la fricción y las fuerzas de deslizamiento: esto se realiza mediante cambios posturales sin arrastrar, poniendo protectores en los pies, no elevando en exceso la cama, eliminando los pliegues de la ropa de cama, etc.
- Mejorar la movilidad del mayor.

2. Higiene adecuada de la piel.

- Examinar la piel a diario aprovechando los cambios posturales.
- Lavar la piel a diario e hidratarla.
- Mantener la piel limpia y seca.
- Utilizar jabón de pH neutro.
- No dar colonias o alcoholes que resequen la piel.
- Administrar cremas hidratantes.
- No dar masajes sobre las prominencias óseas.

3. Estado nutricional. Mejorar el estado nutricional es un objetivo prioritario ya que las úlceras por presión se desarrollan con mayor rapidez y se vuelven más difíciles de tratar en enfermos con trastornos nutricionales.

- Ofrecer una dieta rica en proteínas y con alto contenido calórico.
- Administrar complementos vitamínicos.

4. En caso de incontinencia.

- Reeducación de esfínteres (véase el capítulo sobre incontinencia).
- Reducir o eliminar la humedad (producida por heces, orina, etc.). Para ello se lavará con agua y jabón, se secará muy bien y se prestará atención a los pliegues del cuerpo.
- Utilizar absorbentes, colectores, etc.

5. Hidratación adecuada.

- Hay que estimular la hidratación del mayor, dándole agua de manera continua: debe beber al menos dos litros de agua por día (si no existen contraindicaciones).
- La piel también debe estar hidratada de manera correcta; para ello se utilizarán cremas hidratantes.

6. Atender al mayor en su enfermedad de base. Hay que tener en cuenta aquellas enfermedades que puedan favorecer el desarrollo de las úlceras por presión:

- Enfermedades metabólicas (diabetes).
- Enfermedades respiratorias.
- Enfermedades circulatorias, etc.

7. Educación. Explicar a la persona mayor y a los familiares por qué se originan esas lesiones. Hacer hincapié en la necesidad de movilidad –en la medida de sus posibilidades–, señalar la importancia de una correcta higiene y administrar una adecuada nutrición.

14.8.2. Cuidados de las úlceras por presión (si están establecidas)

1. Valoración. Lo primero y más importante en las úlceras es valorar el estado general del mayor. Para ello se realizará:
 - Examen físico: observar si presenta extrema delgadez, obesidad, etc.
 - Identificar las posibles complicaciones.
 - Hacer una valoración del estado nutricional.
 - Valorar el estado de la propia úlcera.
 - Vigilar la situación mental, ya que podría afectar a la movilidad y a la sensibilidad.
2. Cuidados diarios de la úlcera por presión.
3. Cambios posturales cada 2 horas para así disminuir la presión sobre la úlcera.
4. Se colocarán medidas de protección complementarias tales como colchones de espuma, cojines, taloneras, colchones antiescaras, etc.
5. La cama deberá hacerse estirando bien las sábanas, que deberán estar secas y sin arrugas.
6. Habrá que estar atento al estado nutricional y vigilar la buena alimentación del mayor.
7. Mantener una higiene adecuada, en especial si la persona presenta incontinencia.
8. Si está lúcido y consciente, se realizará apoyo psicológico. Se hablará con él, se intentará crear un clima de confianza, se fomentará el autocuidado (que él mismo intente evitar la presión, etc.).
9. Estimular el consumo de agua.

14.8.3. Cuidados locales de la úlcera por presión

1. *Úlcera de grado I.* Es la primera señal de alarma. Este tipo de úlcera se deberá lavar bien con agua y jabón antiséptico o también con suero fisiológico. El alcohol y la colonia no deben utilizarse porque resecan la piel.
2. *Úlcera de grado II.* A partir de esta etapa, el cuidado de la úlcera recaerá en el

profesional de enfermería.

Si existe tejido necrosado, hay que desbridar (recortar, eliminar) el tejido necrosado, bien con desbridamiento quirúrgico o químico.

En las curas hay que limpiar la herida con suero salino si no está infectada. Si lo estuviera, se hace con antiséptico.

3. *Úlceras de grado III y IV.* Es necesario vigilar los signos de infección. Hay que desbridar, limpiar la herida, realizar un cultivo de la zona profunda y también son antibiograma. Además habrá que favorecer la cicatrización con curas cada 24 horas.

14.8.4. Procedimiento de actuación en caso de desprendimiento de apósito

La cura de la úlcera por presión es función del profesional de enfermería y sólo cuando éste no se encuentre presente el gerocultor podrá realizar los siguientes pasos en espera de la valoración de enfermería.

1. Concepto.

- ¿Qué es? Un apósito es un material terapéutico que se aplica sobre una lesión formada por la presión.
- Indicaciones. A la espera de la llegada del profesional de enfermería para realizar una nueva cura el gerocultor colocará el apósito cuando éste se haya desprendido.
- Cotraindicaciones. Salvo que existiera la situación anteriormente expuesta, no se debe cambiar el apósito como mínimo en 24 horas (el tiempo dependerá del tipo de apósito).

2. Recursos.

- Materiales. Suero fisiológico, gasas estériles, compresas estériles, pinzas, tijeras.
- Lugar de realización. En la propia cama de la habitación del mayor.
- Medidas de protección. Guantes.

3. Procedimiento.

- Información previa. Avisar al mayor de que se le va a cambiar el apósito y de que quizás, al quitarlo, pueda dolerle.
- Protocolo de actuación.

- Al retirar el apósito, hay que tener cuidado de no destruir nuevas formaciones de tejido. Se retirará suavemente observando la situación de la herida; en caso de que el apósito esté adherido a la úlcera, se deberá verter suero fisiológico para despegarlo adecuadamente.
 - Una vez retirado el apósito, se colocará otro de gasa estéril a la espera de la llegada del profesional de enfermería para su valoración.
- Riesgos.
 - a) Derivados del procedimiento.
 - Se pueden destruir nuevas formaciones de tejido y se puede producir intenso dolor al mayor.
 - b) Derivados del propio paciente.
 - Contagios al personal sanitario.

4. Complicaciones.

- Retraso de la cicatrización de la úlcera.
 - Infecciones tanto al personal sanitario como al mayor.
5. Evaluación. Una vez cambiado el apósito, habrá que comprobar si está colocado adecuadamente y si no le molesta o duele al mayor.

14.9. Anexo

Para determinar el riesgo de aparición de úlceras por presión existen unas escalas, con las cuales se analizará dicho riesgo. Existen multitud de escalas de valoración, pero una de las más sencillas y utilizadas es la escala de Norton. Con ella podremos detectar el citado riesgo. En la escala de Norton se valoran 5 aspectos: estado general, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia.

ÍNDICE DE NORTON DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

<i>Estado general</i>	<i>Estado mental</i>	<i>Actividad</i>	<i>Movilidad</i>	<i>Incontinencia</i>
4. Bueno	4. Alerta	4. Caminando	4. Total, bien	4. No incontinente
3. Débil	3. Apático	3. Camina con ayudas	3. Ligeramente limitada	3. Ocasionalmente
2. Malo	2. Confuso	2. En silla de ruedas	2. Muy limitada	2. Sólo de orina
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1. Doble incontinencia

Índice de 12 o menos: riesgo muy alto de úlceras en formación.

Índice de 14 o menos: riesgo evidente de formación de úlceras.

Fuente: Soldevilla, 1998.

Recuerde...

- La principal causa de aparición de úlceras por presión es la propia presión. Por lo tanto, hay que eliminarla o reducirla
- Existen multitud de factores añadidos que favorecen el desarrollo de las úlceras por presión y que hay que tenerlos en cuenta.
- La existencia de úlceras es, en gran medida, un fallo asistencial.
- Lo más importante, en lo que a cuidados de úlceras se refiere, es la prevención.
- En el caso de úlceras por presión establecidas hay que detectarlas lo antes posible.

Deterioro de la deglución y problemas de la boca

15.1. Introducción

A medida que se envejece, se van produciendo en la boca una serie de transformaciones de carácter fisiológico: se da una atrofia del tejido conectivo de la mucosa oral y una reducción de la eficacia de la masticación. En algunos individuos los dientes se hacen más frágiles y existe una degradación ósea de la mandíbula. Si a esto se suma un aumento de las infecciones en dientes y encías, se termina con el aflojamiento y la pérdida final de las piezas dentarias. Todos estos factores pueden originar un déficit alimenticio y de hidratación, problemas estos que se abordarán en el capítulo siguiente.

De cuáles son los problemas en la capacidad de masticar y digerir y cuáles los cuidados que el gerocultor tiene en su mano para solucionarlos, son cuestiones a las que se intentará dar respuesta en el presente capítulo.

15.2. Deterioro de la deglución

Por deterioro de la deglución se entiende la disminución en la persona mayor de la capacidad para pasar voluntariamente líquidos y/ o sólidos desde la boca al esófago.

Este deterioro puede clasificarse, según su causa, en:

- Funcional: el mayor sufre una reducción de la capacidad de tragar voluntariamente por deterioro neurológico o muscular.
- Mecánica: un obstáculo físico influye en la progresión del bolo alimenticio a través de la faringe.

15.2.1. Etiología

Ya se ha observado al comienzo del presente capítulo que el proceso de envejecimiento trae consigo una serie de cambios comunes a todas las personas mayores: la desecación de los tejidos y la pérdida de su elasticidad, así como la pérdida de la capacidad reparadora celular producen alteraciones en el tejido oral. Además, en el nivel funcional se reduce la fuerza de los músculos de la masticación y de la deglución. Las causas más importantes que generan el deterioro vienen enumeradas en el [cuadro 15.1](#).

CUADRO 15.1
Causas del deterioro de la deglución

Funcionales

- Trastornos neuromusculares (enfermedad de Parkinson, parálisis neuromuscular del nervio facial).
- Lesión cerebral del hemisferio derecho o izquierdo.
- ACV (accidente cerebrovascular).
- Neoplasia que afecta al cerebro y/o tronco cerebral.
- Alteración de la conciencia.
- Fatiga o reducción de la fuerza de los músculos masticatorios.
- Limitación de la atención.

Mecánicas

- Tumoración o edema en el nivel faríngeo que produce una obstrucción mecánica.

Otras

- Sentido del gusto alterado.
- Xerostomía.
- Irritación de la cavidad orofaríngea.
- Dolor.

15.2.2. Clínica

Los signos y síntomas que nos permiten detectar alteraciones en la capacidad de deglución son:

- Evidencia de la dificultad para tragar.
- Tos.
- Aspiración y atragantamientos.
- Retención de comida en la cavidad bucal.

15.2.3. Objetivos

1. Reducir los efectos de los factores causales (afectación mecánica de la boca, parálisis, alteración del estado cognoscitivo o de la atención).
2. Mejora de la capacidad para tragar.
3. Aumento de la ingesta de sólidos y líquidos.
4. Reducción de las situaciones de atragantamiento y las aspiraciones.

15.2.4. Cuidados

1. Si se da una afectación mecánica de la boca:
 - Ayudar a la persona mayor a mover el bolo alimenticio de la parte anterior a la posterior de la boca.
 - Colocar la comida en la parte posterior de la boca. Dicha acción estimula el reflejo de la deglución.
 - Utilizar comidas blandas. Usar jeringas de 60 cc de cono ancho para dar líquidos y purés (permiten dar la comida suficientemente despacio y en cantidades reducidas además de colocarla en la parte posterior de la boca).
 - Reducir las secreciones espesas en la boca:
 - Realizar cuidados de la boca de forma adecuada y frecuente.
 - Procurar una ingesta líquida adecuada.
 - Estimular la secreción salivar utilizando caramelos ácidos (de limón) sin azúcar.
2. En la alteración del estado cognitivo o de la atención:
 - Emplear sólidos mejor que líquidos (estos últimos son peor tolerados).
 - Reducir al mínimo los estímulos externos durante la hora de la comida para evitar distracciones.
 - Que el mayor se concentre en la acción de tragar.
 - Sentar al mayor en una silla con el cuello ligeramente flexionado (de esta manera se mantiene abierto el esófago y se reduce el riesgo de aspirar el alimento).
 - Observar cómo traga y si está vacía la boca antes de continuar dándole la comida.
 - Evitar llenar excesivamente la boca, ya que esto reduce la eficacia de la deglución.

- Dar separadamente sólidos y líquidos.

3. Reducir la posibilidad de aspiración:

- Antes de empezar a comer, el gerocultor debe valorar que la persona mayor está suficientemente despierta y es capaz de controlar la boca o si existen reflejos de tos y de náusea (únicos capaces de hacer que la persona mayor expulse por sí misma cualquier fragmento de comida que se desvíe a las vías respiratorias).
- Colocar a la persona de manera adecuada:
 - Que esté sentada en una silla, derecha.
 - Debe mantener esta posición 10-15 minutos antes y después de comer.
 - El mayor debe mantener la cabeza inclinada hacia delante unos 45°.
- Que la persona mayor permanezca centrada en la tarea de comer.
- Se debe comenzar lentamente, con pequeñas cantidades, y se progresará dependiendo de la capacidad de control de la propia persona. Comenzar con líquidos y continuar con semisólidos, blandos y consistencia normal. Vigilar la tolerancia a las diferentes texturas.
- Si el mayor ha sufrido un ACV (deja como secuela la hemiplejía o pérdida de sensibilidad y funcionalidad de una mitad del cuerpo), la comida se le debe situar en la parte posterior de la lengua y en el lado que puede controlar.
- Dar la comida lentamente, asegurándose de que ha tragado totalmente el anterior bocado.
- Mantener a la persona centrada en la tarea, dándole siempre que sea necesario directrices del tipo: “mueva la comida en centro de la lengua”, “trague”, etc.
- Evitar los alimentos ásperos (verduras crudas, etc.).
- Mojar las comias secas (tostadas, etc.) hasta que se ablanden.
- Si no se consigue que mejore la ingestión de alimentos y líquidos, el médico podrá indicar la colocación de una sonda nasogástrica.

15.3. Problemas de la boca: su cuidado

La higiene y el estado de la boca influye en las AVD (capacidad de comer o beber) y las relaciones interpersonales (autocuidado, atención de la propia imagen y concepción de sí mismo).

Los cambios fisiológicos en la cavidad oral debidos a la edad, la xerostomía, así

como la disminución de la capacidad de autocuidado, son los más importantes factores que influyen en los problemas bucales en el mayor.

15.3.1. Cambios fisiológicos

Los cambios fisiológicos y la reducción de la vascularización de los tejidos orales generan una serie de manifestaciones en la persona mayor.

Los cambios en la boca tienen manifestaciones en tres niveles que se describen brevemente en el [cuadro 15.2](#).

La reducción de la eficacia masticatoria puede ser ocasionada por la atrofia de la musculatura bucal, pero la causa más probable es la pérdida de piezas dentarias o el empleo de dentaduras postizas mal ajustadas.

Dicha ineficacia en la masticación puede ser el origen de muchos problemas digestivos asociados.

CUADRO 15.2
Cambios en la boca de la persona mayor

<i>Nivel dentario</i> • Atrición (desgaste de los dientes causado por el contacto con la dentición antagonista): produce pérdida en la altura e inclinación de las cúspides dentarias. • Caries: – Es más frecuente la caries radicular (situada en la raíz). – Progresión lenta. – No suele afectar a la pulpa dentaria. – Generalmente indolora. – Frecuente en mayores con enfermedades crónicas (por déficit de la higiene oral). – La reducción de la secreción salivar (mecanismo natural de defensa frente a la caries) es producto del excesivo consumo de fármacos. <i>Nivel periodontal</i> • El tejido periodontal se encuentra desprotegido a la acción de las bacterias: aumenta la exposición a las bacterias y se reduce la capacidad reparadora de los tejidos frente a su agresión. <i>Mucosa oral y lengua</i> • Reducción de la capacidad regenerativa. • Aumento de las lesiones (por uso de prótesis que dañan los tejidos blandos). • Aparición de candidiasis oral.

CUADRO 15.3
Propiedades de la saliva

• Actividad antibacteriana.

- Evita la desmineralización del esmalte.
- Lubricante.
- Función digestiva (posee enzimas que inician el proceso digestivo de los alimentos).
- Medio de transporte para los sensores gustativos.

15.3.2. Etiología

- Dentaduras postizas mal ajustadas.
- Higiene bucal inadecuada por falta de conocimientos o incapacidad para su realización por limitación de los movimientos, reducción del nivel de conciencia o alteración del nivel cognitivo.
- Consumo excesivo de alcohol y/o tabaco.
- Cáncer oral.
- Xerostomía. La saliva es esencial para una adecuada salud bucal (véase [cuadro 15.3](#)). La xerostomía es una reducción del flujo salivar y un aumento de la viscosidad de la saliva. Las principales causas son:
 - Deshidratación.
 - Anemia.
 - Déficit de vitaminas.
 - Consumo de fármacos (es un efecto secundario).
- Respiración continuada a través de la boca.

15.3.3. Clínica

- Dolor o irritación de la boca.
- Xerostomía, que se manifiesta por:
 - Sequedad oral.
 - Dificultad para hablar o tragar.
- Dificultad para masticar.
- Intolerancia al frío o calor.
- Alteración del gusto.
- Lesiones en los labios: presencia de grietas, fisuras u otras lesiones.
- Presencia de sequedad o grietas en la lengua.
- Aflojamiento de las piezas dentarias.

- Escasa fijación, partes flojas o grietas en la dentadura postiza.
- Lesiones en la mucosa por causa de una dentadura mal ajustada o demasiado pequeña.

15.3.4. Objetivos

1. Favorecer una adecuada secreción salivar.
2. Vigilar las alteraciones en la cavidad oral o la presencia de molestias bucales a la hora de comer.
3. Procurar que la persona mayor mantenga una adecuada higiene oral, bien por sí misma o bien con ayuda del gerocultor.
4. Ingesta de sólidos y líquidos en cantidades adecuadas para las necesidades del mayor.

15.3.5. Cuidados

- Procurar una adecuada hidratación del mayor (es la mejor manera de mantener fluida la secreción salivar).
- Limpieza diaria de dientes para evitar la formación de la placa dentaria. Usar cepillo blando.
- Si existe deterioro mental o físico que limitan la autonomía en la higiene:
 - Se puede utilizar cepillos automáticos (en caso de artritis o dificultad para los movimientos) si la persona mayor puede permitírselo económicamente.
 - Usar gasa enrollada en el dedo índice o hacer torundas con un depresor lingual cubierto con una gasa.
 - Utilizar un depresor lingual para acceder a zonas profundas de la boca.
 - Uso de dentríficos no espumosos o ingeribles (si no tienen la capacidad de aclararse la boca).
 - Uso de soluciones o agua oxigenada mezclados con agua (cuidado: el uso de esta sustancia puede traer como efecto secundario la aparición de candidiasis orales).
 - Uso de soluciones de clorhexidina en forma de aerosol.
- El agua oxigenada rebajada con agua (una parte de agua oxigenada en cuatro de agua) suele ser eficaz para eliminar costras de la lengua.
- Tras la limpieza oral, secar bien y poner algún lubricante labial.
- Inspeccionar la boca a diario en busca de inflamaciones, lesiones, úlceras o

- hemorragias.
- Buscar en la dentadura postiza la presencia de aristas y de áreas rasposas o afiladas que puedan irritar la lengua o la mucosa oral.
- Elegir alimentos suaves y de fácil digestión. No abusar de alimentos con alto contenido en hidratos de carbono. Los mayores con dificultad en la masticación suelen tener esta costumbre.
- En caso de dolor:
 - Aplicar la analgesia prescrita por el médico.
 - Evitar colutorios, zumos de fruta ácida, alimentos con temperaturas extremas (frío o calor excesivo) y alimentos con corteza.
 - Tomar alimentos frescos o suaves y líquidos.
 - No poner la dentadura postiza, si ésta molesta.
- Para la xerostomía:
 - Dar abundantes líquidos en las comidas.
 - Humedecer los alimentos.
 - Chupar un caramelo ácido sin azúcar.
 - Chupar un limón (cuidado: su exceso puede dañar el esmalte de los dientes).
 - Mantener una correcta higiene oral, ya que lubrica y refresca la boca.
 - Fumar aumenta la sequedad de boca.

15.4. Procedimiento: limpieza de la prótesis dental

1. Concepto.

- ¿Qué es? Es el procedimiento por el cual se eliminarán los restos de alimento de la dentadura del mayor.
- Indicaciones. Mayores con dentadura postiza.
- Contraindicaciones. Dentaduras en mal estado o rotas.

2. Recursos.

- Materiales.
 - Cepillo de dientes.
 - Productos antibacterias de venta en farmacias.
 - Vaso de agua.

- Fijadores de prótesis (mejoran la retención en la boca y el funcionamiento de la dentadura).
- Palangana y toalla.
- Lugar. En el baño o en la habitación.
- Medidas de protección. Empleo de guantes.

3. Procedimiento.

- Información previa.
 - Informarle de que la dentadura tiene que ser limpiada después de cada comida.
 - Ponerle delante de un espejo y un lavabo.
- Actuación.
 - Quitar la dentadura superior sujetando la parte delantera con el índice y el pulgar. Se puede ayudar con una gasa si la dentadura se resbala entre los dedos. Con un movimiento arriba-abajo se vence la succión ejercida por el cielo de la boca sobre la parte superior de la dentadura.
 - Quitar la dentadura inferior girándola ligeramente y tirando primero de un lado y luego del otro.
 - Cepillarla bien y enjuagarla antes de volver a colocarla.
 - Si existen depósitos duros, sumergirla durante la noche en agua con un producto de limpieza para dentaduras o en una mezcla de vinagre blanco con agua.
- Riesgos.
 - Derivados del proceso.
 - a) Los fijadores de prótesis pueden dañar la mucosa oral.
 - b) Se debe limpiar bien la prótesis dental de restos de fijador, ya que al secarse pueden volverse ásperos y dañar la mucosa.
 - c) Para la limpieza se debe usar agua templada, ya que la caliente puede hacer cambiar la forma de la prótesis ocasionando que no se ajuste correctamente y dañe la mucosa oral.
 - d) La dentadura debe manejarse con cuidado, ya que puede caer al suelo y romperse.

- Del propio paciente. Riesgo de contagio al personal sanitario.

4. Complicaciones.

- Lesiones en mucosa, encías y lengua por aristas o áreas rasposas o afiladas.

5. Evaluación.

- Inspeccionar lesiones en la lengua, encías y mucosas.
- Inspeccionar la limpieza de las prótesis: que no queden restos de comida o fijador de prótesis.

Recuerde...

- Las alteraciones en la deglución y en la boca que podemos encontrarnos en muchas personas mayores pueden dificultar una correcta alimentación e hidratación.
 - El deterioro de la deglución es la disminución por parte de la persona mayor de la capacidad para pasar voluntariamente líquidos y/ o sólidos desde la boca al esófago.
 - La higiene y el estado de la boca influye en las AVD (capacidad de comer o beber) y sobre la propia imagen y las relaciones interpersonales.
 - El principal objetivo dentro de los cuidados de la persona mayor con alteraciones en la deglución o en el estado de la boca se orienta a que el individuo no reduzca la ingesta oral de alimentos sólidos o líquidos.
-

Desnutrición y deshidratación

16.1. Introducción

Una ingesta adecuada de alimentos es aquella en la que se da un equilibrio entre los nutrientes esenciales (hidratos de carbono, proteínas, grasas y vitaminas, minerales y agua). Una de sus funciones es la de constituirse en fuente esencial de energía y de elementos para el mantenimiento de las estructuras corporales.

Existen una serie de factores que alteran los requerimientos energéticos. Uno de ellos es la edad. La persona mayor tiene unos requerimientos energéticos y de nutrientes esenciales diferentes a los del adulto joven. En el mayor es característica la reducción del metabolismo basal (ritmo con el que el cuerpo metaboliza los alimentos para mantener las necesidades energéticas de la persona estando en reposo o activa) y ésta produce una reducción de las necesidades energéticas.

Si se da una descompensación entre la ingesta y las necesidades energéticas, hídricas y de nutrientes esenciales que se traducirá en el mayor en los problemas que articulan el presente capítulo: la desnutrición y la deshidratación.

El gerocultor es, más que ningún otro miembro del equipo que se encarga de los cuidados del mayor, quien más al tanto está de la correcta alimentación e hidratación del mayor así como de las alteraciones de las mismas.

16.2. Desnutrición

Es el desequilibrio existente entre el aporte y la demanda de nutrientes. Puede ser debida a una ingesta o absorción inapropiada o la utilización inadecuada de nutrientes por el organismo. Muchos mayores pueden estar realizando una ingesta adecuadao incluso

excesiva en el número de calorías, pero dicha dieta puede tener un desequilibrio en la combinación de los nutrientes esenciales.

Una manera de clasificar la desnutrición es aquella que la agrupa según las causas que pueden desencadenarla.

16.2.1. Etiología

Los mayores sufren una serie de condicionantes que influyen en el aporte de nutrientes: la presencia de enfermedades crónicas, la depresión por declive físico o social, o el abandono del mayor que tiene una expresión directa en el incumplimiento de una dieta correcta.

1. Factores fisiológicos debidos al envejecimiento.

- Dificultad en la masticación por:
 - Reducción del número y piezas dentarias.
 - Desajustes de la dentadura, lesiones en la mucosa.
 - Disminución de la salivación y aumento de su viscosidad.
- Reducción de las vellosidades intestinales y del flujo sanguíneo intestinal: reducción de la absorción de nutrientes.
- Reducción de motilidad intestinal. Progresión más lenta de los alimentos por el intestino.
- Alteraciones senso-perceptivas:
 - Alteración de la capacidad gustativa (afecta a la cantidad y calidad de la ingesta).
 - Reducción de la visión (influye en la adquisición y preparación de los alimentos).
 - Alteración del olfato (imposibilita la detección de alimentos en mal estado).
- La disminución del *factor intrínseco*: influye en la absorción de vitamina B₁₂ y de ácido fólico.
- Cambios en el músculo liso esofágico que reducen la motilidad y la progresión del bolo alimenticio desde la boca al esófago: dificultad para tragar alimentos voluminosos; retraso del vaciamiento y la dilatación del esófago, que crea una sensación de desagradable plenitud en el tórax, detrás del esternón, que se traduce en una disminución del placer al comer.

- Reducción de la secreción de ácido clorhídrico: altera la absorción de calcio (osteoporosis) y hierro (anemia ferropénica).

2. Factores patológicos: enfermedades crónicas del mayor.

- Enfermedades que pueden influir sobre la nutrición:
 - Enfermedades cardíacas (producen una reducción del flujo sanguíneo intestinal y, consecuentemente, de la absorción de nutrientes).
 - Cáncer: puede producir anorexia, delgadez extrema (caquexia), pero también determinados tumores producen obstrucción en algún punto del tubo digestivo.
 - Diverticulitis (ensanchamiento de un punto del tubo digestivo): provoca hiperproliferación de bacterias en esa zona, lo que puede alterar la absorción de alimentos.
 - Cálculos biliares: producen un bloqueo del flujo de bilis, que genera un trastorno en la digestión de las grasas.
 - Artritis: produce limitación de movimientos que dificultan la adquisición y preparación de alimentos.
 - Cataratas y otras alteraciones visuales: influyen en la preparación de los alimentos.
 - Alteraciones neurológicas (parálisis, enfermedad de Parkinson): dificultan la adquisición, preparación y consumo de los alimentos.
 - Demencias: pueden hacer perder la conciencia de hambre.
- De igual manera, la dieta del mayor también influye sobre las enfermedades que éste puede padecer:
 - Diabetes mellitus.
 - Hipertensión arterial: obesidad y consumo de sodio.
 - Arteriosclerosis: por consumo de colesterol y grasas saturadas.
 - Osteoporosis: puede prevenirse desde la juventud con un adecuado aporte de calcio. En los mayores el consumo de calcio no detiene ni invierte el proceso de desgaste óseo. Esto es debido a la escasa absorción de calcio en el mayor.
 - Enfermedad periodontal: forma inicial de osteoporosis. Puede ser debida también a avitaminosis.
 - Cataratas por déficit de vitamina E, ya que esta vitamina permite la elasticidad del cristalino.

3. Factores sociológicos y psicológicos.

La reducción de los ingresos económicos repercute en recortes en el presupuesto dedicado a la compra, lo que propicia un descenso en la calidad de los alimentos y la preferencia por productos baratos.

La cultura, el ambiente, la educación y la salud del mayor a lo largo de su existencia han ido configurando un estilo de vida que influye poderosamente sobre los hábitos alimenticios. La enfermedad, la invalidez o la muerte del cónyuge se traducen en la desestructuración de la base sobre la que se sustentaban dichos hábitos. Los viudos suelen convertirse en el grupo social más desnutrido, en especial los hombres, ya que la mayoría de éstos no han aprendido a cocinar.

La soledad por pérdida de seres queridos, por deterioro súbito de la salud o por dificultades económicas influyen también sobre la alimentación: para algunos mayores las comidas han podido suponer un acontecimiento de carácter social. La pérdida del entorno social puede producir la alteración de los hábitos alimenticios.

Un factor creado en algunas instituciones es la costumbre de poner en un mismo comedor juntos a mayores dementes con lúcidos. Esto resulta desagradable para algunos y puede suponer una dificultad que produce inapetencia durante las comidas.

4. Factores secundarios al consumo de fármacos.

Muchos fármacos pueden producir náuseas, vómitos o dispepsia (digestiones pesadas), interfieren en la absorción, utilización y excreción de nutrientes esenciales, o pueden causar anorexia. El elevado número de medicamentos consumidos por el mayor es un factor importantísimo que altera una adecuada nutrición.

16.2.2. Clínica

1. Reducción del peso. Es el signo más importante (por ejemplo, más de 4 kg en 2 meses se considera una pérdida importante).
2. Anorexia. Se da en:
 - Malnutrición proteico-calórica.
 - Neoplasias.
 - Asociado frecuentemente a alteraciones del gusto y del olfato.
3. Disminución o alteración del consumo de alimentos.
4. Náuseas y vómitos.

5. Diarrea.
6. Presencia de:
 - Ictericia (coloración amarillenta de piel y mucosas).
 - Queilitis (inflamación y agrietamiento de los labios).
 - Glositis (inflamación de la lengua).
7. Disminución de la grasa subcutánea.
8. Atrofia muscular.

16.2.3. Objetivos

1. Reconocer los factores causales, reducirlos o eliminarlos, si es posible:
 - Estímulos nocivos: dolor, visiones desagradables, náuseas o vómitos, etc.
 - Alteraciones de la masticación o la deglución (véase capítulo dedicado a las alteraciones de la deglución).
 - Alteraciones senso-perceptivas.
 - Invalidez total o parcial.
2. Estimular el apetito del mayor.
3. Lograr que el mayor ingiera de manera equilibrada los nutrientes necesarios.
4. Que la persona mayor sea lo más independiente posible a la hora de comer.

16.2.4. Cuidados

1. Generales.
 - Que el mayor realice las comidas en el mismo sitio para evitarle desorientación.
 - Procurar que los alimentos tengan la temperatura adecuada (lo caliente, caliente, y lo frío, frío).
 - Que el mayor se ponga su dentadura postiza.
 - Colocar al mayor en posición adecuada (sentado).
2. Aumentar la ingesta calórica.
 - Comidas poco abundantes y frecuentes (reducen la sensación de distensión

abdominal).

- Hacer que se sirva al mayor los alimentos con gran contenido en proteínas y calorías en el momento que tenga más apetito.
- Añadir queso o trozos de carne siempre que sea posible.
- Añadir mantequilla a sopas, salsas y verduras.
- Emplear leche en la confección de salsas.
- Usar suplementos nutricionales (según prescripción del médico).

3. Reducir estímulos nocivos.

- Dolor.
 - Planificar los cuidados de tal manera que los procedimientos dolorosos o desagradables no se efectúen antes de las comidas.
 - Solicitar al médico la prescripción de medicamentos analgésicos.
 - Procurar un ambiente relajante y agradable a la hora de comer.
- Fatiga.
 - Descansar el tiempo suficiente antes de las comidas.
- Náuseas o vómitos.
 - Solicitar la prescripción de algún fármaco antiemético (para evitar los vómitos).
 - Reducir la estimulación del centro del vómito:
 - a) Eliminación de estímulos visuales y olores desagradables.
 - b) Realizar una buena higiene oral después del vómito.
 - c) Practicar respiraciones profundas y tragar voluntariamente (suele inhibir el reflejo del vómito).
 - Sentarse tras las comidas, no tumbarse.
 - Comer lentamente y en cantidades pequeñas para evitar la sensación de plenitud en el estómago.
 - Servir poca cantidad en el plato, ya que la visión de mucha comida puede reducir el apetito.
 - Reducir la ingesta de líquidos o evitarlos una hora antes y después de las comidas (crea sensación de plenitud en el estómago).
 - Emplear comidas frías en la medida de lo posible (tienen menos olor).

- Aflojar las ropas que compriman el abdomen.

4. Si se dan deficiencias senso-perceptivas.

- Procurar que el mayor tenga sus gafas.
- Procurar que el mayor sea capaz de localizar los cubiertos y la comida.
- Averiguar los hábitos de la persona y proporcionarle los alimentos según sean estos.
- Que coma alimentos que puedan cogerse con las manos: de esta manera favorecemos su independencia.
- Evitar poner la comida en un punto que no entre dentro de su campo visual sano (si ha sufrido o ha perdido la visión de un ojo).

5. Si se dan pérdida de miembros o inmovilidad.

- Procurar que el ambiente donde coma no le resulte embarazoso y se le proporcione tiempo suficiente.
- Supervisar y ayudar lo imprescindible para el reaprendizaje, sin generar dependencia.
- Proporcionar aparatos de adaptación.

6. Si se dan deficiencias cognitivas.

- Supervisar hasta que deje de existir riesgo de aspiración o atragantamiento.
- Animar a la persona para que atienda la tarea que está realizando.
- Permanecer atentos por si comienza a aparecer fatiga, frustración o agitación.
- Vigilar que no queden restos de comida en los carrillos.

16.3. Deshidratación

Los seres humanos excretan líquidos corporales junto con electrolitos por una serie de vías: orina, heces, sudoración y a través de la respiración (se exhala vapor de agua durante la espiración). Para mantener una correcta homeostasia del cuerpo, se deben consumir líquidos en una cantidad suficiente como para sustituir lo perdido.

Los mayores, debido a una serie de factores producidos por el proceso de envejecimiento, son más propensos al desequilibrio entre el aporte y la demanda de líquidos, pudiendo sufrir deshidratación con más facilidad que personas más jóvenes.

16.3.1. Etiología

Las deshidratación puede clasificarse, según su causa, en:

- Deshidratación por reducción en el aporte de líquidos.
- Deshidratación por aumento de la pérdida de líquidos.

1. Por reducción de la ingesta líquida.

- Dificultad para acceder a líquidos:
 - El mayor impedido por medios de sujeción físicos, utilizados para evitar autolesiones (muñequeras, chalecos de sujeción).
 - Inmovilidad.
 - Reducción de la agudeza visual.
- Restricción de la ingesta:
 - Autoimpuesta (para evitar la nicturia –diuresis nocturna–).
 - Por iatrogenia (efecto secundario de algunos fármacos).
- Disminución de la motivación para beber:
 - Fatiga.
 - Depresión.
- Alteraciones de la conciencia:
 - Uso de sedantes o neurolépticos.
 - Alteraciones del sistema nervioso central (SNC).
 - Fiebre.
- Alteraciones cognitivas:
 - Demencias.
 - Delirios.
 - Manía, psicosis o depresión.
- Alteraciones gastrointestinales:

- Alteraciones de la deglución (disfagia). Irritación faríngea.
 - Obstrucción intestinal.
 - Empleo de fármacos que reducen la motilidad gastrointestinal.
- Alteraciones del mecanismo de la sed:
 - Reducción de la sensación de sed en el mayor por cambios en las estructuras cerebrales encargadas del mecanismo de la sed causadas por la edad.
 - Reducción de la sensación de sed causada por el consumo de fármacos.
 - Reducción de la sensación de sed asociada a enfermedades del SNC.
2. Por exceso en las pérdidas.
- Diuresis excesiva:
 - Diabetes mellitus. Esta enfermedad tiene como síntomas característicos la polidipsia (sensación de sed excesiva que motiva el consumo elevado de agua) y poliuria (consecuencia del consumo de agua).
 - Hipoaldosteronismo (reducción de la secreción de aldosterona, hormona que favorece la retención de sodio y agua).
 - Pérdidas gastrointestinales:
 - Diarreas.
 - Vómitos.
 - Uso excesivo de fármacos laxantes o diuréticos.
 - Infecciones crónicas o agudas. Fiebre.
 - Hemorragias.
 - Alimentación enteral muy concentrada (puede producir diarrea).
 - Alteraciones ambientales (climas calurosos).

16.3.2. Clínica

- Aspecto de piel y mucosas:
 - Piel de color pálido.

- Persistencia del pliegue cutáneo (tras pellizcar la piel, ésta tarda algún tiempo en recuperar su estado liso, e incluso no lo recupera del todo). Este signo se encuentra ya de base en la persona mayor debido a la pérdida de elasticidad y de agua en la piel. Pero la persistencia del pliegue es más acentuada con la deshidratación.
 - Mucosas (labios y encías) secos y enrojecidos.
 - Lengua de aspecto seco y con surcos.
 - Globos oculares hundidos.
 - Aumento de la temperatura. La sangre es el mecanismo de refrigeración del cuerpo. Cuando hay deshidratación, el volumen sanguíneo disminuye y la refrigeración es menos efectiva.
- Diuresis:
 - Cantidad escasa.
 - Color muy oscuro (en lugar de ser ámbar) debido al aumento de su concentración. La densidad de la orina es mayor cuando existe deshidratación.
 - La ingesta líquida en 24 horas es menor que las pérdidas por orina, heces, sudor, etc. El balance de líquidos en 24 horas (ingesta líquida menos excreción) es negativo.
 - Alteraciones neurológicas: somnolencia.
 - Hipotensión arterial. Mareos.

16.3.3. Objetivos

1. Procurar una ingesta líquida de 2.000 cc (2 litros) al día, siempre que no exista contraindicación médica.
2. Vigilar la presencia o la ausencia de signos y síntomas de deshidratación.
3. Prevenir las causas de deshidratación, cuando esté en mano del gerocultor poder hacerlo y no exceda sus competencias.

16.3.4. Cuidados

- Si no le gustan los líquidos disponibles, variarlos para que el mayor pueda disfrutar de diferentes texturas (zumos, sopas, etc.) o valorar cuáles le gustan más.

- Si hay irritación de faringe, emplear líquidos fríos o templados.
- Cuando se da fatiga, dar cantidades pequeñas con gran frecuencia. Que se den períodos de descanso antes de las comidas.
- Control de la ingesta (1,5-2 litros en 24 horas) y diuresis.
- Control de peso (su aumento puede suponer retención de líquidos).
- Diluir la fórmula empleada para la nutrición enteral con agua.
- Dar líquidos en vasos grandes (250 cc).
- Tener en cuenta las pérdidas de líquidos por vómitos, diarreas o fiebre.
- En caso de vómitos, tomar líquidos en cantidades pequeñas y con frecuencia. Que sean líquidos ligeros (agua e infusiones).
- Si hay fiebre, eliminar el exceso de ropa y mantas.
- En caso de diarrea, aplicar los cuidados necesarios.
- Cuando la prevención de la deshidratación exceda a las competencias del gerocultor (debido a la medicación, enfermedad, etc.) deberá informar a la enfermera y al médico de los signos y síntomas de deshidratación que pueda observar.

16.4. Procedimiento: alimentación y administración de medicamentos por SNG.

Mantenimiento de la SNG

1. Concepto.

- ¿Qué es? Procedimiento destinado a administrar alimentos y medicación a través de una sonda nasogástrica, así como al mantenimiento de la correcta permeabilidad de dicha sonda.
- Indicaciones. Mayores que porten sonda nasogástrica para su adecuada alimentación e hidratación.

2. Recursos.

- Materiales.
 - Fórmula definida (suplemento alimenticio) más agua.
 - Medicación: deben preferirse las formas farmacéuticas líquidas; en caso de no tenerlas, habrá que diluir la medicación en agua.
 - Jeringa de cono ancho (de 50 cc) o bolsa de alimentación.
 - Toalla.
 - Guantes.

- Lugar. Que permita la administración con tranquilidad. A algunas personas les desagrada observar la administración del alimento por SNG, de igual manera que al mayor puede resultarle vergonzoso sentirse observada por otros en el momento de la alimentación.
- Medidas de protección.
 - Procurar mantener unas estrictas medidas higiénicas para que la fórmula alimentaria no se contamine. Emplear guantes para la administración.
 - Asegurarse de que la SNG se encuentra en el estómago. Se puede realizar mediante:
 - a) Signos y síntomas de dificultad respiratoria (sensación de ahogo, tos, cianosis).
 - b) Intentar aspirar contenido gástrico con la jeringa. Si no aparece, la SNG puede encontrarse aprisionada contra la pared del estómago. Rotarla un poco. Si aún no sale contenido gástrico, la SNG puede encontrarse en pulmón.
 - c) Colocar el fonendoscopio sobre el estómago e inyectar 15-20 cc de aire. Si se ausculta un sonido de insuflación esto significa que se encuentra en estómago. El silencio indicará que está en pulmón.
 - d) Mantener el extremo libre de la SNG junto al oído y escuchar atentamente. Si se encuentra en el estómago no se oirá nada; de lo contrario, se podrán oír ruidos crepitantes (semejante a un burbujeo).
 - e) Pedir al mayor que hable con voz susurrada. Si no puede hacerlo, es que el tubo ha penetrado en la tráquea y separa las cuerdas vocales.
 - f) Advertencia: nunca colocar el extremo de la sonda en un vaso de agua y observar si aparecen burbujas de aire cuando el mayor respira. Esto es peligroso, si la SNG se encuentra en el pulmón, la persona puede aspirar el agua durante la inspiración.
 - Si no se está seguro de la correcta colocación, quizá sea necesaria la retirada de la sonda e intentar nuevamente su inserción.

3. Procedimiento.

- Información previa. Informarle del procedimiento que se va a realizar.
- Actuación.
 - Lavarse las manos y ponerse los guantes limpios.
 - Utilizar equipo limpio.

- Tomar la fórmula y calentarla a temperatura ambiente.
- Preparar la medicación en un vaso.
- Elevar la cabeza del mayor.
- Conectar la jeringa a la SNG y pasar unos 20 cc de agua por la SNG para asegurar su permeabilidad.
- Pasar la medicación disuelta. Después volver a pasar otros 20 cc de agua. La medicación no debe mezclarse con la alimentación, ya que ambas pueden interaccionar y densificar la fórmula, aumentando el riesgo de obstrucción de la SNG.
- Verter la fórmula en la bolsa de alimentación o cargar la jeringa con la cantidad necesaria de la misma.
- Iniciar con un flujo de unos 30 cc/min. Aumentar el ritmo de administración si lo tolera bien.
- Tras acabar limpiar la SNG con agua, pasando unos 30 cc de agua por la misma.
- Habrá que tener mucho cuidado con las cantidades de agua necesaria para limpiar la sonda y reducirlas en caso de existir restricción líquida.
- Lavar la bolsa, la jeringa y los tubos de alimentación de forma profunda para su reutilización. Cambiar los equipos desechables cada 24 horas para no aumentar los costos.

4. Riesgos.

- Del proceso.
 - Aspiración pulmonar valorable mediante la observación de signos de sufrimiento respiratorio agudo (aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria y aparición de esputo espumoso).
 - Interrumpir la alimentación 30-60 minutos antes de cualquier procedimiento que obligue a colocar la cabeza en posición declive.
- Del propio paciente
 - Sobredistensión abdominal debida a un enlentecimiento del vaciamiento gástrico. Para controlarla, será necesario medir el residuo gástrico 4-8 horas (si la alimentación es continua) o antes de cada administración (en caso de ser intermitente).
 - Para comprobar la tolerancia a la alimentación por SNG será necesario pasar el primer día 100 cc de la fórmula y aspirar con la jeringa de 50 cc una hora después. Si el contenido aspirado es menor de 40 cc, se podrá continuar pasando otros 400 cc de la fórmula. Si después de dos horas el

residuo aspirado es inferior a 125 cc, se dirá que hay tolerancia a la alimentación.

5. Complicaciones.

- Obstrucción de la SNG.
 - Irrigar la SNG con 30-60 cc de agua tras la administración de alimento.
 - Evitar medicamentos por sonda que tengan forma de comprimidos a machacar. Emplear formas farmacéuticas líquidas.
 - Irrigar la SNG antes y después de la administración de fármacos.
 - No añadir fármacos a la fórmula (puede coagularla).
- Diarrea.
 - Por el empleo de fórmulas muy densas (atraen líquidos a la luz intestinal para diluirlas), o por la administración de las mismas a un ritmo demasiado rápido (síndrome de *dumping*). Para eliminar esta complicación es necesario el empleo de fórmulas diluidas con agua y aminorar el ritmo de la administración.
 - Por una mala higiene. Se ha de garantizar que no exista contaminación bacteriana de la fórmula empleada y del material para su administración.

6. Evaluación.

- ¿Se produce sobredistensión abdominal?
- ¿Hay signos de sufrimiento respiratorio?
- ¿Se produce diarrea?
- ¿Hay dificultad a la hora de introducir la alimentación que indique una obstrucción de la SNG?

Recuerde...

- La persona mayor tiene unos requerimientos energéticos y de nutrientes esenciales diferentes a los del adulto joven. Muchos mayores pueden estar realizando una ingesta adecuada o incluso excesiva en el número de calorías, pero dicha dieta puede tener un desequilibrio en la combinación de los nutrientes esenciales.
- Los mayores sufren una serie de condicionantes que influyen en el aporte de

nutrientes y agua: la presencia de enfermedades crónicas, la depresión por declive físico o social, o el abandono del mayor que tiene una expresión directa en la aparición de desnutrición y de deshidratación.

- Contra la desnutrición, los objetivos del gerocultor serán: reconocer los factores causales, reducirlos o eliminarlos; estimular el apetito del mayor; lograr que el mayor ingiera de manera equilibrada los nutrientes necesarios y que sea lo más independiente posible a la hora de hacerlo.
- Contra la deshidratación el gerocultor deberá intervenir en la prevención de las causas de deshidratación, cuando esté en su mano poder hacerlo y no exceda sus competencias, procurando que el mayor tenga una ingesta líquida de 2 litros al día (siempre que no exista contraindicación médica) y vigilando la presencia de signos y síntomas indicativos de deshidratación.

Alteración de los órganos sensoriales

17.1. Introducción

En las personas mayores, las alteraciones sensoriales se producen con gran frecuencia aunque, como patología, no se les dé demasiada importancia. Este hecho viene determinado por dos factores fundamentales: su instauración lenta, en la mayoría de los casos, que permite una buena adaptabilidad y el empleo de medidas técnicas correctoras, como las gafas y los audífonos. Éstos van a paliar el problema permitiendo realizar una vida prácticamente normal. No obstante, las alteraciones sensoriales y, principalmente visuales y auditivas, son la causa de una pérdida importante de independencia por parte de la persona mayor.

Esta pérdida es aceptada como parte del proceso de envejecimiento, tanto por el anciano como por la familia, con una actitud fatalista. Sin embargo, al ocasionar una merma en la calidad de vida merecen un tratamiento adecuado basado en la calidad de vida, y en el conocimiento por parte de los gerocultores.

17.2. Etiología

El envejecimiento de las estructuras sensoriales y del organismo en general favorece la aparición de procesos fisiopatológicos causantes de patología sensorial. Además, su función puede comprometerse por traumatismos y enfermedades sistémicas (por ejemplo, HTA y diabetes), procesos infecciosos, etc.

17.2.1. Cambios fisiológicos más importantes que afectan a los órganos de los sentidos

1. *La vista.* Los cambios fisiológicos son en su mayoría bilaterales (en ambos lados) y simétricos con afectación de las siguientes estructuras anatómicas:

- Párpados. Aumentan su flacidez por pérdida de fuerza de los músculos orbiculares (responsables del cierre de los párpados), lo que predispone a la aparición del ectropión o del entropión seniles (versión hacia fuera o hacia dentro, respectivamente, del borde de un párpado, más comúnmente del inferior).
- Sistema lacrimal. Reduce su secreción apareciendo el ojo seco e irritado que precisa del empleo de preparados de hidroxietil celulosa en solución (lágrimas artificiales) para una correcta hidratación de la conjuntiva. En otras personas mayores hay tendencia a la epífora (lacrimo continuo) por obstrucción del conducto oculo-nasal.
- Córnea. Aparecen depósitos de lípidos en su periferia constituyendo un halo opaco conocido como arco corneal senil o gerontoxon. Este arco, frecuente en mayores de 65 años, no tiene implicaciones patológicas ni genera problemas visuales.
- Esclerótica. Aumenta su transparencia como consecuencia de la pérdida de agua y del aumento del depósito de lípidos.
- Iris y pupila. El iris va a regular el tamaño de la pupila y, por tanto, la cantidad de luz que penetra en el ojo. Debido a su rigidez, que aumenta, se desarrolla una cierta *miosis* senil que determina una mala visión nocturna en las personas mayores, además de una mayor plenitud del reflejo pupilar ante un estímulo luminoso.
- Cristalino. Pierde su elasticidad y aumenta de tamaño, disminuyendo su capacidad para la acomodación, esencial para el enfoque de objetos cercanos, originando la presbicia (vista cansada). Además aumenta su opacidad por alteraciones estructurales de las proteínas y aparecen las cataratas.

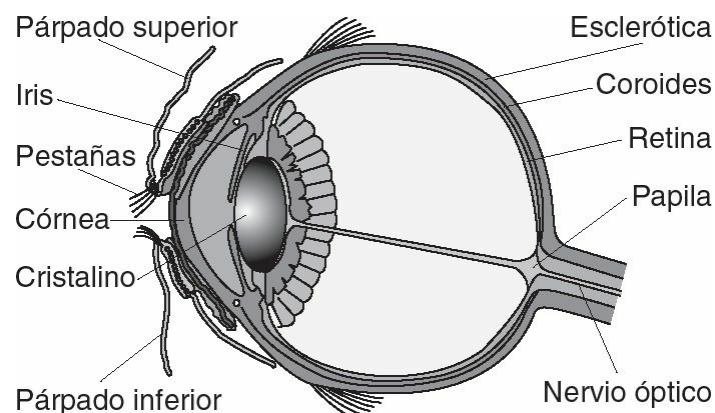


FIGURA 17.1. Anatomía del ojo.

- Retina y mácula. La retina disminuye su espesor debido a la pérdida de

células fotorreceptoras (cilindros y conos) que produce una limitación de la visión en penumbra. Por su parte, la mácula tiene un menor aporte sanguíneo que ocasiona cambios degenerativos y una pérdida de agudeza visual.

- Desplazamiento posterior del globo ocular. Es consecuencia de la disminución de la grasa retrorbitaria, apareciendo enoftalmos (el globo ocular se hunde en la órbita) y ptosis palpebral (caída del párpado superior).
2. *El oído.* Sufre una serie de cambios fisiológicos que predisponen a la presbiacusia (término global que describe la pérdida auditiva asociada al envejecimiento normal).
- Cambios en el oído externo. Aparece un aumento de vellosidad en el conducto auditivo, la producción de cerumen aumenta a la vez que se endurece y la piel se vuelve más seca por disminución de las glándulas sudoríparas. Esta sequedad produce una mayor descamación con aparición de prurito (picor) que la persona mayor intenta disminuir con maniobras de rascado favoreciendo la aparición de heridas y sobreinfecciones en el canal auricular.
 - Cambios en el oído medio. La membrana timpánica disminuye su elasticidad, grosor y rigidez, tornándose más vulnerable ante cualquier agresión. Mientras que la cadena de huesecillos sufre cambios degenerativos (como calcificaciones intraarticulares) que no tienen significación clínica.
 - Cambios en el oído interno. Parecen ser los responsables de la presbiacusia que sería secundaria al deterioro de las células auditivas. Esta degeneración provoca un trastorno del procesamiento auditivo y una pérdida de sensibilidad de la audición periférica.

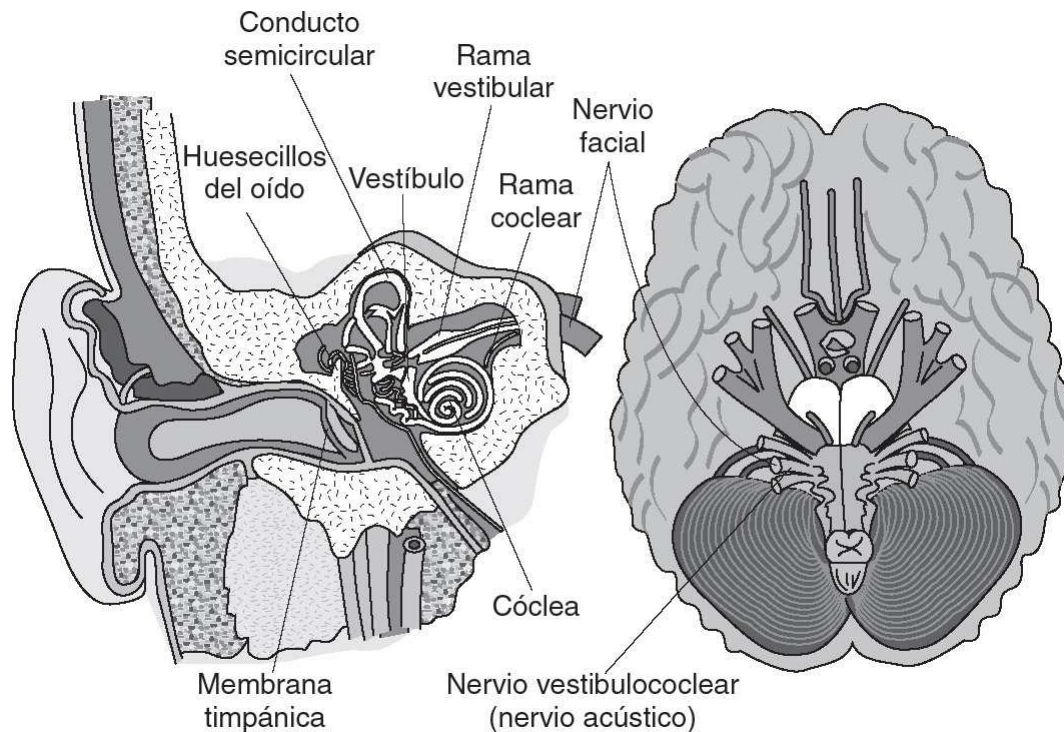


FIGURA 17.2. Anatomía del oído.

3. *El olfato.* La capacidad olfativa disminuye a partir de la quinta década, de forma más acusada en los hombres y en las personas fumadoras. Esta presbiosmia, más común en edades más avanzadas, parece provocada por la disminución cuantitativa de los receptores olfativos. Además, descienden las estructuras mucossecretoras, aumentando la sequedad de las fosas nasales, y se desarrolla una mayor fragilidad de los capilares que la irrigan.
4. *El gusto.* Sus cambios relacionados con el proceso de envejecimiento son poco claros debido a la gran influencia de factores psicológicos, culturales y sociales que acompañan a la percepción gustativa. No obstante, la investigación actual demuestra una menor capacidad para discriminar los sabores agrios, amargos y salados en la persona mayor. Las causas de esta alteración parecen estar determinadas por la degeneración neuronal, por la disminución de la producción de saliva y por factores ambientales, como el hábito tabáquico mantenido durante años.
5. *El tacto.* El envejecimiento de la piel produce la disminución del número de sensores de presión y de tacto ligero, localizados en la dermis, lo que predispone al desarrollo de lesiones mecánicas y térmicas. Además, hay una mayor dificultad para reconocer objetos y una mayor tolerancia al dolor.

17.2.2. Enfermedades más frecuentes en la vejez

En este apartado se incluyen aquellas patologías que, por su abundancia, son de

obligado conocimiento para los gerocultores.

1. *Visión.*

- Cataratas. Se denomina cataratas a la opacidad del cristalino, lente biconvexa situada detrás del iris. Esta patología constituye, desde el punto de vista epidemiológico, la principal causa de ceguera curable en los países desarrollados y casi la única cuando nos referimos a los países en vías de desarrollo. Su *etiología* es multifuncional, lo que hace difícil su prevención, y se ha relacionado con el sexo (en mujeres su presencia es mayor), con la hipertensión, con la diabetes mellitus tipo II (o del adulto)... aunque no se ha podido demostrar la interrelación real de ninguno de ellos, ya que estos procesos son marcadores del envejecimiento. No obstante, sí hay estudios que demuestran el efecto de la exposición prolongada a la luz solar sobre la formación de cataratas.

Clínicamente hay una serie de signos y síntomas que preceden a la pérdida de transparencia del cristalino: fatiga ocular, defectos de la visión, cefalea, aumento de sensibilidad a la luz y visión borrosa.

- Glaucoma. Grupo de enfermedades oftalmológicas caracterizadas por el aumento de la presión intraocular (PIO) que produce daño en el nervio óptico y defectos típicos en el campo de la visión. Epidemiológicamente es una de las principales causas de ceguera irreversible en el mundo occidental. Existen, según su presentación clínica, dos tipos de glaucoma: el glaucoma crónico, o de ángulo abierto, y el glaucoma agudo, o de ángulo cerrado.

La etiología del glaucoma de ángulo abierto, que es la forma más frecuente, se asocia con edad avanzada, antecedentes familiares, diabetes y miopía grave. Su aparición se caracteriza por una serie de signos y síntomas, aumento de la PIO, historia familiar de glaucoma, visión borrosa no corregida por lentes, halos (círculos brillantes) alrededor de las luces y pérdida de visión periférica.

El glaucoma agudo se desarrolla como un episodio agudo, aumento de la PIO por encima de 40 mm de Hg, dolor intenso y enrojecimiento del ojo. La PIO se mide por medio de una técnica, tonometría, que determina la resistencia del globo ocular al aplicar, con un tonómetro, una fuerza sobre su superficie.

- Retinopatía diabética. Complicación vascular que obstruye los vasos sanguíneos que nutren a la retina, como consecuencia de un deficiente control de los niveles de glucosa en sangre por parte de los enfermos diabéticos. Es la causa más frecuente de ceguera bilateral irreversible. Se desencadena por niveles de glucosa en sangre no controlados, en tratamientos con insulina, arteriosclerosis (pérdida de elasticidad de las

paredes arteriales), hipertensión arterial e hiperlipidemia (concentración elevada de lípidos o de cualquier grasa en sangre). Las manifestaciones clínicas sobre la visión son pérdida de la visión borrosa central o visión nebulosa de origen súbito.

- **Regeneración macular senil.** Trastorno que produce pérdida progresiva de la visión central y que, a menudo, conduce a ceguera total. Es una patología muy frecuente en los ancianos y a menudo bilateral. Se relaciona con la disminución del aporte sanguíneo en las terminaciones nerviosas de esta región, cuya causa es mal conocida aunque se han descrito algunos factores de riesgo: antecedentes familiares, hipertensión arterial, diabetes, alcohol, tabaquismo... Clínicamente se caracteriza por una disminución progresiva de la visión central con mantenimiento de la visión periférica.

2. *Audición.*

- **Otosclerosis.** La otosclerosis u otospongiosis es un término que se aplica a una forma de sordera progresiva caracterizada por la formación de hueso esponjoso que impide a las estructuras que intervienen en la audición un funcionamiento correcto, alterándose la transmisión del sonido. Su etiología se desconoce, aunque puede tener una base hereditaria. También parece estar relacionada con el déficit de vitaminas y con la inflamación del oído medio. La alteración afecta a ambos oídos pero de forma desigual, comenzando con una pérdida gradual de la audición y la aparición de zumbidos.
- **Presbiacusia.** Término global que incluye las diversas causas de pérdida de la capacidad auditiva durante el proceso de envejecimiento. Esta alteración no suele manifestarse antes de la sexta década de la vida, afectando a ambos oídos con prácticamente la misma intensidad. Atendiendo a la localización de las alteraciones morfológicas se distinguen cuatro tipos de presbiacusia:
 - Presbiacusia sensorial: la persona mayor presente dificultad para percibir las frecuencias elevadas.
 - Presbiacusia neural: existe dificultad para la comprensión del lenguaje hablado que no se corresponde con el grado de pérdida auditiva registrado en el audiograma.
 - Presbiacusia estria o vascularis: con manifestaciones clínicas idénticas a la presbiacusia sensorial.
 - Presbiacusia de conducción: igual que la anterior.
- **Formación de tapones de cerumen.** Esta alteración produce una oclusión, total o parcial, del conducto auditivo externo por acumulación de cerumen. Es la causa de sordera transitoria más frecuente en la persona mayor. En su

formación interviene el aumento de vellosidad del conducto auditivo externo, su mayor estrechez por crecimiento óseo benigno, el incremento de la producción de cerumen y una higiene deficiente, causada por una menor coordinación motora y un deterioro cognitivo variable.

3. *Olfato*. Se produce disminución del olfato (hiposmia) como consecuencia del proceso de envejecimiento, pudiendo llegar a una pérdida total del olfato (anosmia) en pacientes mayores de 80 años. Esta hiposmia puede agravarse por ciertas enfermedades como sinusitis crónica, obstrucción nasal crónica, epistaxis, catarro, gripe y procesos tumorales que invadan la mucosa nasal.
4. *Gusto*. Los cambios fisiológicos llevan a una hipoagensia (disminución del sentido del gusto) y disgensia (alteración en la percepción de los sabores). Estas alteraciones pueden agravarse por procesos infecciosos que aumentan en la cavidad oral y que son consecuencia de una deficiente higiene bucodental. Los más frecuentes, además de la caries, son la periodontitis (reacción inflamatoria de los tejidos que rodean al diente) y gingivostomatitis (inflamación que abarca tanto a las encías como a la mucosa bucal), que producen halitosis (mal aliento) y mal sabor de boca, interfiriendo la percepción gustativa.
5. *Tacto*. Las alteraciones más comunes son consecuencia de una menor sensibilidad a la presión, el dolor y la temperatura: úlceras por presión, quemaduras, necrosis isquémicas, hipotermia y erosiones por rascado. Además, hay una peor cicatrización (debido al menor aporte vascular y baja velocidad de reproducción de las células) y una mayor sobreinfección de las heridas (por menor actividad del sistema inmune).

17.3. Clínica general

La presencia de cualquiera de estos signos y síntomas debe comentarse al médico y/ o enfermera porque son patológicos.

- Visual: visión borrosa, alteración del campo visual (central o periférico), enrojecimiento, dolor o secreciones purulentas.
- Auditiva: hipoacusia, vértigos, zumbidos, dolor, secreción purulenta o hemorragia.
- Olfativa: hiposmia, anosmia y secreciones (rinorrea).
- Gustativa: hipoagensia y disgensia.
- Táctil: alteración de la sensibilidad al dolor, a la presión y a la temperatura.

17.4. Objetivos

1. Detección precoz de la clínica general.
2. Realizar una correcta higiene de los órganos sensoriales.
3. Cuidar correctamente las ayudas técnicas: audífonos, prótesis oculares y gafas.
4. Valorar la independencia del paciente y su capacidad sensorial.

17.5. Cuidados y tratamiento

17.5.1. Generales

1. Ojos: lavar con agua fría, secar con toques suaves sin friccionar y limpiar secreciones de dentro hacia fuera utilizando siempre una gasa para cada ojo. Véase administración de colirios explicado en la página siguiente.
2. Oídos: se limpian durante el baño tirando del pabellon auricular hacia abajo para despegar el cerumen visible. No utilizar objetos punzantes (alfileres, palillos, bastoncillos de algodón) que pueden perforar la membrana timpánica o favorecer la formación de un tapón de cerumen.
3. Boca: su higiene comprende la estimulación diaria de las encías, el cepillado mecánico de los dientes y el enjuagado de la boca. Si tiene dentadura postiza, durante la noche se debe sumergir en limpiador comercial. Si las dentaduras tienen parte de metal, no dejarlas toda la noche.
4. Nariz: no requiere cuidados especiales ya que la propia persona elimina sus secreciones sonándose con un pañuelo. No introducir los dedos en la nariz porque se pueden producir lesiones.
5. Piel: lavado diario con agua y jabón de pH neutro, limpiar con toques suaves sin frotar, secar bien, sobre todo en zonas de pliegue (axilas, ingles), porque la humedad favorece la proliferación bacteriana. Emplear, tras el baño, crema hidratante.

17.5.2. Específicos

1. *Visión.*

- Cataratas. El tratamiento es exclusivamente quirúrgico por medio de extracción del cristalino. La intervención quirúrgica está indicada cuando la pérdida de visión impide las actividades cotidianas de la persona mayor, causa glaucoma o impide el diagnóstico y tratamiento de otros trastornos

oculares, como la retinopatía diabética. Para compensar la retirada de los cristalinos, se emplean gafas para cataratas, lentes de contacto o implante de lentes intraoculares.

Para retrasar la evolución de la catarata se emplea un colirio *Clarvisan* (el principio es la pirenoxina), que puede ser administrado por el gerocultor como función delegada de la enfermera cuando lo requieran las circunstancias y bajo su supervisión. Los pasos adecuados para la administración del colirio son: lavado de manos, colocar al paciente tumbado en la cama o sentado en una silla con la mirada fija en un punto del techo, separar con el dedo índice y pulgar los párpados superior e inferior respectivamente, instalar una gota en el saco conjuntival (bolsa formada al separar el párpado inferior) de cada ojo y soltar el párpado y cerrar el ojo. Es importante que el paciente no apriete fuerte el ojo porque puede derramar el colirio y que mantenga la posición inicial durante 2-3 minutos.

La punta del colirio no debe tocar ninguna superficie durante la administración para no contaminarse. Debe guardarse en nevera dentro de su caja, no recibir luz y, 20 días después de su apertura, debe ser desechado.

Los cuidados preoperatorios se centran en realizar, el día de la intervención, la higiene de la cara con agua y jabón para eliminar cualquier resto de cremas o suciedad que pudiera existir.

Los cuidados postoperatorios más importantes son:

- Mantener el cabecero de la cama elevado aproximadamente 30° para evitar el incremento de la presión intraocular (PIO) sobre la sutura quirúrgica.
 - Vigilar la existencia de supuración, dolor o fiebre, indicadores de una posible complicación.
 - Informar a la persona mayor de que no debe tocarse el ojo ni acostarse sobre el lado afecto. Tampoco dormir sobre el abdomen.
 - Al principio realizar la higiene corporal con esponja. Después, emplearse con ayuda el baño o la ducha.
 - Realizar una correcta protección del ojo. Dormir con un escudo metálico perforado por la noche y emplear lentes durante el día.
 - No cargar cosas pesadas, de más de 7 a 9 kg.
 - Evitar toser, estornudar y vomitar.
 - Realizar actividades sedentarias.
 - No doblar la cabeza por debajo de la altura de la cintura; se debe poner de rodillas o en cuclillas manteniendo la cabeza hacia detrás para recoger un objeto del piso.
- Glaucoma. El objetivo del tratamiento es disminuir la PIO hasta unos valores

normales (11-21 mm de hg) de forma constante, sin pérdida de la función ocular. Las directrices terapéuticas dependen del tipo de glaucoma y de su curso evolutivo. La farmacoterapia y la cirugía con láser o convencional son los recursos empleados para evitar el progreso del daño que produce el glaucoma.

El gerocultor debe dirigir sus cuidados a:

- Fomentar el mantenimiento de la independencia de la persona mayor pese a la limitación visual. Adecuar el hogar con una buena iluminación. Mantener las cosas ordenadas en lugares específicos y de fácil acceso... convirtiéndolo en un medio seguro y eficaz.
 - Comentar que su agudeza visual disminuye temprano en la mañana y al anochecer, debiendo extremar las precauciones.
 - El dolor de cabeza, de la frente, náuseas y vómitos, visión borrosa, halos alrededor de las luces, indican aumento de la PIO que debe informarse inmediatamente a un oftalmólogo.
 - Facilitar el acceso de la persona mayor a instituciones adecuadas si necesita ayuda en el hogar.
 - Llevar una tarjeta de identificación de glaucoma y los medicamentos oculares actuales en todo momento. Además de comentarlo al personal sanitario ante cualquier consulta asistencial.
 - Evitar el estrés, la ingestión excesiva de líquidos y frotar los ojos.
 - Después de la cirugía ocular, emplear lentes para nadar o lentes de protección en otras actividades deportivas. También para el trabajo en el campo.
- Retinopatía diabética. El tratamiento está dirigido a un correcto control de la enfermedad diabética. También se emplea la fotocoagulación con láser de argón para destruir los vasos sanguíneos retinianos anormales.

Es función del gerocultor hacer hincapié sobre la importancia del control de la glucosa en sangre del paciente diabético. Si no es adecuado, deberá acudir a su médico de familia y seguir controles periódicos en la consulta de enfermería. También debe resaltar la importancia de realizar revisiones oftalmológicas periódicas. La detección precoz de la retinopatía disminuye de forma importante el riesgo de pérdida visual grave.
 - Degeneración macular senil. No existe ningún tratamiento adecuado para corregir la degeneración macular, aunque un diagnóstico precoz y el tratamiento con láser puede estabilizar y mejorar el proceso. La mayoría de las personas mayores mejoran con ayudas ópticas potentes.

Los principales cuidados son:

- Valorar el grado de déficit visual con distintos grados de iluminación.
- Adaptar el entorno del enfermo a sus limitaciones y necesidades para limitar lesiones.
- Enseñar la localización en su domicilio de los utensilios de uso habitual (cubiertos, platos, instrumentos de aseo...) y del mobiliario.

2. *Audición.*

- Otosclerosis. Es exclusivamente quirúrgico, practicando la estapedectomía (extirpación del estribo con reconstrucción de la cadena de huesecillos gracias a prótesis metálicas o plásticas). Esta corrección puede complementarse con el empleo de prótesis auditivas que producen una amplificación del sonido.

Cuidados postoperatorios:

- Mantener la cabeza en la posición que determine el cirujano las 24 horas siguientes a la cirugía para favorecer el drenaje y que se mantenga la prótesis en el oído.
 - Observar la aparición de signos de parálisis facial, hemorragia o dolor severo, que deben comunicarse rápidamente al médico.
 - Los primeros días postoperatorios pueden sufrir vértigos que se agravan con los cambios bruscos de postura.
 - Evitar sonarse y estornudar.
 - Es importante que se evite la entrada de agua en el oído hasta que lo determine el cirujano.
- Presbiacusia. Basado en el empleo de audífonos, que la persona mayor debe aprender a utilizar correctamente, y con el aprendizaje, por parte de la familia, de una serie de normas que mejoran la comunicación con el paciente que padece hipoacusia: evitar los gritos en el oído, utilizar frases cortas y sencillas con una correcta vocalización y mantener los labios a la vista para favorecer su lectura.
 - Tapones de cerumen. Para eliminar el tapón de cerumen en primer lugar hay que disolver la cera, para ello se utilizan colirios o gotas, y una posterior irrigación del conducto auditivo con agua a temperatura corporal. Esta técnica debe ser realizada en la consulta de enfermería, por el médico de familia o por el otorrinolaringólogo, ya que no puede realizarse si existe perforación timpánica o se padece un proceso infeccioso ótico.

3. *Olfato.* El tratamiento debe dirigirse a la curación de los procesos patológicos que agravan la dificultad para la olfacción; además de hacer los platos más

apetitosos para favorecer la estimulación del apetito de forma visual. El gerocultor debe estimular el apetito reforzando el buen aspecto de la comida y ayudándole en su ingestión en caso de que fuera necesario. El contenido dietético en calorías y en nutrientes debe ser adecuado a cada persona y prescrito por un profesional médico.

4. *Gusto*. EL gerocultor debe enseñar a la persona mayor una correcta higiene bucodental (véanse cuidados generales) para prevenir la enfermedad periodontal y la pérdida de dientes producida por la caries. El tratamiento de estas patologías es antiinfeccioso, pero debe estar apoyado por una correcta hidratación y nutrición de la persona mayor, cuyo apetito está disminuido por la hipoagensia, mediante las mismas medidas que en el apartado anterior. También se debe informar de la existencia de preparados comerciales que mejoran el mal sabor de boca.

5. *Tacto*. Los cuidados de las principales alteraciones son:

- Prevención de las úlceras por presión.
 - Cambios posturales cada 2 horas si no se puede mover.
 - Levantar a los pacientes sentados cada 10 minutos, durante 10 segundos, para prevenir las úlceras en la región sacra.
 - Evitar elevar el cabecero de la cama más de 30 grados.
 - Colocar a pacientes girados 30 grados, en posición oblicua.
 - Evitar el contacto de las prominencias óseas (codos, talones...) sobre las superficies duras.
 - Utilizar colchones antiescaras.
 - Extremar el cuidado en pacientes incontinentes para que no se acumulen las heces ni la orina.
- Quemaduras y necrosis isquémicas. Evitar la excesiva cercanía de fuentes de calor (bolsas de agua caliente, mantas eléctricas) y de fuentes de frío (bolsas de hielo), que producen estas lesiones ya que la hiposensibilidad retarda los mecanismos de defensa de alejamiento.
- Hipotermia. Emplear ropa de abrigo adecuada en invierno: ropa interior de lana, calcetines de lana, abrigo, gorro y guantes.
- Erosiones por rascado. Es secundaria al aumento de sequedad de piel, que mejora con empleo de cremas hidratantes después del baño.

17.6. Anexos

17.6.1. Anexo 1. Mantenimiento de la prótesis ocular

Los ojos artificiales son normalmente de cristal o de plástico. Algunos son fijos y otros se quitan periódicamente para limpiarlos. Están indicados en extirpaciones oculares secundarias a un traumatismo. Para quitar la prótesis es necesario estirar del párpado inferior hacia abajo con el dedo pulgar y presionar sobre el hueso infraorbital para provocar un efecto de ventosa.

La prótesis ocular debe lavarse en un recipiente con suero fisiológico templado y después secarlo con una gasa. Además debe limpiarse la órbita y los tejidos adyacentes con una gasa o algodón y solución salina. Para reinsertar la prótesis se retiran con pulgar e índice los párpados superior e inferior. Se sujeta la prótesis con la otra mano, también con pulgar e índice, y se introduce de forma suave en la órbita. Deben retirarse ante una intervención quirúrgica.

17.6.2. Anexo 2. Mantenimiento del audífono

Los audífonos son amplificadores del sonido que funcionan con pilas para personas con dificultades auditivas. Para realizar su mantenimiento es necesario jabón, agua y toallas o un paño húmedo. También una batería nueva (por si fuera necesario). Para quitar el audífono, primero hay que desconectarlo y después bajar el volumen. Quitar el molde intraauricular rotándolo ligeramente y tirando hacia fuera. Si no se va a utilizar, es mejor quitar las pilas y guardar el audífono en lugar seguro. La limpieza del molde, si puede desmontarse, se realiza dejándolo en remojo con agua. Después se aclara y se seca bien. Si no se puede desmontar, se limpia con un paño húmedo. Comprobar que el molde no está obstruido por restos de suciedad (cera) o por restos de humedad. Para poner el audífono, ajustar el molde intraauricular, conectar el audífono y ajustar el volumen según las necesidades de la persona mayor.

Recuerde...

- Los cambios fisiológicos más importantes en las estructuras sensoriales por el proceso de envejecimiento.
- Las principales patológicas que afectan a los órganos de los sentidos en la persona mayor.
- La correcta higiene de los órganos sensoriales.
- La detección precoz de los síntomas generales que indican patología sensorial.
- El cuidado de las ayudas técnicas (prótesis oculares y audífonos).

El pie geriátrico

18.1. Introducción

Las patologías que se presentan en los pies de las personas mayores no comprometen directamente a estructuras vitales y como tal deben ser entendidas. Por otra parte, su ausencia no puede entenderse como sinónimo de que la persona mayor goce de buena salud o de una independencia óptima. Sin embargo, esto no significa que deban descuidarse, pues su presencia, por sí sola, es suficiente como para comprometer seriamente la calidad de vida de estos pacientes. Así lo demuestra el hecho de que los problemas estructurales del pie estén directamente relacionados con la producción de caídas entre la población geriátrica como consecuencia de los trastornos de la estabilidad y de la marcha que de ellos se derivan, o que los problemas dolorosos localizados en el pie sean una de las causas que más influyen a la hora de limitar la movilidad de las personas mayores de 65 años.

Actualmente en España no existen estudios epidemiológicos que aporten cifras fiables sobre la prevalencia (aumento del número de casos) de las patologías podológicas en la población geriátrica, por lo que los datos que se manejan en el presente punto del capítulo se han obtenido de estudios americanos. Sin embargo, a pesar de las diferencias existentes entre las poblaciones de ambos países, los resultados pueden ser extrapolados en líneas generales.

De ellos se desprende que alrededor del 85% de las personas mayores de 65 años se quejan por uno o más motivos de sus pies y que entre el 45% y el 60% de la población geriátrica se queja de dolor en sus pies que se manifiesta en casi el 60% de los casos cuando caminan.

Tanto el sexo como el aumento de edad se han mostrado como factores que influyen en la distribución de las patologías que afectan al pie en este grupo poblacional, de tal manera que las personas de sexo femenino y aquellas de mayor edad presentaban

algún tipo de patología o de queja en sus pies con mayor frecuencia. En el caso del sexo femenino, este incremento se ha atribuido al uso de un calzado inadecuado, especialmente de los llamados “zapatos de salón”, mientras que en las personas de mayor edad se ha relacionado con la mayor incidencia de enfermedades sistémicas con expresión en las estructuras anatómicas del pie.

Ahora bien, con frecuencia, las personas mayores no consideran las patologías del pie como problemas médicos tratables sino más bien como problemas inevitables e inherentes al proceso de envejecimiento, como lo demuestran estudios en las décadas de los ochenta y noventa, los cuales tomaban como población tanto personas mayores que vivían en medio residencial como personas mayores que vivían en la comunidad. Únicamente entre un 30%-50% de las personas estudiadas tenían conciencia de presentar algún problema en sus pies, mientras que en el análisis minucioso por parte de profesionales sanitarios reveló que entre un 70%-85% de éstos presentaban algún tipo de patología en sus pies. Además se puso de manifiesto que entre un 70% y un 90% era incapaz de proporcionarse una higiene básica del pie adecuada.

18.2. Clasificación de las alteraciones podológicas

Dentro del grupo de patologías que pueden encontrarse en los pies de las personas mayores, podemos señalar que las patologías de tipo dérmico, seguidas de patologías que afectan a la unidad ungueal y de alteraciones estructurales (especialmente localizadas en los dedos) y problemas dolorosos del talón son las que con mayor frecuencia se presentan, como se desprende de los resultados obtenidos en los diferentes estudios epidemiológicos. Teniendo como punto de partida estos datos, se agruparán las patologías del pie en las personas mayores en tres grandes bloques:

- Patología dérmica.
- Patología ungueal.
- Patología estructural.

18.3. Alteraciones podológicas en el pie de las personas mayores

18.3.1. Patología dérmica

A) Relacionada con el proceso de envejecimiento fisiológico de la piel

Con el paso de los años, las células que componen las diferentes capas de la piel (epidermis, dermis y tejido subcutáneo) van a ir sufriendo una serie de cambios que van

a manifestarse en su forma y estructura y especialmente en su función.

Así, en la epidermis (capa más superficial) estas alteraciones determinan que sus uniones con la dermis sean más planas y más frágiles, aspecto este que determina la presencia de una piel más flácida y la mayor facilidad que tienen los ancianos para desarrollar ampollas ante la presencia de fuerzas de cizallamiento. Por otra parte, en las células del estrato córneo (zona superficial de la epidermis) se produce una mayor pérdida de agua y alteraciones de su cohesión que disminuyen la función de barrera que juega la piel. Consecuentemente, existe una mayor absorción percutánea de agua que determina la aparición de xerosis (descamamiento, sequedad) en más del 80% de las personas mayores de 65 años. Esta xerosis se encuentra favorecida por la disminución funcional que se produce tanto en las glándulas sebáceas como en las sudoríparas que proporcionan elasticidad y humedad de la piel.

Paralelamente, en la dermis también puede observarse variaciones notables, especialmente de tipo funcional. Así, la capacidad para sintetizar fibras de colágeno se ve seriamente disminuida y las ya existentes presentan degeneración elástica. De igual manera, las fibras elásticas se encuentran disminuidas y sus propiedades alteradas. Estos cambios unidos al prurito (picor) presente en las personas mayores, principalmente como consecuencia de la xerosis que sufren, predisponen al paciente a sufrir heridas y lesiones cutáneas por rascado. Asimismo también se encuentra incrementado el riesgo de que pequeños traumatismos (especialmente derivados del uso de un calzado inadecuado) provoquen la presencia de solución de continuidad (heridas) en la piel (un ejemplo pueden ser las grietas en el talón).

Prevenir la aparición de este tipo de lesiones (véase [apartado 18.5.1](#) del presente capítulo) puede tener en ocasiones una importancia vital. Se debe tener en cuenta que en las personas mayores existe una menor respuesta inmune que les predispone a sufrir infecciones y que, como consecuencia de la relativa disminución del riego sanguíneo de la piel propia del proceso de envejecimiento cutáneo, la curación de las heridas es aproximadamente dos veces más lento que en las personas jóvenes. Por ello, las heridas en estos pacientes, especialmente cuando además la persona mayor presenta alguna enfermedad sistémica como diabetes mellitus o enfermedades vasculares periféricas que agravan el cuadro clínico, pueden ser la antesala de lesiones más graves que terminen con la amputación parcial o total del miembro inferior.

Por su parte, el tejido celular subcutáneo con el paso de los años va a sufrir un progresivo proceso de atrofia y de adelgazamiento que, unido al menor grosor de la dermis y epidermis, conforman el adelgazamiento de la piel (atrofia cutánea) que se aprecia en las personas mayores. En el pie este hecho es especialmente evidente en la región plantar del talón y en la zona subcapital de los metatarsianos (cara plantar del antepié) y predisponen al paciente a sufrir procesos dolorosos conocidos bajo el término genérico de talalgias (dolor en el talón) y de metatarsalgias (dolor en la cara plantar del antepié).

B) *Relacionada con la acción de agentes externos*

- *Hiperqueratosis*. Se trata de lesiones del estrato córneo (parte superficial de la epidermis) caracterizadas por la presencia de un aumento en el grosor de la capa córnea.

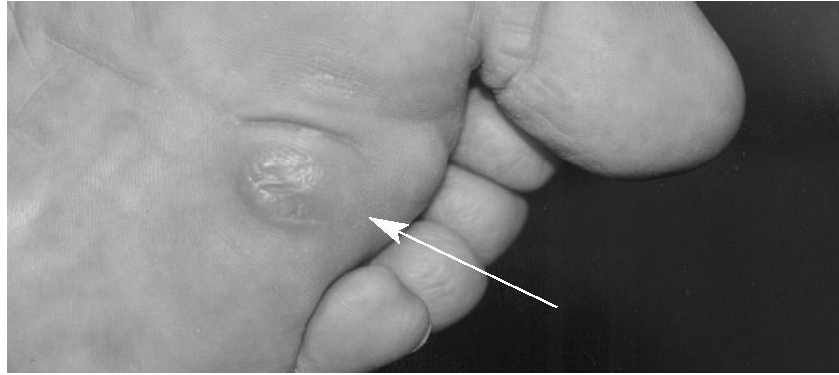


FIGURA 18.1. Hiperqueratosis.

Entre las causas que se relacionan con la producción de este tipo de lesiones se pueden citar:

- Las deformidades estructurales de los dedos (hallux valgus, dedo en garra, dedo en martillo, dedo en mazo).
- Deformidades estructurales del pie (pie plano, pie cavo).
- Conflictos con el calzado, especialmente cuando es estrecho o no cumple las características de un calzado adecuado (véase [apartado 18.5.3](#) del presente capítulo).

La presencia de uno o más de estos factores producen un aumento de las fuerzas de cizallamiento y/o de presión, desencadenándose como respuesta un aumento del mecanismo de protección que se consigue a través de una mayor producción de queratina y un aumento en el número de células córneas como mecanismo protector.

La localización más frecuente de estas lesiones es la región subcapital de los metatarsianos (cara plantar del antepié), abarcan zonas amplias y se acompañan de dolor que aparece al caminar y desaparece en reposo. Su presencia suele ser un signo que nos alerta de la presencia de alteraciones estructurales o funcionales del pie.

- *Helomas*. Son lesiones dérmicas que afectan también a la capa córnea y que se caracterizan por la presencia de un crecimiento circunscrito excesivo de células epidérmicas. A diferencia de las lesiones hiperqueratósicas, los

helomas abarcan áreas pequeñas y presentan en el centro un núcleo en forma de cono que se diferencia del resto de la lesión por su aspecto más opaco.

En función de las características anatomopatológicas podemos hablar de diferentes tipos de helomas. El más frecuente de todos es el heloma duro (figura 18.2) que está compuesto sólo por tejido epidérmico y su localización es preferentemente en la región dorso lateral de las articulaciones interfalángicas (zona superior de los dedos) y en el pulpejo de los dedos. Otro tipo es el heloma interdigital (figura 18.3) que, como su nombre indica, está localizado en las caras laterales de los dedos que miran al espacio interdigital. Compuesto también por células epidérmicas, su color es blanquecino, a diferencia del color amarillento oscuro del heloma duro, fundamentalmente por la maceración cutánea que provoca la mayor sudoración en estas regiones del pie. Otros tipos menos frecuentes de helomas son los neurofibrosos y neurovasculares, localizados preferentemente en la región plantar de los dedos y antepié. Se caracterizan porque, junto con el tejido epidérmico que los forman, se encuentran terminaciones nerviosas o capilares vasculares.

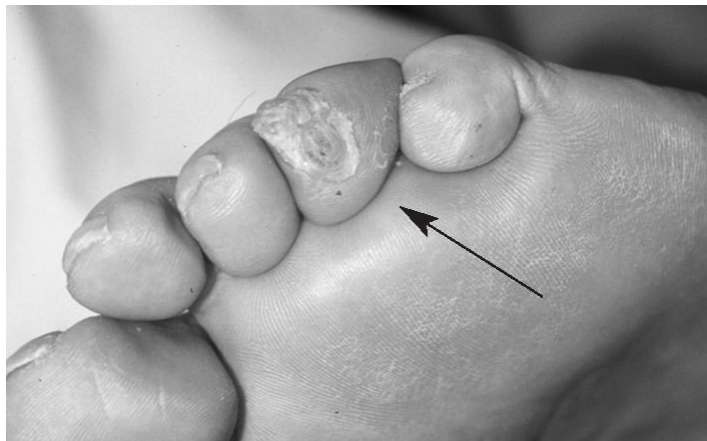


FIGURA 18.2. Heloma duro.

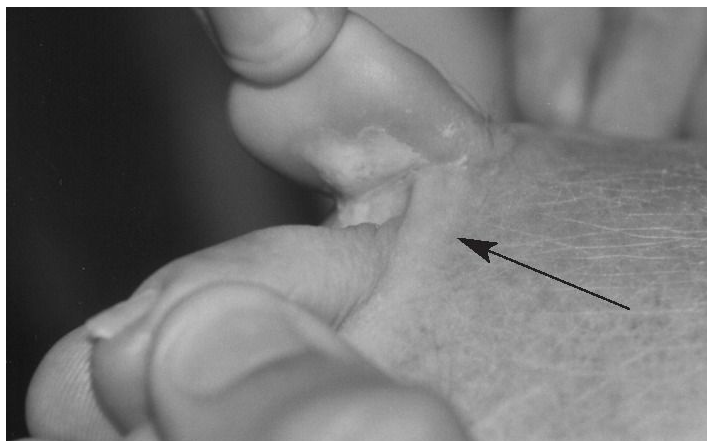


FIGURA 18.3. Heloma interdigital.

Su origen es muy similar al de las hiperqueratosis, si bien las deformidades estructurales que más contribuyen a su desarrollo son las localizadas en los dedos. Clínicamente también se acompañan de dolor de tipo mecánico y al igual que sucede con las hiperqueratosis, su presencia, además de constituir una patología por sí sola, debe ser interpretada como un signo de la existencia de otra patología estructural y/ o funcional del pie de base que debería ser evaluada y tratada adecuadamente.

- *Infecciones.* Como ya se ha señalado, el propio proceso de envejecimiento cutáneo también tiene efectos sobre la respuesta inmune de la piel, ocasionando una disminución de la función y el número de células que están relacionadas con su puesta en marcha. Estas alteraciones inmunológicas predisponen a la persona mayor a sufrir con mayor facilidad procesos infecciosos. Además, en la población geriátrica encontramos otro factor que favorece el desarrollo de infecciones y que está directamente relacionado con la presencia de patologías (oculares, músculo-esqueléticas, mentales) y con la reducción del rango de movimiento articular que presenta esta población. Este factor no es otro que la limitación de la capacidad para poder proporcionarse correctamente una higiene básica del pie, que con frecuencia está presente en estas personas.

La unión de ambos factores se convierte con frecuencia en la puerta de entrada de infecciones fúngicas y bacterianas o víricas.

- Infecciones fúngicas. Los microorganismos que más frecuentemente se encuentran implicados en su producción son levaduras del género *Candida* (especialmente *Candida albicans*, si bien últimamente otras especies hasta ahora menos frecuentes también son detectadas al realizar los estudios micológicos) y hongos dermatofitos, especialmente del género *Tricophyton*.

En líneas generales la infección se localiza en la región de los

espacios interdigitales y los dedos. Se caracteriza por la presencia de prurito en la zona, acompañada de eritema, descamación y maceración de la piel. En pacientes geriátricos, por la xerosis y pérdida de las propiedades elásticas de la piel que presentan, es frecuente observar la presencia de fisuras en la piel.

Ocasionalmente, estas infecciones abarcan también la región plantar y/ o dorsal del pie. Se acompañan en estos casos de pequeñas vesículas que pueden ser hemorrágicas y en ocasiones se da sobreinfección bacteriana.

- Infecciones víricas. Dentro de este tipo de infecciones cabe destacarse las provocadas por el virus del herpes zóster y por el papilomavirus.

Las infecciones por el virus del herpes zóster son muy frecuentes en individuos entre los 50 y 70 años. La lesión básica son la presencia de vesículas pequeñas muy dolorosas que se encuentran agrupadas sobre una base eritematosa. No obstante su localización en el pie no es frecuente.

Las infecciones por papilomavirus son las responsables de producir una lesión dérmica muy conocida bajo el nombre de papiloma ([figura 18.4](#)). Aparece siempre en zonas de la planta del pie y se caracteriza por la presencia de una lesión hiperqueratósica que no sigue los dermatoglifos cutáneos, bajo la cual aparecen microlesiones hemorrágicas. Su tamaño es pequeño y desencadena un dolor intenso cuando el paciente camina o cuando se pellizca la lesión.

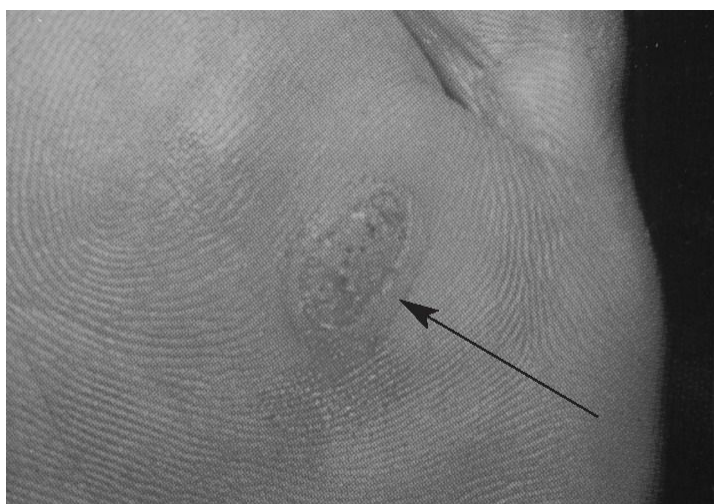


FIGURA 18.4. Infección por papilomavirus (papiloma).

- *Úlceras*. De origen venoso, arterial o neurotrófico (lesión de la piel por alteración neurológica de base), las úlceras representan un serio problema social, económico y sanitario, por lo que su presencia siempre debe ser

evitada mediante la puesta en marcha de las medidas preventivas oportunas.

Las causas más frecuentes son enfermedades arteriales periféricas, enfermedades venosas periféricas, diabetes mellitus y microtraumatismos con el calzado. Las deformidades estructurales del pie también juegan un papel destacado en su desarrollo, especialmente en el caso de la úlcera neurotrófica diabética, también llamada mal perforante plantar.

Por la predisposición de las personas mayores a sufrir infecciones y el retraso fisiológico del proceso de cicatrización, que suele verse agravado por la enfermedad de base causante de la úlcera, las úlceras en el pie limitan mucho la movilidad e independencia del paciente y son una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en la población geriátrica.

18.3.2. Patología ungueal

Junto con la hiperqueratosis y los helomas, las lesiones de la unidad ungueal son las que con mayor frecuencia refieren las personas mayores. Según estudios epidemiológicos, se estima que entre el 30% y el 60% de esta población podría presentar algún tipo de patología ungueal. El origen de esta incidencia tan alta debemos buscarla en los escasos y con frecuencia inadecuados cuidados que se proporcionan los mayores, esencialmente como consecuencia de su deterioro físico. Sin embargo, la presencia de patologías de base, fármacos, déficit nutricionales y microtraumatismos de repetición también se encuentran implicados en su producción.

Entre las patologías ungueales que con mayor frecuencia se aprecian en la población geriátrica se encuentran las siguientes:

1. *Onicocauxis*. Patología ungueal caracterizada por el aumento del grosor de la lámina ungueal.
2. *Onicocriptosis o uña encarnada* ([figura 18.5](#)). Patología ungueal caracterizada porque la lámina ungueal se clava en los bordes laterales de la uña. La causa podemos encontrarla en:
 - Presencia de unos bordes ungueales hipertrofiados.
 - Alteraciones en la forma de la lámina ungueal que se encuentra excesivamente curvada en su extremo distal.
 - Corte de uñas incorrecto, que deja espículas en los laterales. Es la causa más frecuente de uña encarnada entre la población geriátrica.
 - Alteraciones en la marcha en las que se despegue por el borde interno del primer dedo en vez de por el centro, como sería lo normal.



FIGURA 18.5. Onicocriptosis o uña encarnada.

Clínicamente, esta patología se caracteriza en las primeras fases por la presencia de dolor intenso y localizado e inflamación, mientras que en los estadios más avanzados encontramos un fuerte dolor localizado, inflamación del borde afectado del dedo, eritema, pérdida de la solución de continuidad de la piel, infección y presencia de tejido de granulación.

3. *Onicogrifosis* (figura 18.6). Patología caracterizada por la presencia de un gran engrosamiento de la lámina ungueal que adquiere forma de garfio, garra o gancho. Fundamentalmente está producida por traumatismos que causan la pérdida de la lámina ungueal o traumatismo que sin producir su pérdida, sí alteran al lecho y matriz ungueales. Desde el punto de vista clínico, además de la forma típica de gancho que adopta la lámina ungueal, podemos observar una coloración opaca marrón o gris.

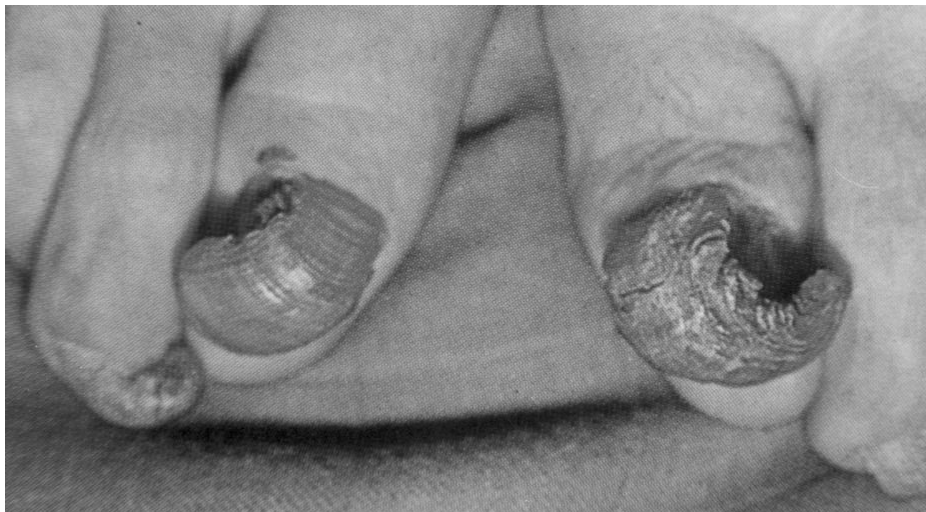


FIGURA 18.6. Onicogrifosis.

4. *Uña en teja* (figura 18.7). Patología caracterizada por la presencia de una lámina ungueal con una curvatura excesiva que predispone a la formación de helomas en el surco ungueal –muy dolorosos–, así como de uñas encarnadas, tanto por la excesiva curvatura transversa, como por la dificultad que presentan a la hora de cortarlas.

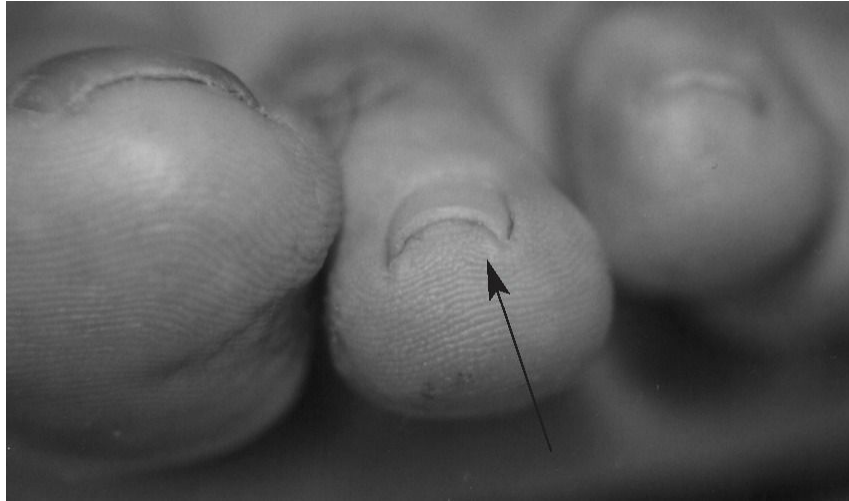


FIGURA 18.7. Uña en teja.

5. *Lesiones subungueales pigmentarias*. Entre las mismas destacan los nevus, que suelen localizarse en la matriz (región donde se producen las células ungueales y que están bajo la cutícula) y clínicamente se observan como una línea pigmentada longitudinal de color marrón-negruzco que se extiende a lo largo de la lámina ungueal.

Otra lesión pigmentada de color marrón es el hematoma subungueal, que clínicamente se observa como una lesión de tamaño variable y que aparece secundariamente a un traumatismo.

Las lesiones anteriores son de carácter benigno, pero también podemos encontrarnos ante un melanoma, tumor maligno muy agresivo. En este caso, la lesión pigmentada es también de color marrón-negruzco, de bordes irregulares, que aumenta de tamaño progresivamente. El diagnóstico definitivo lo establece una biopsia de la lesión.

6. *Onicomycosis* (figura 18.8). Posiblemente sea esta la lesión ungueal más frecuente dentro de la población geriátrica. Se caracteriza por la presencia de una infección por hongos. Cuando el agente infeccioso es un hongo dermatofítico, la lámina ungueal ofrece un color entre amarillento y verde-grisáceo, engrosamiento de la lámina ungueal y fragilidad de la misma, despegamiento de la lámina ungueal del lecho. Por contra, cuando el agente causal es una levadura, generalmente del género *Candida*, la coloración es marrón, afecta a toda la uña, se engrosa la lámina ungueal e incluso se

encuentran afectados los bordes ungueales.



FIGURA 18.8. Onicomycosis.

18.3.3. Patología estructural del pie

La presencia de patología estructural en el pie geriátrico se encuentra directamente relacionada con uno o varios de los siguientes factores:

- Uso de un calzado inadecuado (tanto en la actualidad como en la vida adulta).
- Presencia de enfermedades de base (especialmente de tipo reumático, endocrino y/ o vascular).
 - Yatrogenias quirúrgicas.
- Evolución de patologías no tratadas o inadecuadamente tratadas durante la vida adulta.
- Proceso de envejecimiento del sistema músculo-esquelético.

La presencia de este tipo de deformidades se encuentra íntimamente ligada al desarrollo de patologías dolorosas, especialmente en la región del antepié (metatarsalgias) y del retropié (talalgias), y de problemas en la estabilidad y marcha de la persona mayor. En consecuencia, son éstas un grupo de patologías con gran capacidad para limitar o anular tanto la movilidad del anciano como su independencia. Por su mayor frecuencia, de este grupo de patologías cabe ser citadas las deformidades estructurales localizadas en los dedos, el pie plano y el pie cavo.

1. *Pie plano* (figura 18.9). Caracterizado por la ausencia o gran disminución del arco interno del pie. Cuando se observa de frente este tipo de pies dan la

sensación de estar “volcados hacia adentro”. Los talones están en posición de valgo (rotados en interno) y su marcha tiende a ser con las puntas hacia fuera.



FIGURA 18.9. Pie plano.

2. *Pie cavo* (figura 18.10). Caracterizado por el exceso de arco interno del pie. Cuando se observa de frente este tipo de pies dan la sensación de estar “volcados hacia afuera”. Los talones están en posición de varo (rotados en externo). Puede acompañarse de dolor en el borde exterior de la rodilla y en la región lumbar de la espalda.



FIGURA 18.10. Pie cavo.

3. *Deformidades digitales*. Son, dentro de las deformidades estructurales, las que se observan con mayor frecuencia en el paciente geriátrico. Alrededor de un 50% de los pacientes geriátricos presentan algún tipo de deformidad digital. Dentro de estas podemos citar:

- *Hallux valgus* (figura 18.11). Dentro de las deformidades de los dedos es la

más común y una de las más habituales entre todas las deformidades del pie geriátrico. Se caracteriza por la desviación del primer dedo en abducción (hacia el exterior) acompañado de un grado variable de rotación en interno y la desviación del primer metatarsiano en adducción (hacia el interior), lo que condiciona que aparezca una tumefacción no inflamatoria en el borde interno de la primera articulación metatarsofalángica que recibe el nombre de “bunion” o “juanete”. En las fases iniciales se acompaña de dolor en el borde interno de la primera articulación metatarsofalángica y en su región plantar, mientras que en las etapas más avanzadas se acompaña de metatarsalgia (dolor en la cara plantar del antepié).

- *Hallux rígido* (figura 18.12). Patología degenerativa de la primera articulación metatarsofalángica caracterizada por la disminución o abolición del movimiento en flexión dorsal de esta articulación. Se caracteriza por dolor y tumefacción inflamatoria periarticular (alrededor de la articulación). En radiografía se observa la abolición o disminución del espacio articular y osteofitos (crecimiento óseo anómalo) marginales.



FIGURA 18.11. Hallux valgus.

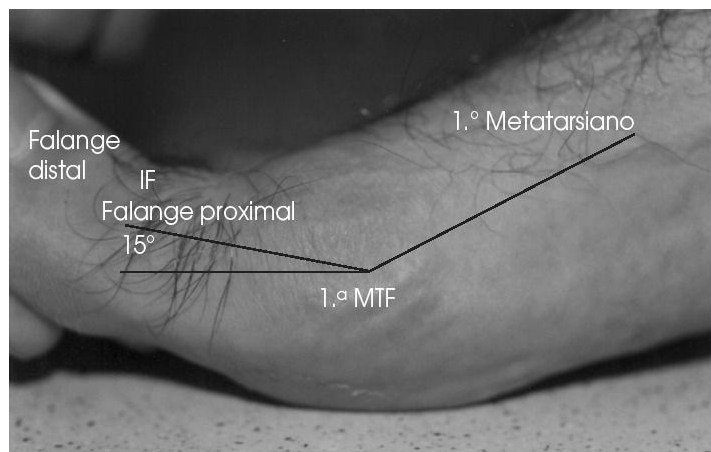


FIGURA 18.12. Hallux rígido.

- *Dedo en garra*. Deformidad digital caracterizada por la presencia de flexión dorsal de la articulación metatarsofalángica y flexión plantar de las articulaciones interfalángicas proximal y distal. Suele acompañarse de helomas en la región dorsal de la articulación interfalángica y en el pulpejo de los dedos, así como de hiperqueratosis y dolor en la región plantar del antepié.
- *Dedo en martillo* (figura 18.13). Deformidad digital caracterizada por la presencia de flexión dorsal de la articulación metatarsofalángica, flexión plantar de la articulación interfalángica proximal y posición neutra o ligera flexión dorsal de la articulación interfalángica distal. Al igual que en el dedo en garra, suele acompañarse de helomas en la región dorsal de la articulación interfalángica y en el pulpejo de los dedos, así como de hiperqueratosis y dolor en la región plantar del antepié.

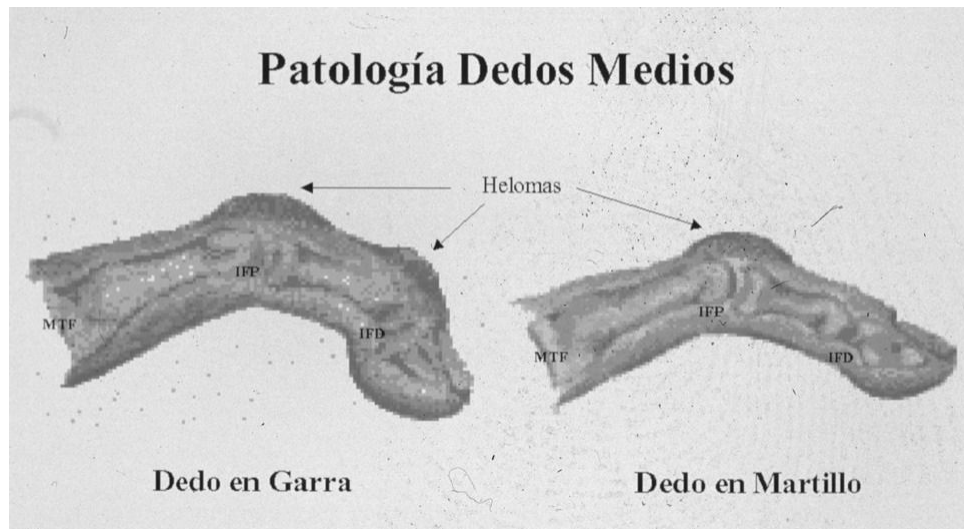


FIGURA 18.13. Dedo en garra y dedo en martillo.

18.4. Objetivos de la actuación del gerocultor ante las enfermedades del pie geriátrico

La actuación del gerocultor ante las patologías del pie geriátrico, tanto dérmicas como estructurales o que afecten a la unidad ungueal, está esencialmente dirigida en dos direcciones:

1. Observar su presencia o signos y síntomas que puedan delatarla para ponerlo

- en conocimiento del podólogo o, en su defecto, del médico o enfermero.
2. Aplicar, bajo supervisión podológica, médica o de enfermería, medidas preventivas, especialmente en los casos de patologías dérmicas y/ o ungueales, que eviten su aparición.

18.5. Cuidados

18.5.1. Enfermedades dérmicas

- Diariamente deben inspeccionarse los pies de las personas mayores buscando enrojecimientos puntuales, heridas, erosiones, lesiones hiperqueratósicas o signos de infección.
- Cuando se detecten signos en el pie que puedan hacer notar la presencia de infección, comunicarlo inmediatamente al podólogo, médico o enfermero.
- Si se observan helomas o hiperqueratosis en el paciente, debe ponerse en conocimiento del podólogo. Pero, además, se debe educar al paciente y familiares para que no intenten autotratarse estas lesiones mediante el uso de tijeras, cuchillas o los tan conocidos callicidas (sustancias químicas con poder queratolítico) ya que el riesgo de que se produzcan heridas o quemaduras es muy elevado y sus consecuencias muy graves, especialmente en pacientes diabéticos o con patología vascular periférica.
- Cuando se observen la presencia de úlceras o heridas se deberá poner en conocimiento del podólogo, médico o enfermero para su evaluación e inmediato tratamiento.
- La presencia de rozaduras o enrojecimientos localizados en el pie es un signo relacionado con la presencia de deformidades estructurales o con el uso de un calzado inadecuado, por lo que deberá ponerse en conocimiento del podólogo este hecho para su evaluación y, además, deberá aconsejar a la persona mayor sobre las características básicas que debe cumplir el calzado (véase [apartado 18.5.3](#) del presente capítulo).
- La higiene básica del pie es otro de los aspectos que se deben vigilar estrechamente por la gerocultora para constatar que el paciente o sus familiares lo realizan adecuadamente. En caso contrario, dichos cuidados deben ser proporcionados adecuadamente por el gerocultor.
- Como cuidados de higiene básica deben considerarse todos los relacionados con el lavado, secado e hidratación de los pies.
- Así pues, se debe cuidar que la temperatura del agua no sea superior a los 34,5° C, teniendo la precaución de medir esta temperatura mediante un termómetro y no preguntando a la persona mayor si el agua le quema, pues con frecuencia pueden presentarse en ella procesos patológicos (diabetes mellitus,

demencias...) que afectan a su sensibilidad térmica y le impidan responder adecuadamente.

- Otro de los aspectos que deben ser cuidados es que no se superen los 5 minutos con los pies en el agua y se utilicen jabones con pH neutros.
- El proceso de secado también debe ser meticuloso y es aconsejable invertir unos minutos en ello, especialmente para no dejar húmedas zonas como los espacios interdigitales que predisponen a la persona mayor a sufrir infecciones fúngicas.
- Después del secado debe hidratarse diariamente la piel utilizando cremas con urea al 5%. Si el paciente o sus familiares no pueden realizarlo, deberá ser el gerocultor quien lo realice. En caso de que puedan realizarlo pero no sepan hacerlo adecuadamente, se deberá explicar al paciente o sus familiares cuál es el tipo de cremas adecuado para la correcta hidratación, poniendo especial énfasis en que la crema se extienda de forma uniforme por toda la superficie del pie hasta su completa absorción, para evitar así que quede en espacios interdigitales o pliegues ya que crea un clima cutáneo que favorece el desarrollo de infecciones.

18.5.2. Enfermedades ungueales

- Observar regularmente el estado de las uñas de los pacientes geriátricos, buscando algún signo que pueda ser compatible con la presencia de alguna de las patologías descritas, en cuyo caso se deberá poner en conocimiento del podólogo para su valoración y tratamiento adecuado.
- Debe observarse y comprobarse que el paciente, bien por sus medios bien a través de su familia, presenta un adecuado corte de uñas. En caso contrario se deberá enseñar a la familia o a la propia persona mayor que la forma adecuada de realizar este es usando elementos de punta roma, cortando la lámina ungueal recta y evitando cortar los bordes laterales de la uña. La costumbre existente de cortar estos bordes, unida a las deficiencias visuales y de movilidad que presentan los ancianos, es la causa que con mayor frecuencia produce uñas encarnadas en esta población.
- Ante una persona mayor que presenta una uña encarnada *nunca* se deberá cortar el tejido de granulación que con frecuencia crece en el borde lateral donde se clava la uña al no ser esta la forma de tratar la patología y poder ser la vía de diseminación de la infección.
- En las personas mayores con onicogrifosis *nunca* se deberá intentar rebajar o cortar el grosor de la uña, pues el lecho ungueal con frecuencia se encuentra deformado y existe gran riesgo de lesionarlo.

18.5.3. Patología estructural

- Observar si la persona mayor disminuye su interés por caminar. En caso afirmativo, averiguar si es por el dolor en sus pies y ponerlo en conocimiento del podólogo y/ o médico para su evaluación y tratamiento.
- Observar si la persona mayor presenta en el pie alguno de los signos descritos en el punto 5 del presente capítulo para ponerlo en conocimiento del podólogo y/ o médico.
- Educar al paciente y a su familia sobre las características que debe tener el calzado que use la persona mayor a fin de permitirle una deambulaci3n m3s c3moda y estable. Entre estas recomendaciones se encuentran las siguientes:
 - El calzado debe ser de materiales nobles que permitan una mejor transpiraci3n (cuero preferentemente).
 - El tac3n no debe ser superior a los 4 cm y, preferentemente, de tipo cuña y con base de apoyo ancha.
 - El contrafuerte posterior del tal3n debe ser duro.
 - Preferentemente acordonado. No obstante, debe tenerse cuidado en no apretar demasiado los cordones.
 - Que presente cambrill3n.
 - Su longitud interna deber3 ser 1 cm mayor que la longitud del pie. Se recomienda comprar el calzado a 3ltima hora de la tarde.

Recuerde...

- El pie de las personas mayores es el asiento de numerosas patologías que tienen una estrecha relaci3n con la disminuci3n de la movilidad y p3rdida de calidad de vida que con frecuencia sufre este grupo poblacional.
- Los gerocultores juegan un papel importante en su detecci3n precoz al ser el profesional sanitario que pasa m3s tiempo en contacto con las personas mayores.
- La detecci3n de signos o sntomas que puedan indicar la presencia de patologías en el pie de las personas mayores debe ponerse en conocimiento inmediato del pod3logo y/o m3dico para tratarlo adecuadamente. Esto puede evitar las graves consecuencias que de ellas se derivan a largo plazo.
- La aplicaci3n, bajo supervisi3n podol3gica, m3dica o de enfermería, de las medidas preventivas oportunas, especialmente en las patologías d3rmicas y ungueales, es la mejor forma de evitar que aparezcan lesiones en el pie de las personas mayores.

PARTE III

CUIDADOS GENERALES EN SITUACIONES ESPECIALES

Administración de fármacos

19.1. Introducción

La administración de fármacos es función, en primer término, de enfermería. Sin embargo, el gerocultor/a debe colaborar con ella en las diferentes comprobaciones para la correcta administración de los mismos. Además, no en pocas ocasiones será éste el encargado de su administración cuando la enfermera delegue dicha tarea. Es importante recordarlo: el gerocultor sólo administrará fármacos por delegación de esta tarea por parte de la enfermera.

CUADRO 19.1
Vías de administración de los fármacos

<i>Acción local o tópica</i>	
• Dérmica. • Rectal. • Ótica. • Vaginal. • Bucal. • Oftálmica. • Nasal. • Inhalatoria.	
<i>Acción sistémica</i>	
• Oral. • Parenteral: • Sublingual. – Subcutánea. – Intramuscular. – Intradérmica (para pruebas alérgicas).	

- Intravenosa.

En el presente capítulo se pretende desarrollar las nociones elementales sobre los diferentes procedimientos para la administración de medicamentos que son delegados sobre el gerocultor.

Al hablar de vía tópica en el presente capítulo, se hará aplicando el término a todos aquellos fármacos que tienen un efecto local (todos los medicamentos que se administren por vía dérmica, rectal, vaginal, oftálmica, ótica y nasal).

19.2. Principales vías de administración de fármacos

19.2.1. Vía oral

1. Concepto

- ¿Qué es? Conjunto de actividades destinadas a proporcionar fármacos para su absorción por vía gastrointestinal.
- Indicaciones. Es la vía más utilizada para todos los fármacos al ser más barata y segura, sencilla para su administración y no producir molestias ni dolor. Es la vía de elección siempre que la persona pueda tragar.
- Contraindicaciones. Presencia de vómitos, estado de inconsciencia e incapacidad para tragar.

2. Recursos

- Materiales.
 - Medicación prescrita en forma sólida (comprimidos, grageas, cápsulas, sobres) o líquida (soluciones, jarabes, etc.).
 - Vaso con agua.
 - Vasito o cucharilla para administrar la medicación en caso de que el mayor no pueda tomarla de manera autónoma.
- Lugar. Cualquiera que permita la administración con comodidad.
- Medidas de protección.
 - Verificación del nombre y la medicación correcta.
 - Intentar enmascarar los sabores desagradables de algunos fármacos.
 - No mezclar la medicación con fórmulas para alimentación enteral (por

SNG).

3. Procedimiento

- Información previa.
 - Es preciso comprobar previamente la capacidad del mayor para tragar.
 - Comunicar al mayor el fármaco y para qué se ha prescrito, siempre que no esté desaconsejado. Informar siempre que se den cambios en el fármaco, la dosis, la forma farmacéutica, etc.
 - Animar al mayor para que comunique cualquier cambio en su estado tras la administración del fármaco.
 - Se debe colocar a la persona sentada o en decúbito lateral (en caso de que tenga que permanecer tumbada). Así permitimos que trague sin dificultad y reducimos el riesgo de aspiración (paso de la medicación a vías respiratorias).
- Actuación.
 - Para preparados en forma de comprimidos:
 - ✓ Si hay dificultad para tragar: triturar el comprimido, disolverlo en un poco de agua o mezclarlo con comida blanda (purés). Dar un sorbo de agua antes del comprimido para humedecer la mucosa faríngea y facilitar la deglución del comprimido. Si se coloca el comprimido en la parte posterior de la lengua antes de tomar el agua, se estimula el reflejo de tragar.
 - ✓ Si el gerocultor debe introducir la medicación en la boca del mayor, puede utilizar un vasito o una cucharilla para no tocar la medicación ni la boca del mayor con sus propias manos.
 - Para preparados en forma líquida:
 - ✓ Retirar el tapón y colocarlo sobre la mesa boca arriba (para evitar la contaminación del interior del mismo).
 - ✓ Verter la medicación en un vaso calibrado hasta el nivel deseado. Si no se dispone de vasito calibrado, se puede utilizar una cuchara sopera (tiene 10 ml de capacidad).
 - ✓ Tras dar la medicación, se debe limpiar el borde de la botella con una servilleta de papel para evitar que el tapón se pegue.

CUADRO 19.2

Equivalencias en la medición de líquidos entre sistema métrico y un sistema casero

1 ml = 1 cc = 15 gotas.
 10 ml = 10 cc = 1 cucharada sopera.
 100 ml = 100 cc = 1 vaso vino.
 200-250 ml = 200-250 cc = 1 vaso agua.

CUADRO 19.3

Administración de medicamentos de forma segura

Los 5 “correctos” que deben cumplirse en la administración de un fármaco:

- El fármaco es el indicado.
- La dosis es la prescrita.
- Se administra en el momento que corresponde.
- Se administra por la vía correcta.
- Se administra a la persona correcta.

- Para preparados en forma de cápsulas. En lo posible, no debe liberarse el contenido de la cápsula de su envoltorio: estas especialidades farmacéuticas están preparadas para que su liberación se produzca en sitios concretos del tubo digestivo. Si estos fármacos llegan al estómago sin su protección pueden verse alterados por la acidez gástrica y perder parte de su eficacia.
- Para preparados en forma de sobres:

- ✓ Introducir todo el contenido del sobre en agua y disolverlo bien.
- ✓ Los antiácidos no deben diluirse, ya que se disminuye el efecto del fármaco.

- Para preparados efervescentes:

- ✓ Llenar un vaso de agua a la mitad.
- ✓ Introducir el fármaco y esperar hasta su total disolución antes de ingerirlo.

- Riesgos

- Derivados del proceso. Equivocación en la administración del fármaco: recordar los “cinco correctos” (véase [cuadro 19.3](#)).
- Derivados del propio paciente:

- ✓ Alteraciones cognitivas: el mayor puede escupir la medicación.
- ✓ Vómitos y tos: guardar la medicación hasta que cesen.

4. Complicaciones

- Si la medicación tiene un aspecto diferente a la que toma, el mayor puede no aceptarla. Muchas personas mayores están acostumbrados al aspecto del fármaco y un cambio puede hacerles pensar que no se les ha administrado la medicación correcta (un mismo fármaco puede tener diferente forma según la marca comercial, variando el tamaño o el color). En cualquier caso, no debe darse sin haber verificado la prescripción original.
- Se debe permanecer con el mayor hasta que haya tragado los medicamentos.

5. Evaluación

- ¿El mayor se niega a tomar su medicación? ¿Ha habido algún problema para tragarlo?

19.2.2. *Vía tópica (dérmica)*

1. Concepto

- ¿Qué es? Conjunto de actividades para depositar la medicación en la superficie de la piel, para su absorción en esa zona y para tratamiento de afecciones locales.
- Indicaciones.
 - Reducción de picores.
 - Lubricar y suavizar la piel.
 - Vasoconstricción o vasodilatación local.
 - Administración de antibióticos o antisépticos para tratar o prevenir la infección.
- Contraindicaciones. La medicación no debe administrarse sobre:
 - Heridas abiertas: puede pasar el fármaco a torrente circulatorio y producir efectos sistémicos.
 - Queratosis (zonas con durezas): puede verse reducida la penetración del medicamento a estratos más profundos, donde realiza su acción

terapéutica.

2. Recursos

- Materiales.
 - Medicación a administrar.
 - Gasas.
 - Guantes.
- Lugar. Si se tiene que descubrir alguna parte del cuerpo, conviene que se realice en un lugar donde se respete la intimidad del mayor.
- Medidas de protección.
 - Uso de guantes limpios para evitar la transmisión de alteraciones dermatológicas de carácter infeccioso.
 - Comprobar que la medicación se administra a la persona correcta.

3. Procedimiento

- Información previa. Del procedimiento que se va a realizar. Que el mayor descubra la zona a tratar.
- Actuación.
 - Colocarse los guantes.
 - Limpiar la zona con agua y jabón y secarla bien, evitando frotarla (para no irritar).
 - Depositar sobre una gasa estéril la medicación que se va a administrar.
 - Extender con la gasa el medicamento por la zona.
 - Evitar aplicar sobre heridas (salvo que el medicamento se emplee para su tratamiento), ya que la medicación puede tener así efectos sistémicos y no locales, que son los que se buscan.
- Riesgos
 - Derivados del proceso.
 - ✓ Irritación por aplicación del medicamento sobre ojos o mucosas.
 - Derivados del propio paciente.

- ✓ Lesiones en la piel que aumenten la absorción del fármaco.

4. Complicaciones

- Efectos sistémicos de la medicación.
- Reacciones adversas o alérgicas.

5. Evaluación

- Aparición de picor, enrojecimiento de la zona, aumento del calor local o escozor, que son indicativos de reacción alérgica.

19.2.3. Vía oftálmica

1. Concepto

- ¿Qué es? Conjunto de actividades dirigidas a depositar la medicación sobre la conjuntiva.
- Indicaciones. Tratamiento de infecciones o alteraciones oculares de la persona mayor (cataratas, glaucoma, etc.).

2. Recursos

- Materiales.
 - Gasas estériles.
 - Guantes.
 - Cuentagotas o tubo de pomada oftálmica.
- Lugar. Debe permitir la adopción de una postura cómoda: silla, sillón o cama.
- Medidas de protección.
 - Comprobar que la medicación corresponde a la persona correcta.
 - Uso de guantes y de gasas estériles para evitar la contaminación de la conjuntiva.

3. Procedimiento

- Información previa. Informar del procedimiento a realizar. Sentar cómodamente al mayor e indicarle que mire al techo (de esta manera se reduce el parpadeo).
- Actuación.
 - Exponer el saco conjuntival inferior tal y como muestra la [figura 19.1a](#).
 - El cuentagotas o la punta del tubo de pomada oftálmica no debe tocar ni el saco conjuntival ni la córnea, ya que podrían contaminarse al contacto con el ojo.
 - Para la aplicación de pomadas ([figura 19.1b](#)):
 - ✓ En cada aplicación, desechar la primera porción de la pomada (se considera contaminada).
 - ✓ Se coloca el tubo sobre el saco conjuntival inferior y se deja caer sobre el mismo 3 cm de pomada desde el ángulo interior del ojo hacia el exterior.
 - ✓ Hacer que el mayor cierre el párpado, sin apretarlo, para que el medicamento se esparza por toda la conjuntiva.

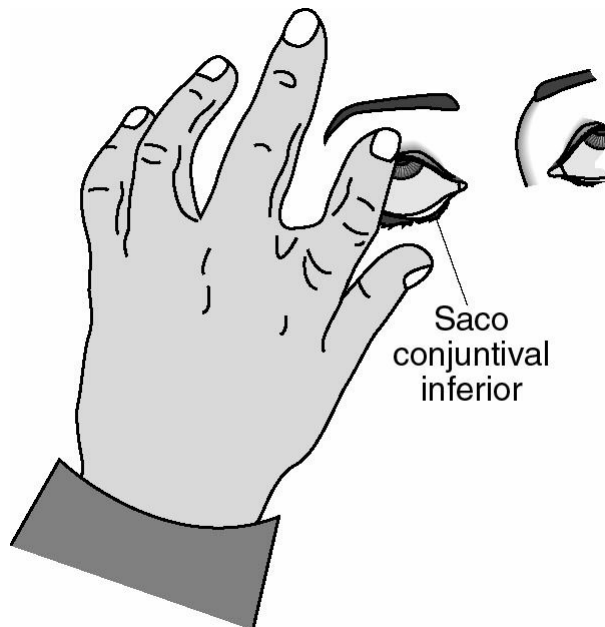


FIGURA 19.1a. Exposición del saco conjuntival.

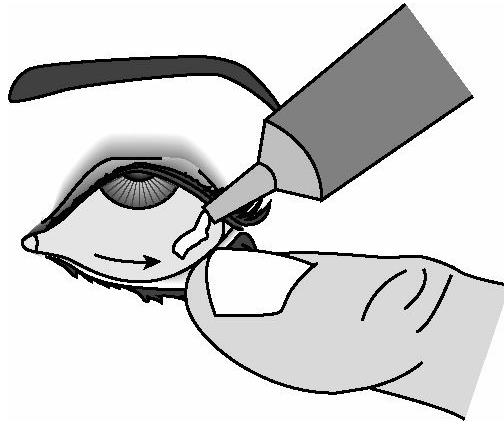


FIGURA 19.1b. Aplicación de pomada oftálmica.



FIGURA 19.1c. Instilación de gotas oftálmicas.

- Para la administración de gotas ([figura 19.1c](#)):
 - ✓ Se instilan las gotas prescritas sobre el saco conjuntival. No se debe depositar la medicación (en especial colirios) sobre la córnea.
 - ✓ Se presiona unos 30 segundos sobre el conducto nasolacrimal (en el ángulo interior del ojo). Así se evita la expulsión de la medicación por dicho conducto.
 - ✓ Limpiar el párpado con una gasa desde el ángulo interior hacia el exterior (cada ojo con una gasa).
- Riesgos
 - Derivados del proceso.
 - ✓ Lesión de la conjuntiva. Contaminación del cuentagotas.

- Derivados del propio paciente.

- ✓ Expulsión de la gota por excesivo parpadeo.

4. Complicaciones

- Lesión de la conjuntiva.
- Irritación conjuntival.
- Reacciones alérgicas.

5. Evaluación

- Evitar contaminaciones. Evitar errores en la administración a la persona correcta.
- ¿Hay irritación ocular, dolor o escozor?

19.2.4. Vía ótica

1. Concepto

- ¿Qué es? Conjunto de actividades encaminadas a la instilación de fármacos en el conducto auditivo externo (CAE).
- Indicaciones. Tratamiento de infecciones óticas. Instilación de productos para el ablandamiento de taponamientos de cerumen.
- Contraindicaciones. Perforaciones de tímpano. Irritación del CAE.

2. Recursos

- Materiales.
 - Envase con la medicación.
 - Guantes (opcional).
 - Algodón.
- Lugar. Lugar cómodo; es más fácil la administración si el mayor está tumbado.

3. Procedimiento

- Información previa. Informar del procedimiento. Colocar a la persona mayor en decúbito lateral. El oído donde se realizará la instilación debe estar arriba.
- Actuación.
 - Templar previamente el envase con las manos.
 - Tensar el conducto auditivo. Esto se logra tirando hacia arriba y hacia atrás del pabellón auditivo (figura 19.2).

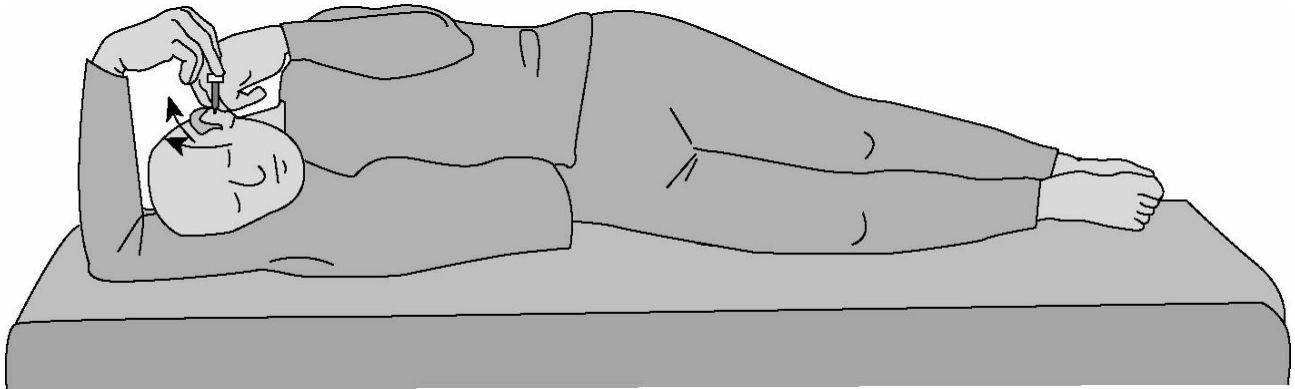


FIGURA 19.2. Tensando el CAE.

- Instilar la medicación.
 - Tras la instilación se realizará una presión suave y firme con la punta del dedo índice sobre la boca del oído. De esta forma el flujo de la medicación penetra en el conducto.
 - Se debe permanecer en decúbito lateral durante unos 5 minutos.
 - Dejar un algodón en el orificio otros 15-20 minutos. No introducirlo a presión dentro del canal, ya que se dificulta la salida de secreciones del conducto.
- Riesgos.
 - Derivados del proceso.
 - ✓ Irritación del CAE.
 - Derivados del propio paciente.
 - ✓ Movimientos o cambios posturales bruscos debidos a la agitación del mayor pueden provocar la salida de la medicación del oído.

- ✓ El exceso de cerumen puede impedir la penetración del medicamento por todo el CAE.

4. Complicaciones

- Irritación del CAE. Dolor, si la temperatura de las gotas es demasiado baja.

5. Evaluación

- ¿Se presentan acufenos (sensación de zumbidos)? ¿El mayor refiere dolor o irritación tras la administración de las gotas?

19.2.5. Vía nasal

1. Concepto

- ¿Qué es? Conjunto de actividades orientadas a la administración de medicamentos a través de las fosas nasales para su absorción por la mucosa nasal o los senos parafrontales
- Indicaciones. Alivio de la congestión sinusal o por resfriado.

2. Recursos

- Materiales.
 - Envase con medicación.
 - Pañuelo.
- Lugar. Sillón o cama.
- Medidas de protección. Evitar movilizaciones bruscas del cuello en personas con molestias en las cervicales.

3. Procedimiento

- Información previa. Información del procedimiento. Limpieza previa de las vías nasales: el mayor deberá sonarse. Colocarse en decúbito supino, introduciendo una almohada bajo los hombros para que la cabeza tenga una ligera hiperextensión (como se indica en las [figuras 19.3a](#) y [19.3b](#)). Debe

respirar por la boca.

- Actuación.
 - Elevar los orificios nasales realizando una ligera presión con uno de los dedos sobre la punta de la nariz.

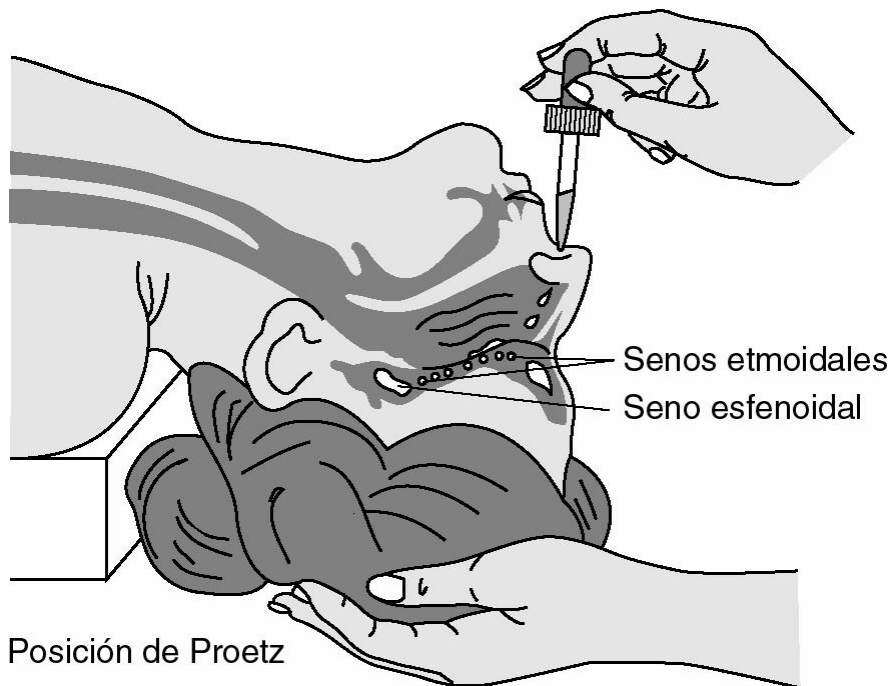
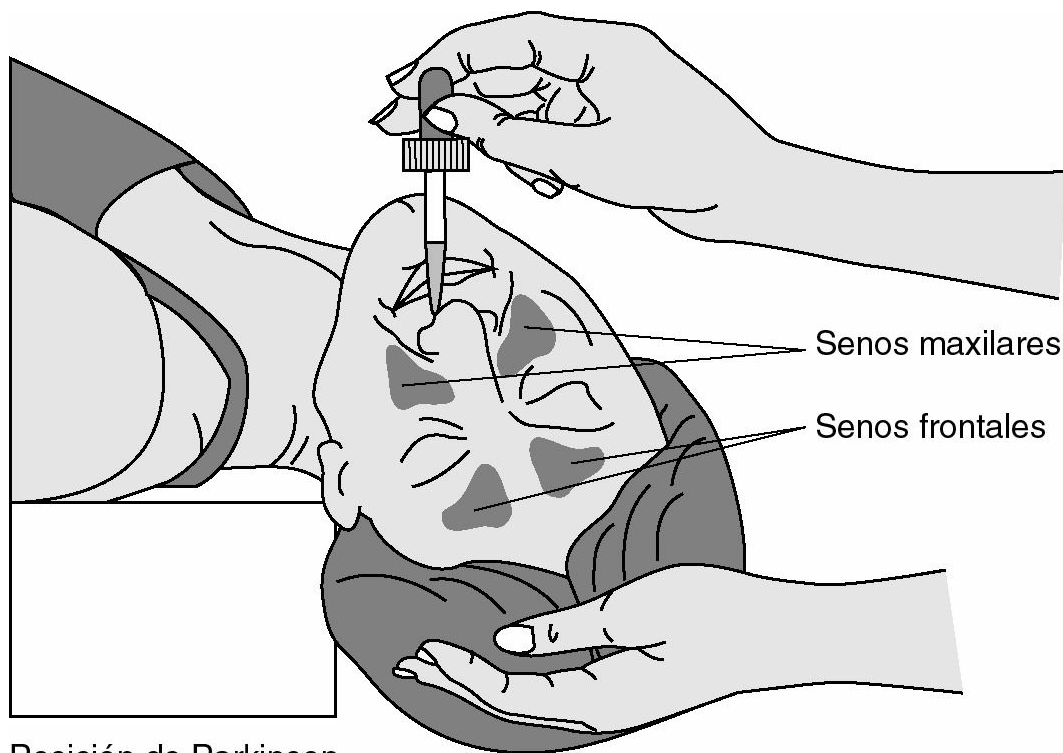


FIGURA 19.3a. Posición de la cabeza para la instilación en fosas nasales (descongestión nasal).



Posición de Parkinson

FIGURA 19.3b. Posición de la cabeza para la instilación en senos frontal y maxilar (tratamiento de sinusitis).

- Colocar el cuentagotas por encima de los orificios nasales. Evitar el contacto con la mucosa nasal para impedir su lesión y la contaminación del cuentagotas.
- Debe dirigirse el cuentagotas hacia el techo de la cavidad nasal (véase [figura 19.4](#)) ya que, si las gotas se dirigiesen hacia el suelo, el líquido podría entrar en la trompa de Eustaquio.
- Una vez realizada la instilación, debe mantenerse un minuto en la misma posición.
- Se desecha el resto de la medicación.

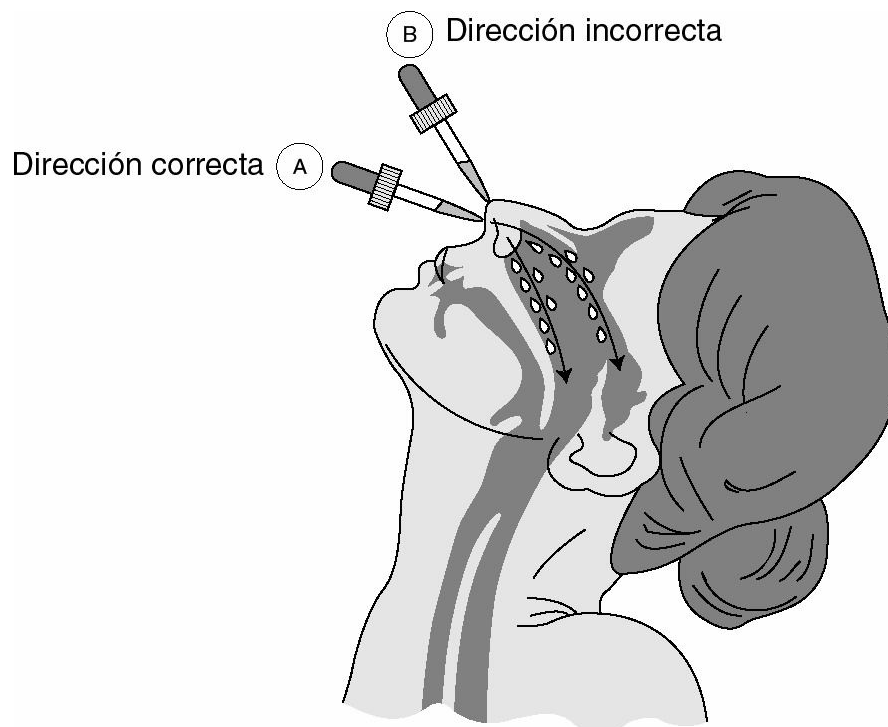


FIGURA 19.4. Dirección del cuentagotas.

- Riesgos.
 - Derivados del proceso.
 - ✓ Aumento de la presión intracraneal o de hemorragias nasales al sonarse la nariz.
 - Derivados del propio paciente.
 - ✓ Mareos, sobre todo en mayores con problemas cervicales.
 - ✓ El mayor no debe abusar del medicamento, ya que puede aparecer un efecto rebote (aumento de la congestión).

4. Complicaciones

- Mareos.
- Hemorragias nasales.
- Aumento de la congestión nasal o sinusal.

5. Evaluación

- ¿Se ha producido alguna de las complicaciones citadas arriba?

19.2.6. *Vía vaginal*

1. Concepto

- ¿Qué es? Conjunto de actividades encaminadas a la administración de un medicamento para que ejerza su acción en la mucosa vaginal o para la limpieza de la misma.
- Indicaciones.
 - Irrigaciones vaginales: para la prevención de infecciones, aplicando una solución antimicrobiana. También para la extracción de algún exudado irritante o que pueda lesionar la mucosa vaginal.
 - Instilaciones vaginales: introducción del fármaco para el tratamiento de infecciones.
- Contraindicaciones.
 - Lesiones en los labios vaginales: consultar al médico antes de proseguir.

2. Recursos

- Materiales.
 - Guantes.
 - Pera para irrigación.
 - Lubricante.
 - Cuña.
 - Toallas.
 - Empapador.
 - Medicación para instilaciones: cremas, geles y supositorios u óvulos.
 - Aplicadores para la medicación (vienen en el mismo envase).
- Lugar. Que permita la privacidad y el respeto al pudor de la mujer mayor.
- Medidas de protección.
 - Uso de guantes.

- Toalla: para cubrir, permite mantener la intimidad de la mujer.

3. Procedimiento

- Información previa. Explicar el proceso. Colocar a la mujer en postura ginecológica, en decúbito supino con las piernas flexionadas y con ligera rotación externa de las caderas, cubierta de tal manera que permita mantener visible la zona perineal (figura 19.5). Colocar a la mujer sobre una cuña, poniendo una toalla o empapador bajo ésta. Se efectuará previamente un lavado de la zona perineal para limpiarla de microorganismos.
- Actuación.
 - Para la irrigación:

- ✓ Cargar la pera con la solución con la que se va a irrigar. Se debe colocar un terminal con orificios laterales para evitar que se dirija el chorro hacia el útero (se podría introducir ahí la infección).



FIGURA 19.5. Postura ginecológica.

- ✓ Verter en la zona perineal algo del líquido con el que se va a realizar la irrigación.
- ✓ Dirigir el cabezal hacia el sacro (según la dirección que sigue la

- ✓ vagina)
 - ✓ Girar el cabezal varias veces para irrigar bien todas las partes de la vagina.
 - ✓ Se debe utilizar toda la solución y que ésta salga libremente de la vagina cayendo en la cuña. Si no saliese el líquido irrigante, podría indicar una posible lesión en la mucosa debida a la presión de la irrigación.
 - ✓ Una vez terminada la irrigación debe retirarse el cabezal de la vagina y sentar a la mujer para que pueda drenar todo el líquido.
 - ✓ Secar bien la zona perineal.
 - ✓ Retirar la cuña, la toalla o empapador y el paño con el que hayamos cubierto a la mujer.
- Para instilación de supositorios u óvulos:
- ✓ Ponerse guantes.
 - ✓ Lubricar el supositorio y uno de los dedos enguantados.
 - ✓ Exponer el orificio vaginal separando bien los labios vaginales con la mano no dominante.
 - ✓ Insertar y empujar con el dedo ([figura 19.6](#)).
 - ✓ Si se dispone de aplicador, colocar el óvulo en el extremo más ancho. Insertar el aplicador y empujar la medicación al interior de la vagina presionando el émbolo ([figura 19.7](#)).
 - ✓ Tras la inserción, la mujer debe permanecer en decúbito supino durante unos 5-10 minutos (dependiendo de las indicaciones de la marca del producto).
- Para administración de cremas o geles:
- ✓ Lubricar el aplicador.
 - ✓ Introducir el aplicador unos 5 cm ([figura 19.7](#)).
 - ✓ Empujar el émbolo lentamente hasta que se vacíe el aplicador.
 - ✓ Retirar el aplicador.
 - ✓ Tras la instilación, la mujer debe permanecer en decúbito supino durante unos 5-10 minutos.

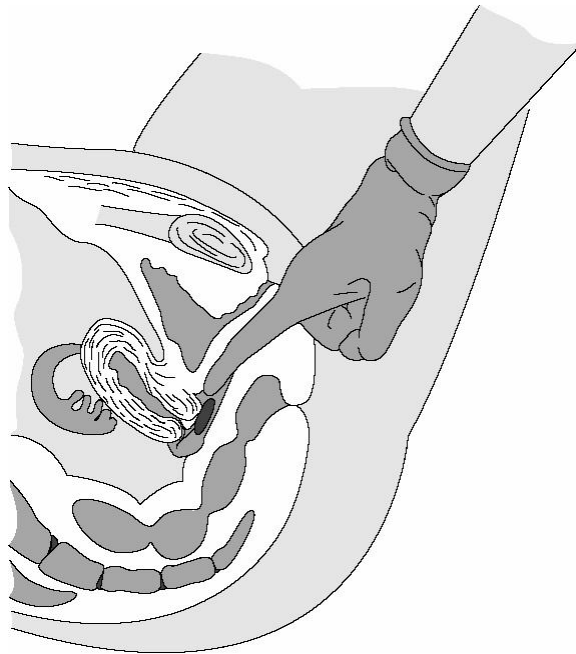


FIGURA 19.6. Inserción de un supositorio vaginal con un dedo.

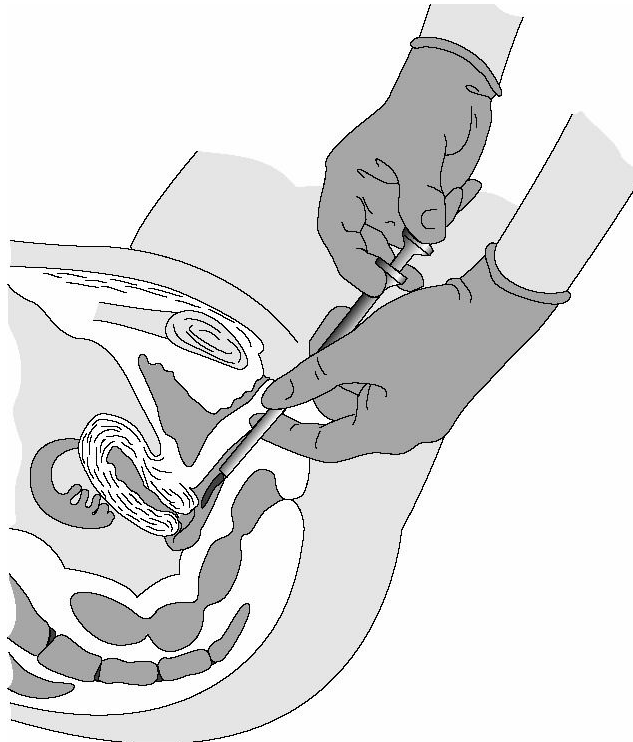


FIGURA 19.7. Inserción de un supositorio vaginal con un aplicador.

- Riesgos.
 - Derivados del proceso.

✓ Lesión de la mucosa vaginal.

– Derivados del propio paciente.

✓ El nerviosismo o los movimientos de la mujer mayor pueden ser causa de una lesión en la mucosa vaginal.

4. Complicaciones

- Dolor.
- Reacción alérgica.

5. Evaluación

- ¿Aparece sensación de quemazón o dolor? Informar si aparece enrojecimiento o tumefacción tras la administración.

19.2.7. *Vía rectal*

1. Concepto

- ¿Qué es? Conjunto de actividades encaminadas a la administración de fármacos para su absorción por la mucosa rectal.
- Indicaciones. Vía alternativa a la oral cuando el fármaco tiene un sabor desagradable o puede provocar molestias gástricas.
- Contraindicaciones. Antecedentes de cirugía o hemorragia rectal recientes.

2. Recursos

- Materiales.
 - Guantes.
 - Medicación en forma de crema o supositorio.
 - Lubricante.
- Lugar. Una cama. Mantener la intimidad del mayor.
- Medidas de protección. Guantes.

3. Procedimiento

- Información previa.
 - Informar sobre el procedimiento a realizar.
 - Colocar a la persona mayor en decúbito lateral con la pierna superior flexionada.
- Actuación.
 - Si el supositorio está muy blando, puede adherirse al envoltorio. Para evitarlo, se puede aumentar su consistencia poniéndolo bajo un chorro de agua fría.
 - Lubricar el supositorio por el extremo redondeado así como el dedo índice de la mano dominante enguantada (para reducir la fricción anal).
 - La persona mayor debe relajar el esfínter respirando profundamente por la boca.
 - Introducir el supositorio hasta unos 10 cm en el interior del cuerpo, intentando colocarlo en la pared del recto y no impactarlo entre las heces (figura 19.8).
 - Para impedir la necesidad de expulsarlo, se debe presionar las nalgas durante unos segundos.
 - Si el supositorio es un laxante, debe contenerlo todo el tiempo que sea posible (durante unos 15-20 minutos).
- Riesgos.
 - Derivados del proceso.
 - ✓ Lesión de la mucosa rectal.
 - Derivados del propio paciente.
 - ✓ Dificultad para insertar el supositorio debido a la contracción de los esfínteres por parte del mayor.

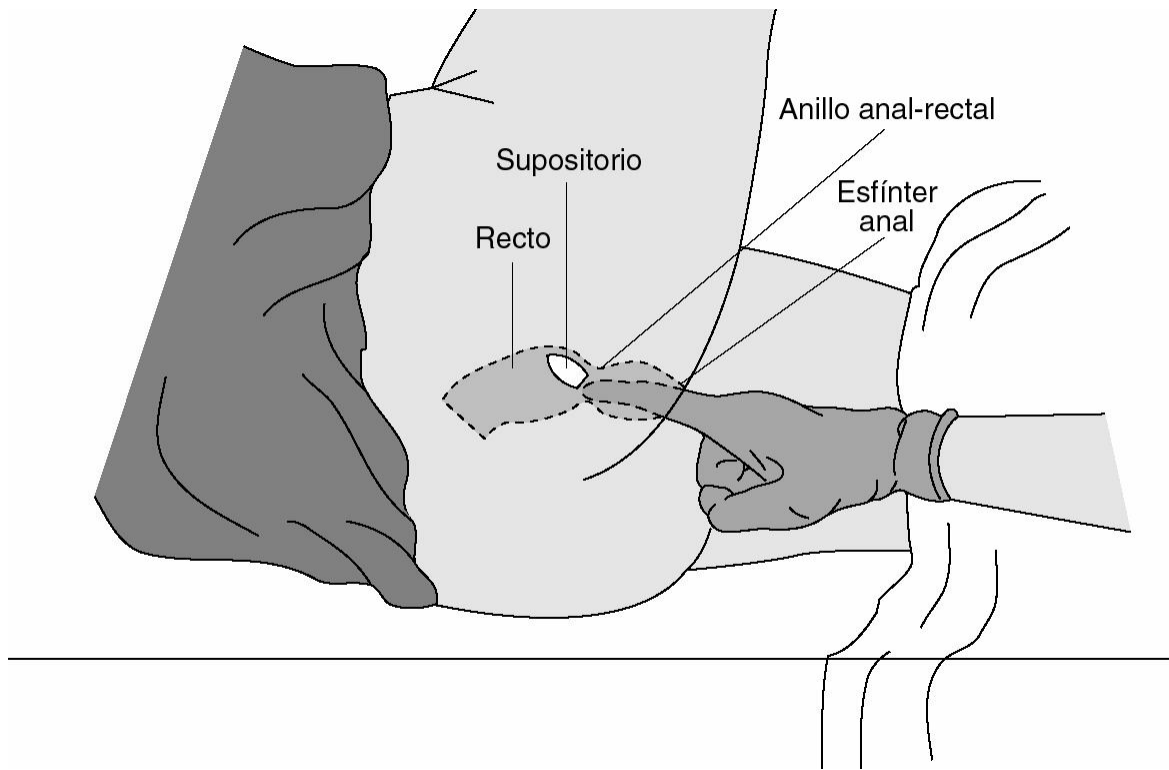


FIGURA 19.8. Inserción de un supositorio.

4. Complicaciones

- Lesión de la mucosa rectal. Hemorragias. Sensación de irritación de la mucosa rectal debida al propio fármaco.
- Dificultad para la inserción por nerviosismo del mayor.
- Impactación del supositorio entre las heces. Existencia de un fecaloma que impida la correcta colocación en la mucosa rectal.

5. Evaluación

- ¿Aparece dolor o irritación?

19.2.8. Vía inhalatoria

1. Concepto

- ¿Qué es? Conjunto de actividades encaminadas a depositar un fármaco en la mucosa bronquial.
- Indicaciones. Administración de fármacos broncodilatadores.

- Contraindicaciones. No administrar a personas inconscientes (precisa la colaboración de la persona).

2. Recursos

- Material.
 - Inhaladores a presión: la medicación se dosifica en forma de pequeñas microgotas que se inhalan.
 - Cámara espaciadora: disminuye la velocidad de las partículas. Con este efecto se reduce la irritación por impacto de las micropartículas en la faringe.
 - Inhaladores con sistema turbuhaler: medicación en forma de polvo (al ser más pesadas que las microgotas se depositan directamente en vías respiratorias y existe menor riesgo de ser expulsadas en la espiración posterior a la inhalación).

3. Procedimiento

- Información previa. Colocar al mayor en postura de sedestación, incorporada o semiincorporada en la cama (permite la máxima expansión pulmonar).
- Actuación.
 - Para el uso de inhaladores.
 - ✓ Agitar el aerosol.
 - ✓ Sujetar el aerosol colocando el índice en la parte superior.
 - ✓ El mayor realizará varias inspiraciones profundas terminando con una espiración profunda.
 - ✓ En este momento el mayor colocará la boquilla del aerosol en su boca, rodeándola con los labios.
 - ✓ Se empieza a inspirar lentamente y se presiona el aerosol.
 - ✓ Se retira el aerosol y se aprietan los labios, aguantando la respiración unos 10 segundos.
 - ✓ Tras 30 segundos se administra una segunda dosis.
 - Para la administración con cámara espaciadora.
 - ✓ No se precisan inspiraciones previas.

- ✓ Presionar el inhalador en el momento de realizar una inspiración.
- ✓ Aguantar 2-3 segundos la respiración.
- Para la administración con el sistema turbuhaler.
 - ✓ Retirar el capuchón del inhalador.
 - ✓ Cargar la dosis necesaria girando la rosca giratoria en la base del sistema hacia la derecha (hasta que haga tope) y después hacia la izquierda (hasta poder oír un “clic”).
 - ✓ Colocar la boquilla en los labios rodeándola fuertemente con ellos.
 - ✓ Aspirar profunda y lentamente.
 - ✓ Limpiar la boquilla con un paño seco (no emplear agua para ello).
- Riesgos.
 - Derivados del proceso.
 - ✓ Irritación faríngea.
 - ✓ Tos.
 - Derivados del propio paciente.
 - ✓ Mala administración por desconocimiento del correcto procedimiento o por ineficacia de la inspiración.

4. Complicaciones

- Escasa eficacia terapéutica por realización incorrecta del procedimiento.
- Náuseas por sabor desagradable.
- Tos (por irritación de las vías).
- Infección bucal por hongos (si no se realiza una correcta higiene de la boca).
- Algunos fármacos broncodilatadores pueden producir nerviosismo, taquicardia y palpitaciones, si la dosificación es elevada.

5. Evaluación

- ¿La persona ha aprendido a realizar de manera correcta el procedimiento?

19.2.9. Vía sublingual

1. Concepto

- ¿Qué es? Conjunto de actividades orientadas a la administración de fármacos para su absorción por la mucosa sublingual con una rica irrigación sanguínea.
- Indicaciones. Fármacos que precisan ser incorporados de forma inmediata al torrente circulatorio.
- Contraindicaciones. Inconsciencia del mayor (precisa su colaboración).

2. Recursos

- Materiales.
 - Medicación (en forma de comprimidos o aerosol).
- Lugar y medidas de protección. Idénticas que en procedimiento de administración de fármacos por vía oral.

3. Procedimiento

- Información previa. Informar sobre el procedimiento a realizar.
- Actuación.
 - Colocación del fármaco bajo la lengua ([figura 19.9](#)).
 - Pedir al mayor que cierre la boca y que la mantenga así, sin tragar el comprimido, hasta la total absorción del fármaco.



FIGURA 19.9. Administración sublingual.

- Riesgos.
 - Derivados del proceso.
 - ✓ Lesiones de la mucosa sublingual.
 - ✓ Síndrome aspirativo.
 - Derivados del propio paciente.
 - ✓ Síndrome aspirativo.

4. Complicaciones

- Tragar el comprimido.

5. Evaluación

- Esta vía se emplea para la administración de fármacos con acción en angina de pecho, infarto agudo de miocardio o crisis de hipertensión. Debe observarse la evolución del mayor durante la absorción del fármaco.

19.2.10. Vía subcutánea

1. Concepto

- ¿Qué es? Conjunto de actividades mediante las cuales se deposita la medicación por debajo de la piel, en el tejido subcutáneo, para su absorción en esa zona. El comienzo del efecto se inicia más rápidamente que por vía oral.
- Indicaciones. Administración de vacunas, insulina y heparina (fármaco anticoagulante).
- Contraindicaciones. No administrar sobre:
 - Zonas inflamadas o edematosas.
 - Zonas con cicatrices o lunares.
 - Endurecimientos.
 - Zonas con prurito (picor).
 - Zonas con escozor.
 - No administrar a menos de 5 cm de una úlcera por presión, hematoma o del ombligo.

2. Recursos

- Materiales.
 - Agujas hipodérmicas.
 - Jeringas. La heparina y las vacunas suelen venir preparadas con la medicación. Para la insulina, existen jeringas con una escala especialmente diseñada para la ella (1 ml = 100 unidades de insulina).
 - Viales con la medicación (*vial*: envase con medicación estéril, en forma de frasco con un aro metálico que protege un tapón de goma).
 - Gasas estériles.
 - Antiséptico.
 - Guantes.
- Lugar. Uno que permita la intimidad para el procedimiento.
- Medidas de protección.
 - Se requiere que el material (en especial la aguja) permanezca estéril. Hay que procurar no tocarla, ya que atraviesa la piel.
 - Siempre que se pueda, el gerocultor debe evitar encapuchar la aguja para evitar el riesgo de pinchazos, arrojando la jeringuilla a un contenedor especial para ese tipo de desechos.

3. Procedimiento

- Información previa. Informar del procedimiento que se va a realizar.
- Actuación.
 - Preparar la dosis necesaria, comprobando previamente la etiqueta de medicación del vial (que sea la correcta). Es preciso prestar especial atención a no tocar la aguja y preservar así su esterilidad.
 - Colocar al mayor en posición cómoda. Relajar el brazo, la pierna o el abdomen (según sea el punto elegido para la inserción).
 - Si se precisa un elevado número de inyecciones (por ejemplo, insulina), se debe evitar pinchar siempre en la misma zona para reducir el daño del tejido subcutáneo (fibrosis) que provoca la disminución de la absorción del medicamento y dolor en la zona. Existe una serie de zonas comunes para la inyección por ser las más adecuadas debido a su buena circulación (véase [figura 19.10](#)) que deben alternarse de manera ordenada para evitar que siempre sea en el mismo lugar.

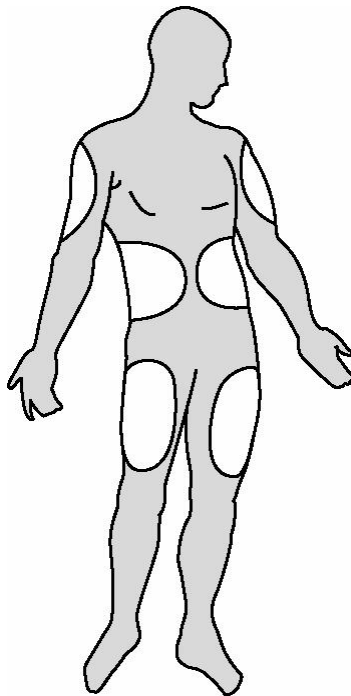


FIGURA 19.10. Zonas de inyección subcutánea.

- Seleccionar y limpiar la zona. Hay que evitar que la zona de inserción de la aguja tenga durezas, edema, picores, quemaduras, inflamación o excoりaciones. Limpiar en círculos desde el centro hacia el exterior y dejar que el antiséptico seque totalmente.

- Retirar el capuchón de la aguja.
- Para extraer las burbujas de aire en el interior de la jeringa, se coloca el bisel de la aguja hacia arriba y se golpea el cuerpo de la jeringa para que se sitúen las burbujas en el cono de la jeringa. Se presiona suavemente el émbolo hasta que aparezca una gota en el bisel de la aguja.
- Sujetar la jeringa con la mano dominante. Con la mano no dominante se coge un pellizco a la piel (reduce la sensibilidad y facilita la inserción de la aguja al hacer que esta permanezca firme).
- Insertar la aguja con un impulso firme en un plano de 45° o 90°. Dependiendo del tejido subcutáneo que posea, la inserción se hará en un ángulo de 45° y cogiendo un buen pellizco (si es escaso) o en 90° y sin coger pellizco (si es abundante).
- Aspirar tirando hacia atrás del émbolo. Si aparece sangre en la jeringa, se debe extraer ligeramente la aguja (sin sacarla completamente) e inclinarla para variar el plano de inserción, volviendo a introducirla. Si no aparece sangre, se continúa con la administración empujando el émbolo. La razón de esta operación es poder detectar que la aguja se encuentra en un capilar sanguíneo: no interesa que el medicamento entre en circulación sanguínea ya que su absorción sería inmediata.
- Retirar la aguja rápidamente y limpiar la zona. No se debe masajear la zona, sobre todo cuando la medicación administrada es insulina o heparina.
- Desechar el material en contenedores destinados para este uso.
- Riesgos.
 - Derivados del proceso.
 - ✓ Contaminación de la aguja. Infección local por realización del procedimiento sin la debida asepsia.
 - Derivados del propio paciente.
 - ✓ Dolor.
 - ✓ Hemorragia superficial, si el mayor tiene un nivel bajo de coagulación.

4. *Complicaciones.*

- Dolor.
- Hemorragias superficiales: puede desaparecer aplicando una leve presión sobre el punto de inserción.

- El gerocultor puede pincharse de manera fortuita con la aguja tras la administración del fármaco: seguir las indicaciones en materia de medicina preventiva de la empresa o centro donde se trabaje. Es importante mantener la calma: en contadas ocasiones estos accidentes fortuitos son fuente de contagio de enfermedades.

5. *Evaluación.*

- ¿Existe dolor, ardor, disminución de la sensibilidad u hormigueo en la zona de inyección? (Éstos son síntomas de lesión en hueso o nervio.) Evaluar la presencia de estos síntomas a los 10 o 30 minutos tras la administración.

<i>Recuerde...</i>

- El gerocultor debe colaborar en la correcta administración de los medicamentos. Será el encargado de la administración de los mismos cuando la enfermera le delegue dicha tarea.
 - El presente capítulo pretende desarrollar las nociones elementales acerca de los diferentes procedimientos para la administración de medicamentos delegados sobre el gerocultor: dérmica, rectal, oftálmica, ótica, nasal, vaginal, inhalatoria, oral, sublingual y subcutánea.
-

Movilizaciones generales y ergonomía

20.1. Introducción

El cuidado de las personas mayores implica una atención continuada que en muchos casos exige también ayudas en la movilización. En unas ocasiones, el sujeto colaborará en esta tarea, pero en otras será dependiente del trabajo de los gerocultores.

Esto obliga a un perfecto conocimiento tanto de los tipos principales de movilizaciones como de las características de las personas que influirán en la manera de llevarlas a cabo.

La práctica y la experiencia son un punto importante, pero es fundamental conocer las bases para su realización y las posibles variaciones circunstanciales.

En este sentido, se debe considerar que el profesional a cargo de un número importante de personas tiene que preservar su buena condición física, ya que de lo contrario se expone a sufrir continuas lesiones que le impedirán realizar su trabajo e incluso le llevarán a estar insatisfecho con el mismo.

Siguiendo unas sencillas pautas ergonómicas, economizando energía, protegiendo las articulaciones y ganando tiempo, el trabajo resultará más satisfactorio y será más seguro.

20.2. Movilizaciones básicas

20.2.1. Consideraciones generales

1. Para las personas mayores las ayudas en la movilidad son muy importantes. Realizadas con corrección aportan independencia y son valoradas

positivamente. Sin embargo, realizadas incorrectamente provocan lesiones – tanto en los gerocultores como en los mayores–, y son fuente de conflictos y de estrés.

2. Las características propias del envejecimiento –a saber: piel más fina y delicada, huesos frágiles y osteoporóticos, alta frecuencia de enfermedades reumáticas como artrosis y artritis, limitaciones articulares, pérdida de masa muscular, estados de fragilidad general, alta frecuencia de enfermedades crónicas, etc.– obligan a un manejo cuidadoso de estas personas, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones generales:

- No provocar nunca dolor.
- No invadir la intimidad de la persona.
- No traccionar de los miembros en la zona distal, sino movilizar en la zona proximal de las grandes articulaciones (por ejemplo, a la hora de bajar al paciente hacia los pies de la cama no se debe tirar de los pies del sujeto, sino que hay que asirlo por la cadera).
- Hay que tener en cuenta las propias capacidades físicas antes de realizar los traslados.
- Los movimientos tienen que ser continuos, evitando tirones y brusquedades.
- Utilizar el número adecuado de gerocultores para cada movilización; salvaguardará su integridad física y la de los individuos a su cargo.
- Procurar la máxima participación de la persona, ya que fomenta la independencia y previene actitudes pasivas.
- Se debe explicar a la persona lo que se le va a hacer porque facilitará la colaboración y proporciona seguridad.
- Conocer las limitaciones de espacio antes de hacer cualquier movilización.
- No llevar encima objetos punzantes o que puedan lastimar a la persona durante su traslado (bolígrafos, gafas...).

20.2.2. Movilizaciones en cama

1. Giros

- La persona está en decúbito supino. Coloca la pierna contraria al lado del giro con la rodilla flexionada y la planta del pie apoyada sobre el colchón. El brazo pasa por encima del cuerpo. Por último, se impulsa con la pierna flexionada y gira.
- Para personas con mayor debilidad se puede asistir en la cadera y el omóplato, situándose el gerocultor en el lado del giro.

2. Desplazamiento lateral

- Para personas con buena movilidad, bastará con que levanten la cadera, con las rodillas flexionadas y apoyando las plantas de los pies en el colchón, y luego desplacen el tronco, apoyándose con los codos, arrastrándolo hasta quedar alineados.

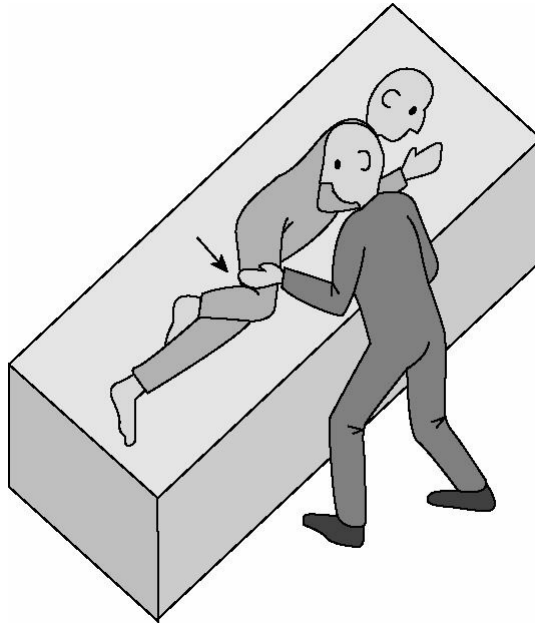


FIGURA 20.1.

- En caso de necesitar ayuda, el gerocultor se situará del lado del movimiento, colocando las manos debajo de la cadera y asistiendo el movimiento.
- Si la fuerza no alcanza para arrastrar el cuerpo, también se asistirá por detrás de los hombros. Una variante es pasar el brazo por debajo del hombro, sosteniendo la cabeza con la mano a la altura de la nuca.
- Cuando la persona es totalmente dependiente y el movimiento es pasivo, existen dos opciones: realizarlo con dos gerocultores de una vez o que lo realice una sola en varios pasos.
- La maniobra es la misma; se cogen las caderas y se imprime a la vez un movimiento de volteo y de desplazamiento (queda por encima la cadera hacia la que se dirige el movimiento). Los hombros se sostienen por detrás, desplazando el tronco hasta que quede el cuerpo alineado por completo. Si son dos gerocultores, uno cogerá las caderas y otra los hombros. Si lo hace un gerocultor, el primer paso será desplazar la cadera y el segundo alinear el tronco.
- Las piernas se cogen por debajo de los tobillos y se alinean con el resto del cuerpo en caso de que no quedasen en línea.

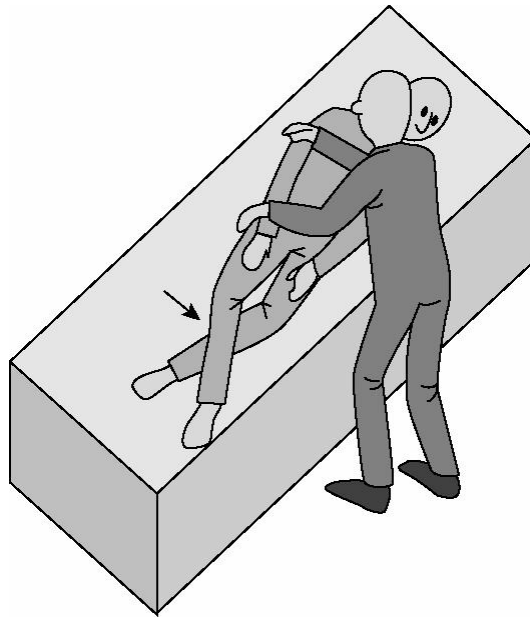


FIGURA 20.2.

3. Avanzar hacia el cabecero

- La base de este movimiento es similar al anterior, las plantas de los pies y los codos apoyados en la cama y las rodillas flexionadas. La fuerza se imprime hacia el cabecero.
- Cuando los gerocultores deban asistir lo harán desde las caderas, pudiendo estar de cara al cabecero empujando las caderas; o pueden tirar estando de espaldas al cabecero, siendo esta segunda alternativa más cómoda.

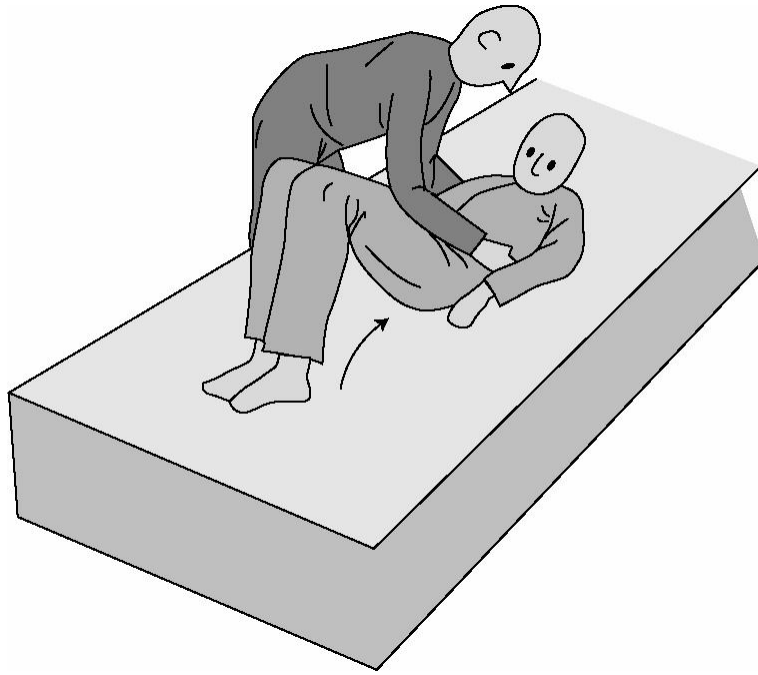


FIGURA 20.3.

4. Avanzar hacia el pie de la cama

Este desplazamiento sólo varía en la dirección de la fuerza para su ejecución; la manera de realizarlo no difiere en gran medida del anterior. El único punto distinto se encuentra en el grado de flexión de las rodillas, que en este caso es menor. La asistencia es igual en ambos casos.

5. Sedestación

- Las personas con ligeras dificultades se levantarán en tres pasos; primero saca las piernas de la cama, se coloca en decúbito lateral y se incorpora mediante la extensión del brazo del lado apoyado, mientras que el otro lado lo usa para equilibrarse.
- Si la persona no puede realizarlo sin ayuda, el gerocultor que asiste coloca un brazo por detrás del hombro del lado sobre el que descansa el cuerpo y otro detrás de la cabeza, acompañando el movimiento (véase [figura 20.4](#)).

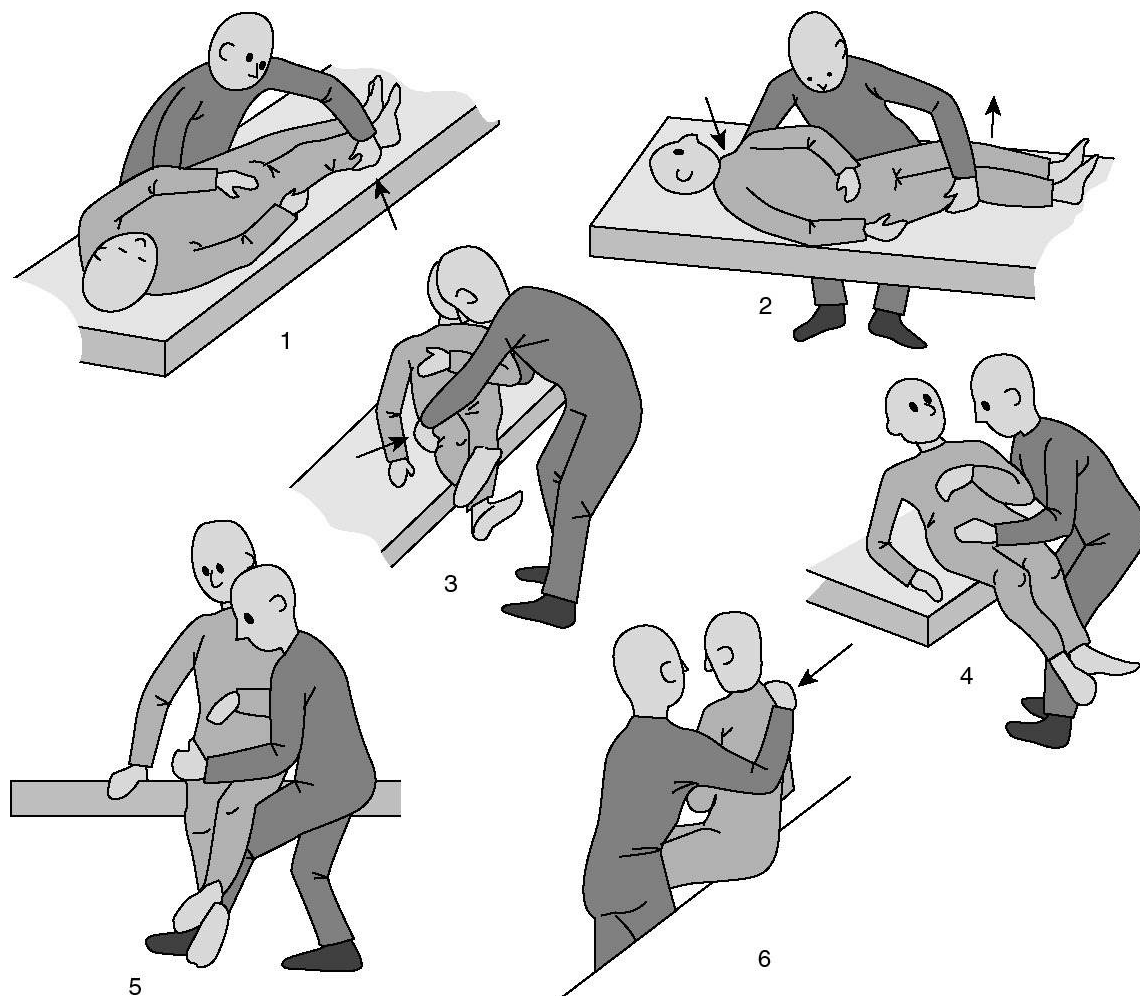


FIGURA 20.4.

20.2.3. Transferencias

1. Paso a bipedestación

- Con supervisión. Algunas personas mayores no son capaces de incorporarse y, sin embargo, bastaría con unas recomendaciones verbales para que su ejecución fuese independiente. Estas recomendaciones consisten en:
 - Sentarse al borde de la superficie.
 - Colocar los pies por detrás de la base de gravedad (ligeramente por detrás de la vertical respecto a las rodillas).
 - Aumentar la base de apoyo, separando los pies una distancia igual o ligeramente superior a la anchura de los hombros.
 - Inclinar el tronco hacia delante.
 - Apoyar los brazos sobre la superficie de asiento o sobre el reposabrazos si

lo hay, utilizando así la fuerza de los miembros superiores y no sólo la de los inferiores. Si el sujeto está delante de una mesa, otro asiento o una barra también servirá de apoyo para levantarse.

Estas recomendaciones simples ayudarán a las personas mayores a ser más independientes y liberarán a los gerocultores de tareas innecesarias dejando tiempo a la atención de otras necesidades mayores.

- Asistido por un gerocultor. Para este movimiento la persona debe tener fuerza suficiente en los miembros inferiores. Los pasos a seguir son:
 - El sujeto estará al borde de la superficie.
 - El gerocultor coloca las manos en las escápulas pasando los brazos por debajo de las axilas de la persona.
 - Bloquear las rodillas del sujeto con las rodillas del gerocultor.
 - Bloquear los pies, para evitar el deslizamiento, con los pies del gerocultor.
 - El gerocultor flexiona las rodillas, aproxima a la persona hacia sí y tira hacia arriba. Mientras, la persona ayuda en el movimiento con la fuerza de los miembros inferiores.
- Asistido por dos gerocultores. Esta ayuda se emplea cuando la fuerza es menor o cuando hay mayor dependencia.
 - La postura de partida para el sujeto es igual a la anterior.
 - Los gerocultores se sitúan uno a cada lado del sujeto. El brazo más próximo al paciente se pasa por debajo de la axila y el otro se usa para coger la mano del sujeto y ofrecerle un punto de apoyo.
 - Para bloquear los miembros inferiores, colocan la rodilla y el pie por delante de la pierna del sujeto. El pie se coloca perpendicular al que se va a frenar.

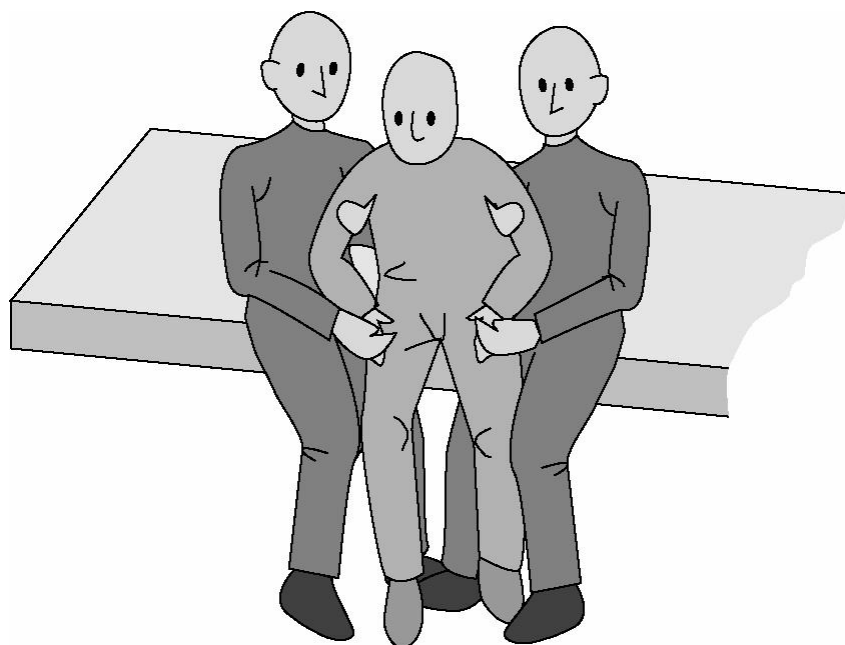


FIGURA 20.5.

2. Cama-silla

- Activa asistida.

- Esta transferencia para personas con debilidad, pero que se sostengan con los miembros inferiores, la puede realizar un gerocultor. La base del movimiento es igual al de bipedestación, pero una vez de pie, se ayudará a la persona a pivotar y a sentarse.
- Al sentar a la persona se debe controlar el movimiento evitando que se deje caer en la silla, y que se sienta despacio. Para ello, el gerocultor acompaña el movimiento, sujetando a la persona y aligerando el peso del propio cuerpo para los miembros inferiores.

- Pasiva.

- Los mayores totalmente dependientes, que no pueden colaborar en sus transferencias, se benefician de distintas modalidades de traslado en función de la distancia y el peso.
- Existe una amplia variedad de transferencias, con múltiples usos; algunas son más específicas pero las que aquí se exponen son útiles en cualquier situación.

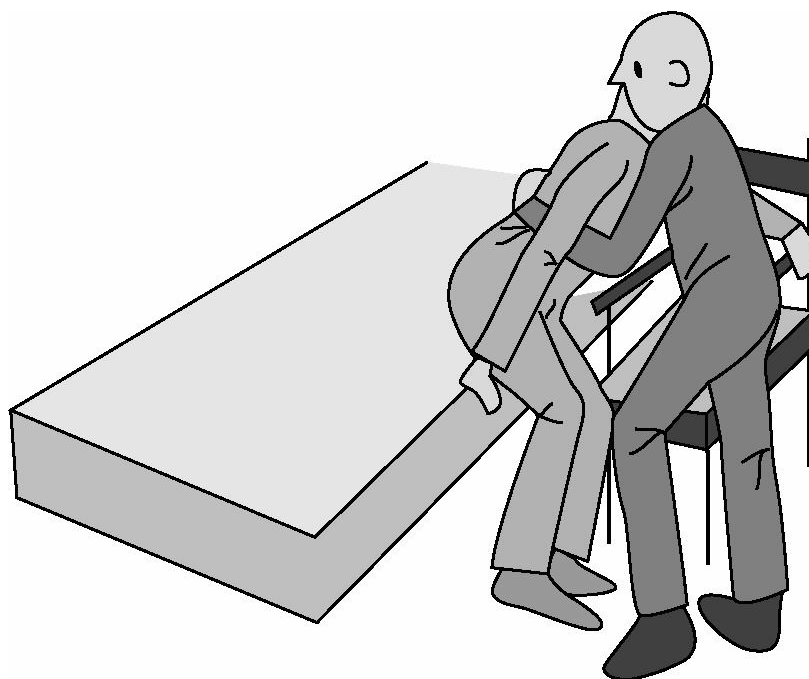


FIGURA 20.6.

- Con dos gerocultores.
- La posición inicial de la persona es la de sedestación. Uno de los gerocultores se coloca detrás del sujeto, abrazándole el tórax pasando los brazos por debajo de las axilas. La cabeza del sujeto reposa en el cuerpo del gerocultor. El otro gerocultor se sitúa a la altura de las piernas. Pasa un brazo por debajo de las rodillas y el otro puede bien sujetar los tobillos o bien rodear las piernas y ayudar al otro brazo.
- El gerocultor que sujeta el tronco dirige el traslado. Los brazos de la persona pueden agarrar los del gerocultor, o pueden descansar a lo largo del tronco o cruzarse.
- Este mismo traslado puede utilizarse para las transferencias silla-silla, silla-bañera o silla-retrete.

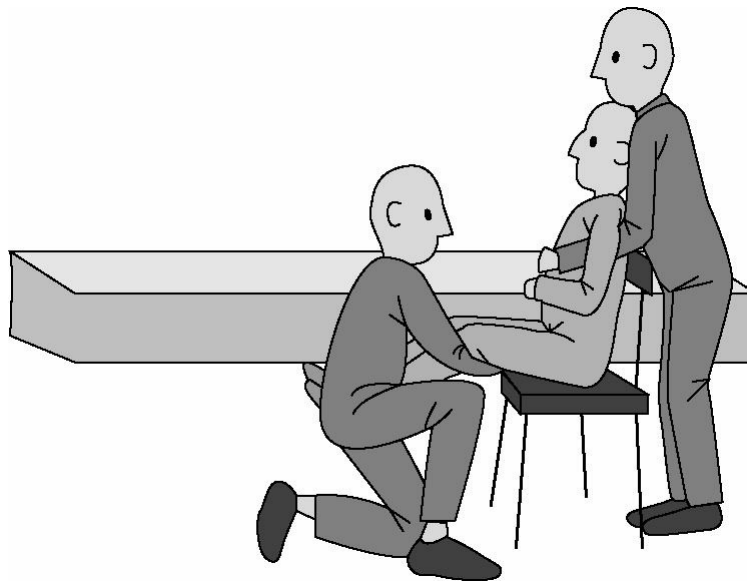


FIGURA 20.7.

- Traslado Australia. Éste es un traslado muy cómodo, seguro y eficaz. Además, para largas distancias es el más recomendable.
 - Se necesitan dos gerocultores para realizarlo, que deben ser de alturas parecidas. Se colocan uno a cada lado de la persona, que está sentada al borde de la superficie. El gerocultor de la izquierda pasa su brazo izquierdo por debajo de los muslos, y el que está en la derecha hace lo mismo con su brazo derecho (ambos se agarran por los antebrazos para dar más fuerza a la sujeción). El sujeto reposa sus axilas en los hombros de los gerocultores y los brazos en la espalda de las mismas. Uno de los gerocultores pasa su brazo por detrás de las escápulas y el otro por debajo de las nalgas.
 - La persona queda de espaldas al movimiento, por lo que es imprescindible que los gerocultores le inspiren confianza y le expliquen lo que van a hacer y adónde van.

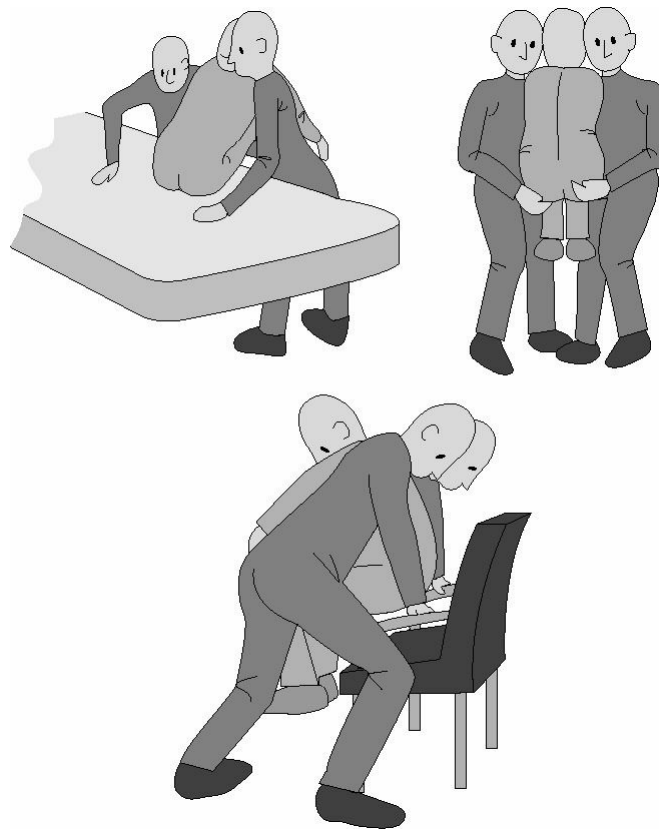


FIGURA 20.8.

- Con tres gerocultores.
 - Los tres gerocultores se colocan en el mismo lado de la cama. Uno recoge los miembros inferiores, con un brazo a la altura de los tobillos y otro por encima de las rodillas. Otro gerocultor pasa un brazo por debajo de la pelvis y el otro a la altura de la columna torácica. El tercer gerocultor sostiene la cabeza y pasa el otro brazo por la cintura escapular; ésta es la que dirige el movimiento.
 - Esta transferencia tiene una variación, que consiste en coger a la persona en forma de abrazo y no en bandeja, como anteriormente. Los brazos se sitúan en los mismos niveles que antes, sólo que ahora uno pasa por arriba y el otro brazo pasa por debajo.
 - El traslado con tres gerocultores se utiliza principalmente para pasar de una cama a otra o a una camilla.

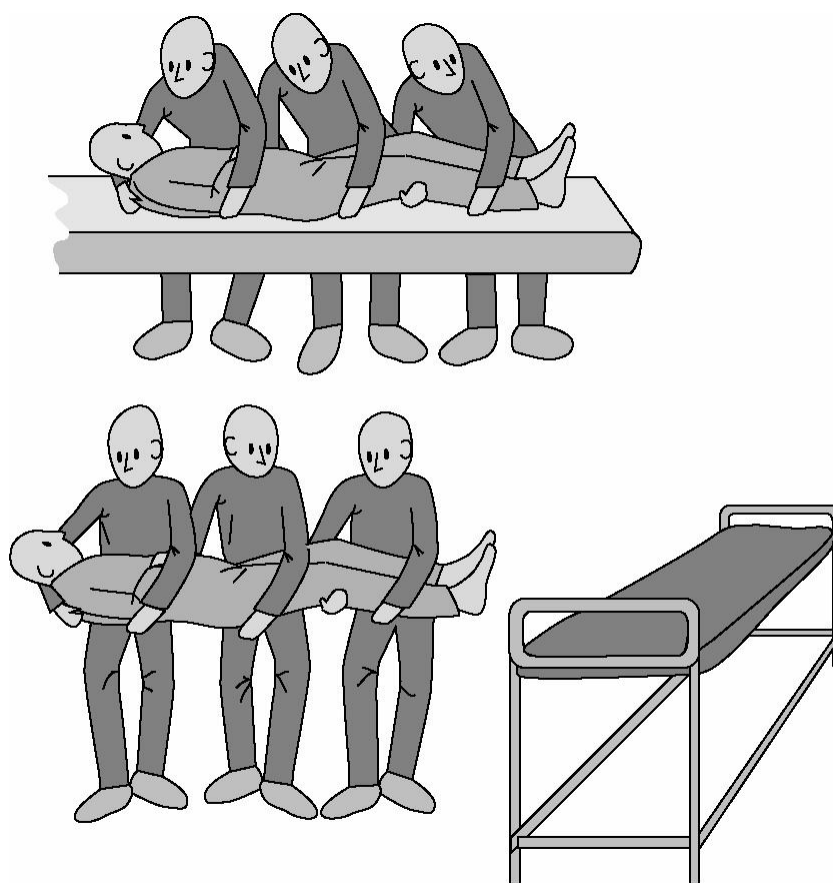


FIGURA 20.9.

20.2.4. Asistencia en la deambulaci3n

A la hora de asistir a una persona mayor durante la marcha es importante tener en cuenta sus caracterfsticas personales y adaptarse a éstas. Las opciones son mltiples y, en cada caso, se elegir la m s segura y c3moda tanto para el gerocultor como para los mayores.

1. Lateral. El gerocultor se sitúa a un lado de la persona; coloca su antebrazo del lado m s pr3ximo a quien asiste por debajo de la axila y le coge la mano. El otro brazo coge la mano contralateral, con la palma del gerocultor hacia arriba. Esta mano sirve de apoyo firme a modo de bast3n.

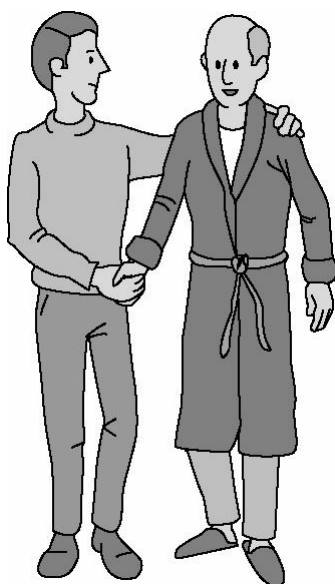


FIGURA 20.10.

2. De frente

- El gerocultor se coloca de frente a la persona y le da las manos, con las palmas hacia arriba; también se puede realizar agarrándola por las muñecas (sobre en todo en caso de desequilibrio posterior).
- El gerocultor camina de espaldas al sentido de la marcha, por lo que deberá asegurarse de la ausencia de obstáculos que entorpezcan el camino.

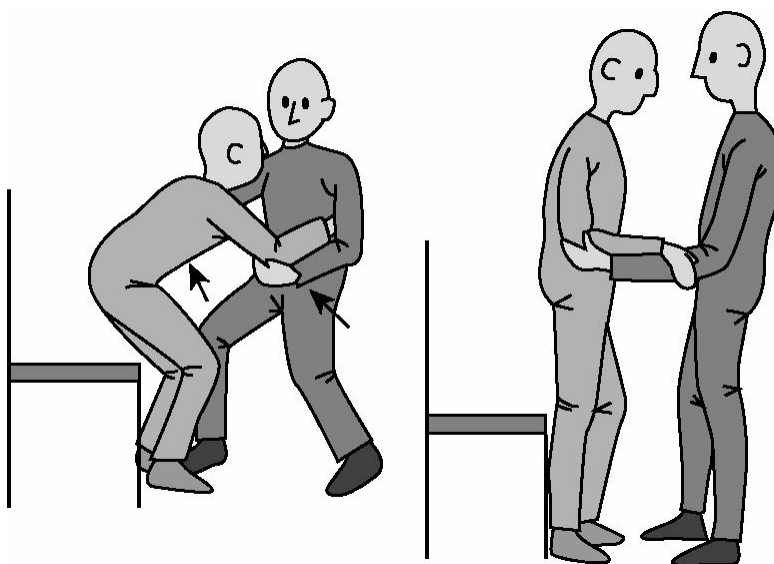


FIGURA 20.11.

20.3. Ergonomía básica

Una correcta postura, tanto estática como dinámica, es fundamental a la hora de realizar un trabajo en el que las demandas físicas son importantes. Si se pone un poco de atención durante la ejecución de los movimientos necesarios para realizar el trabajo, es posible evitar gran número de bajas y reducir el estrés laboral.

Las principales pautas ergonómicas para los gerocultores cuando cargan peso, bien el de las personas mayores o bien por funciones de su trabajo, son:

- Mantener la espalda recta.
- Flexionar las rodillas, utilizando los grandes músculos de los miembros inferiores y evitando doblar la espalda (ya que los músculos que se solicitarían son más pequeños y más sensibles a las lesiones).
- Aproximar el peso al cuerpo lo máximo posible.
- No realizar movimientos bruscos, levantando los pesos de manera progresiva.
- Pivotar sobre los pies al cambiar de posición, evitando girar el tronco.
- La base de sustentación debe ser amplia. Para ello es recomendable separar los pies hasta la anchura de los hombros o una distancia ligeramente superior.
- Poner uno de los pies en la dirección del movimiento a realizar.
- Utilizar una banqueta para alcanzar objetos altos evitando estirarse o ponerse de puntillas alargando los brazos.
- Si la superficie de trabajo queda por debajo de la cintura es mejor trabajar sentado o elevar las camas, si son adaptables.
- Mantener el cuerpo próximo a la superficie de trabajo.
- Es preferible tirar de una carga a empujarla.
- Colocar un pie hacia delante para empujar un objeto (ampliando la base de apoyo) y, para tirar de él, colocar el pie hacia atrás (si se está frente al objeto) o hacia delante (si se está de espaldas al objeto).
- Contrarrestar el peso de la carga que se quiera trasladar con el propio peso corporal (por ejemplo, inclinando el peso del cuerpo hacia delante cuando se esté empujando un objeto).

Las siguientes ilustraciones señalan algunas maneras correctas de realizar gestos, movimientos y posturas.

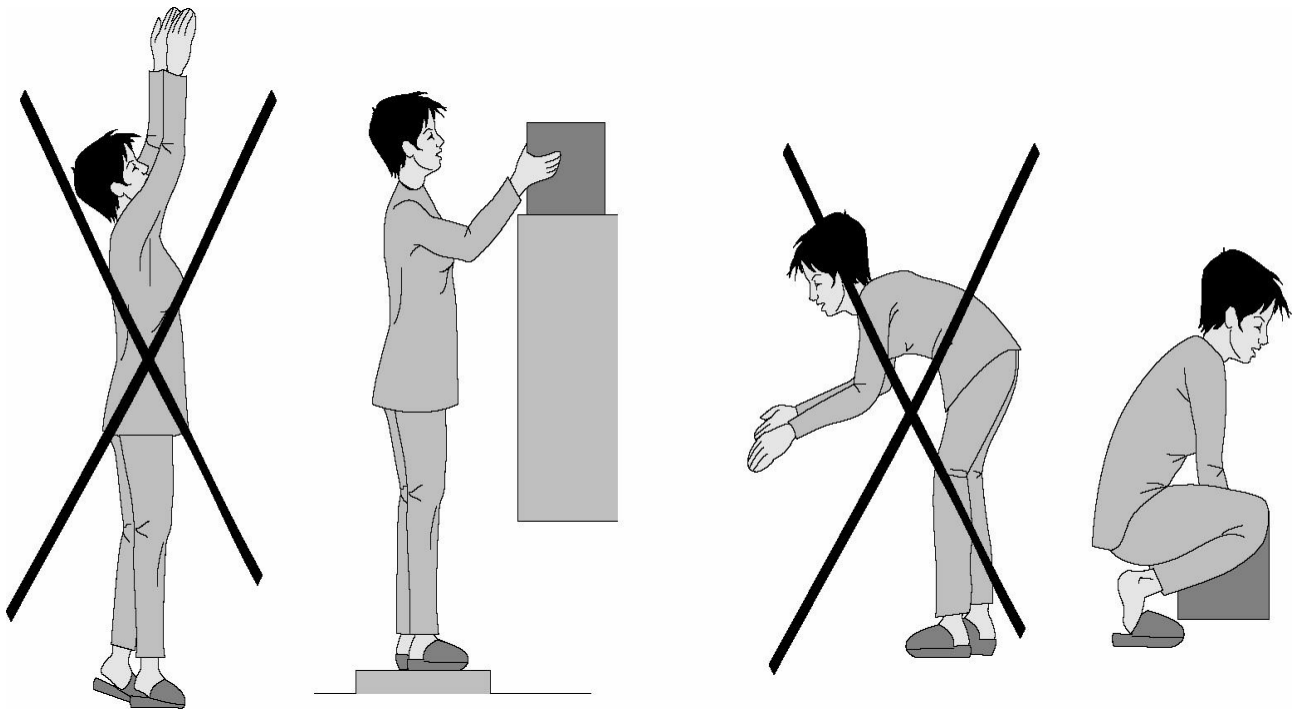


FIGURA 20.12.



FIGURA 20.13.

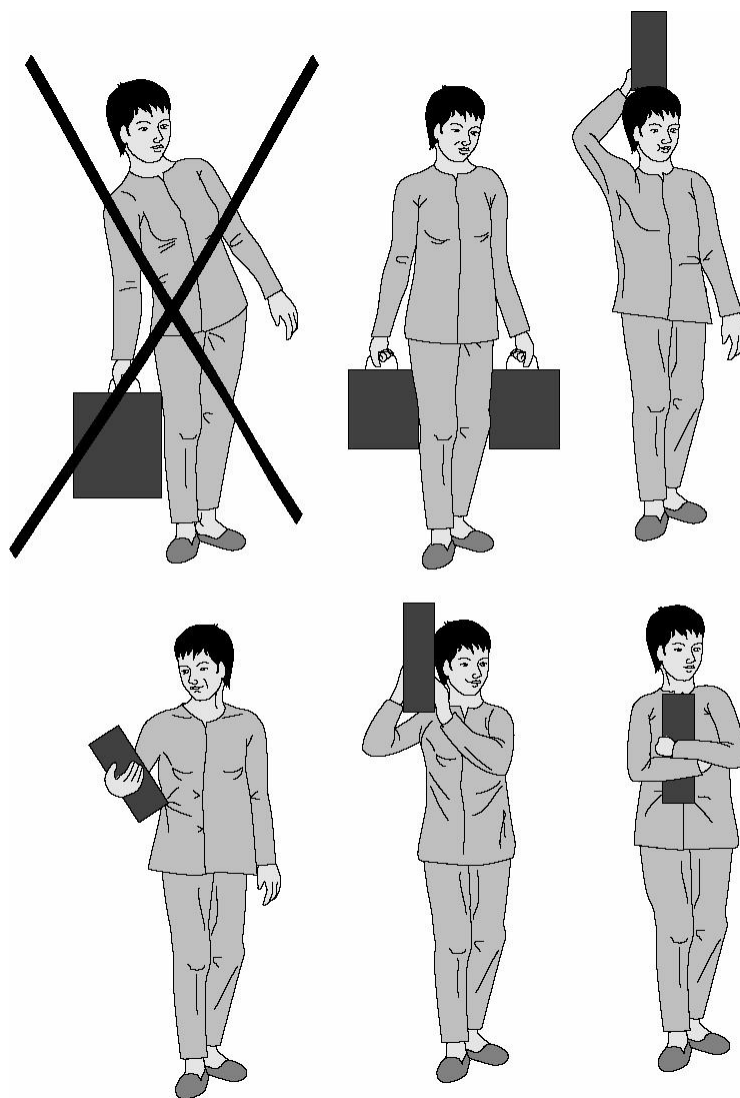


FIGURA 20.14.

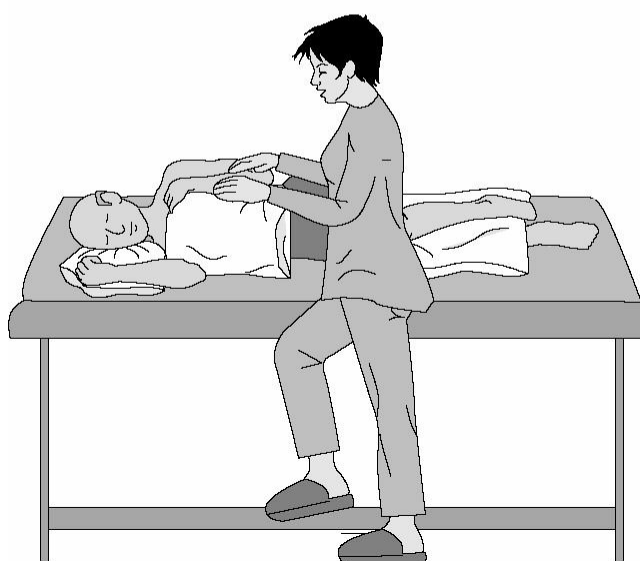
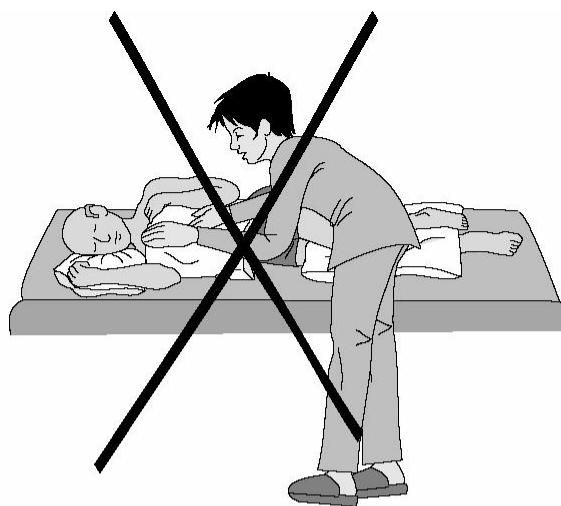


FIGURA 20.15.

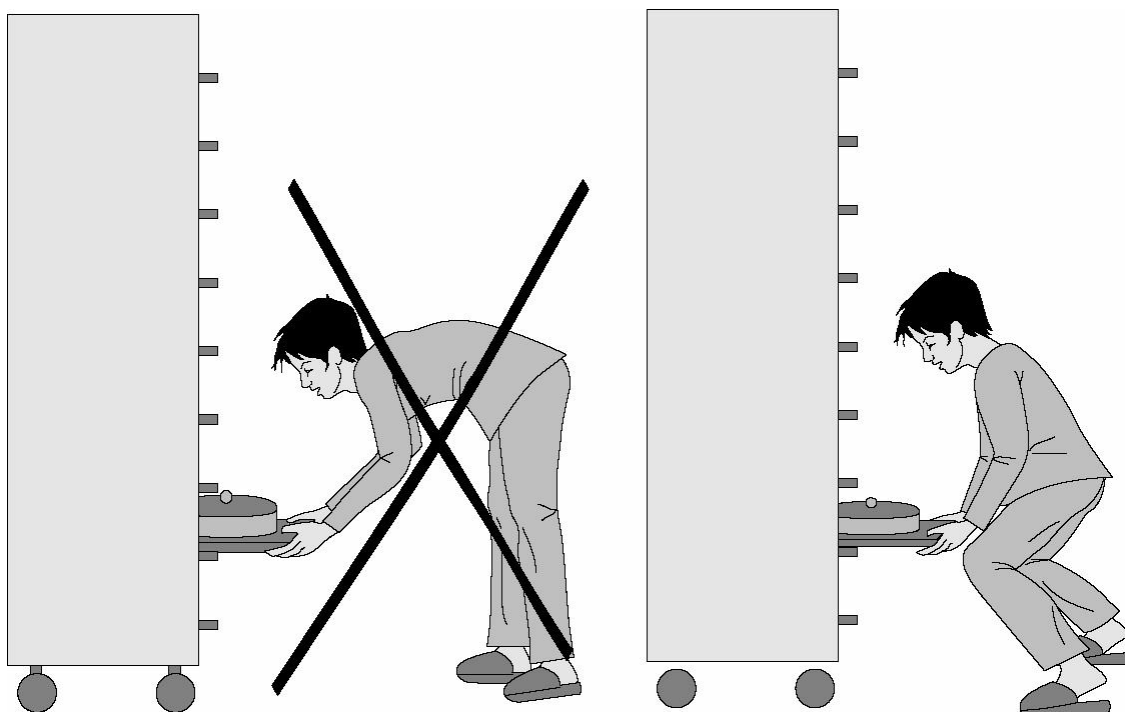


FIGURA 20.16.

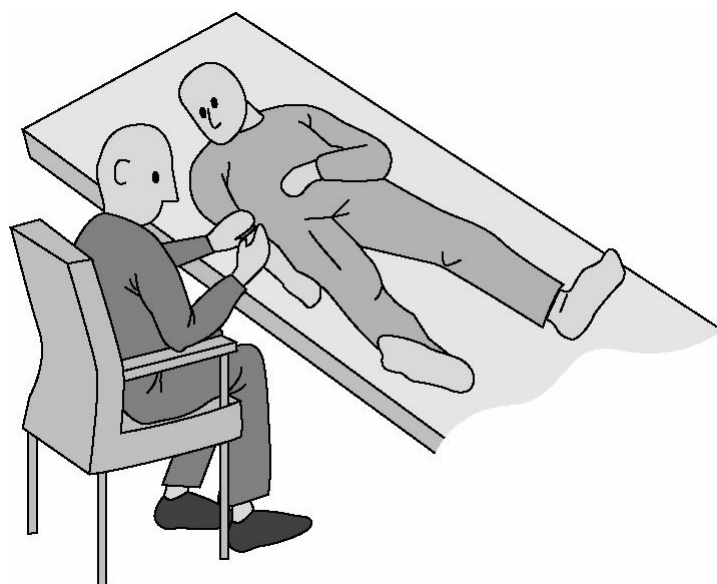


FIGURA 20.17.

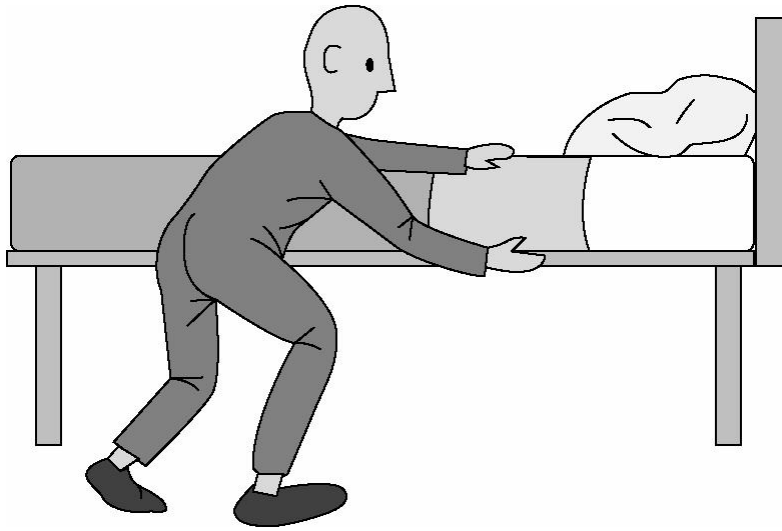


FIGURA 20.18.

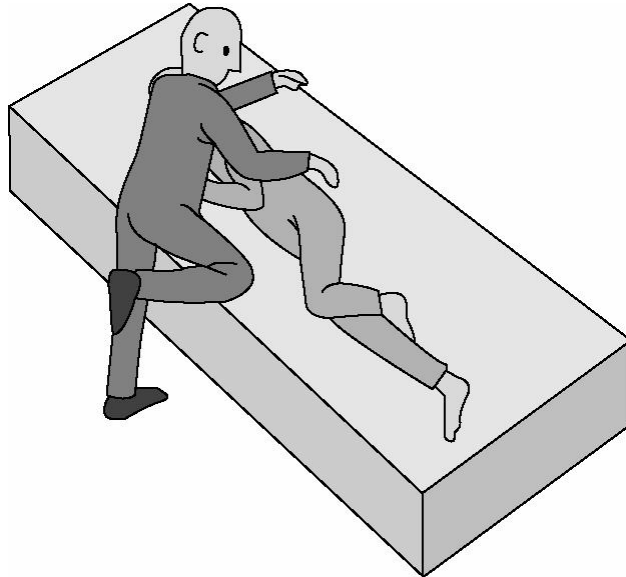


FIGURA 20.19.

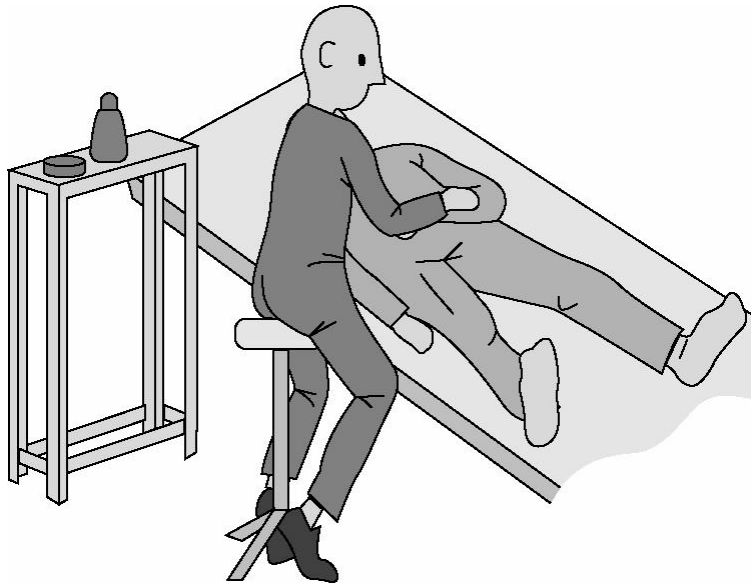


FIGURA 20.20.

Recuerde...

- Las personas mayores presentan unas características especiales que obligan al mantenimiento de un trato cuidadoso al realizar las movilizaciones.
 - Toda ayuda a la movilidad realizada correctamente aporta independencia a la persona mayor y evita el riesgo de lesión y de estrés en el gerocultor.
 - Si se anima a la persona a que participe en sus movilizaciones se aumenta su nivel de autonomía y se reduce el esfuerzo muscular de quien le asiste.
 - Es necesario adoptar una postura ergonómica mientras se está trabajando y más aún antes de realizar una movilización.
 - Para que las movilizaciones y traslados sean seguros (tanto para los mayores como para los gerocultores) se debe utilizar la mecánica corporal correcta.
 - Las cargas deben distribuirse entre los brazos y piernas y nunca recaer en la columna vertebral.
 - Los estiramientos, los giros y los intentos por coger objetos que no están al alcance son movimientos que disminuyen la estabilidad, facilitando la pérdida del equilibrio, y pueden ser nocivos para la columna.
-

Cuidados a personas mayores en fase terminal

21.1. Introducción

En este capítulo se aclararán algunos conceptos generales sobre la enfermedad terminal en los mayores y se abordarán los distintos aspectos de la asistencia que prestan los gerocultores a estos enfermos, incluyendo cuidados post-mortem y familiares. Para llegar a conocer y comprender qué cuidados se necesitan más y cuál es el mejor modo de facilitarlos será fundamental empezar siempre por escuchar a la persona mayor y ponerse en su lugar.

21.2. Conceptos

21.2.1. *¿Qué es una enfermedad terminal?*

Es enfermedad terminal, o fase terminal de una enfermedad, aquella en la que concurren las siguientes características:

- Enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- Sin posibilidad razonable de respuesta al tratamiento específico.
- Con síntomas intensos, múltiples y cambiantes.
- Que produce gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con la presencia de la muerte.
- Con pronóstico de vida limitado.

21.2.2. Enfermedades que con más frecuencia conducen a situación terminal en los mayores

- Insuficiencia cardiorrespiratoria.
- Cáncer.
- Pluripatología y discapacidad.
- Demencia avanzada.
- Enfermedad degenerativa del sistema nervioso.
- Insuficiencia hepática o renal.

21.2.3. ¿Cómo saber que una persona mayor está en fase terminal?

Porque presenta:

- Progresivo deterioro del estado funcional y nutricional.
- Mayor frecuencia de complicaciones médicas.
- Declive mental y estado emocional bajo, que no responde a tratamiento.
- Gran número de patologías asociadas con polifarmacia.
- Tasa de mortalidad y criterios de terminalidad en la enfermedad de base.
- Decisión de renunciar a tratamientos y cuidados.

21.3. Objetivos

21.3.1. Objetivo principal

Buscar el bienestar individualizado de la persona mayor, como si de uno mismo se tratase, y eso de tal manera que el propio profesional se sienta realizado como cuidador, potenciando con ello el crecimiento interior y la satisfacción de ambos.

Los aspectos que más se valoran en el cuidador que ofrece asistencia paliativa son:

1. Apertura y disponibilidad.
2. Seguridad en el conocimiento de los cuidados básicos.
3. Habilidad para dar y compartir.
4. Capacidad de escucha y compasión.

21.3.2. Objetivos específicos

A) Con la persona mayor

1. Instaurar una relación de ayuda basada en la sinceridad y la confianza, como punto de partida para un acompañamiento eficaz.
2. Cuidar integralmente a la persona mayor según sus necesidades y expectativas.
3. Ayudarle a evaluar en positivo tanto el conjunto de su vida como la situación actual de terminalidad.

B) Con la familia

1. Analizar el tipo de relación y el grado de dependencia afectiva, económica y física que existe, y si esto favorece la mutua adaptación al proceso de la enfermedad o lo dificulta.
2. Fomentar el cuidado mutuo, una vez recibida la educación sanitaria precisa, de tal modo que el vínculo entre ellos se vea reafirmado.
3. Mediar entre ellos cuando exista distanciamiento, si es posible y no es perjudicial, siempre respetando las distintas posturas y evitando juicios.

C) Con el equipo sanitario

1. Aportar información acerca de necesidades concretas expresadas o percibidas.
2. Dar continuidad a los cuidados específicos que en sus campos consideren oportunos otros miembros del equipo.

D) Consigo mismo

1. Frente al miedo a la enfermedad, la vejez y la muerte, disminuir la ansiedad elaborando un sistema propio de interpretación.
2. Frente a una distinta concepción del mundo y de los acontecimientos, mantener la propia postura con asertividad, es decir, con firmeza pero sin agresividad, siempre respetando y procurando entender los planteamientos de la persona mayor.
3. Frente al miedo a no hacerlo bien según el criterio de otros profesionales:
 - Fundamentar la acción en conocimientos teóricos y protocolos disponibles.
 - Aprovechar la experiencia y desarrollar la creatividad.
 - Preguntar cuando sea necesario, no temer decir “no sé”.
 - Trabajar en equipo.
 - Fomentar la formación continuada teórico-práctica.

4. Prevenir el “síndrome de desgaste” (situación insostenible de estrés en el cuidador, producida por la compasión o la sobrecarga, la incertidumbre, el esfuerzo o la falta de recursos materiales y emocionales), entrenando las mismas técnicas de relajación que se aplican al paciente ansioso –explicadas más adelante–, desconectando del trabajo durante el tiempo libre y asegurando la propia sustentación afectiva mediante una vida privada consoladora y estimulante, basada en el respeto a uno mismo.

21.4. Clínica

El cuidado de las personas en circunstancias cercanas a la muerte ha de ser siempre individualizado, adaptado a la situación y paralelo al ritmo de asimilación del individuo y su familia. Su fundamento será siempre un acompañamiento delicado y respetuoso.

En la asistencia domiciliaria, el gerocultor deberá instruir a la familia, si está disponible, explicándole que los indicadores de una buena calidad de cuidados paliativos a nivel biológico son el buen estado de la piel y boca, y la ausencia de dolor (no es cierto que tomar opioides –codeína, morfina, metadona– haga del enfermo un adicto, o que vaya suicidarse con ellos, ni que, bien usados, vayan a producir depresión respiratoria o euforia. Son excelentes analgésicos y la dosis puede aumentarse paulatinamente cuanto sea necesario, sin perder eficacia). Los síntomas más frecuentes son:

1. Síntomas generales.

- Dolor.
- Astenia.

2. Síntomas específicos.

- Respiratorios.
 - Disnea.
 - Hipo.
 - Tos.
 - Hemoptisis (escupir sangre).
- Alimentarios.
 - Boca séptica.
 - Disfagia.

- Anorexia.
- Náuseas/vómitos.
- Eliminación.
 - Diarrea.
 - Estreñimiento.
 - Hemorroides.
 - Retención urinaria.
 - Hematuria.
 - Incontinencia.
- Funcionales.
 - Inmovilidad.
- Neurológicos.
 - Insomnio.
 - Ansiedad/depresión.
- Cutáneos.
 - Sudoración.
 - Sequedad.
 - Falta de higiene.
 - Edemas.
 - Prurito (picores).
 - Úlceras por presión.
 - Úlceras tumorales.

21.5. Cuidados en la enfermedad terminal

21.5.1. Sobre los síntomas generales

1. Dolor

- Debe paliarse siempre en lo posible, independientemente del origen.

- Se debe preguntar a la persona el tipo de molestias, su intensidad, localización, cuánto duran y con qué lo relaciona, pues todo esto da pistas para el cuidado.
- Se solicitará para el tratamiento y su evaluación la colaboración del mayor y de su familia.
- Tratamiento farmacológico.
 - A estos fármacos se añadirán, según sea preciso (véase [figura 21.1](#)), otros coanalgésicos (antidepresivos, anticonvulsivantes, anestésicos locales, calcio, corticoides y ansiolíticos) y adyuvantes (antibióticos, laxantes, antieméticos, sedantes, etc.).
 - Es fundamental consultar y observar la previsible aparición de efectos adversos.

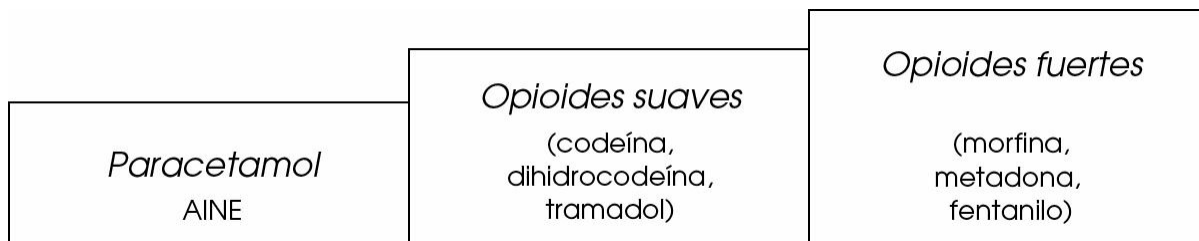


FIGURA 21.1. Escalera analgésica.

- Tratamiento no farmacológico:
 - Sirve como complemento del tratamiento farmacológico.
 - En dolores difíciles pueden ser útiles bloqueos nerviosos o radioterapia.
 - A nivel más sencillo, se aplicarán terapias alternativas (calor/frío, relajación, ejercicio físico, posturación antiálgica, musicoterapia, aromaterapia, infusiones, dietoterapia, masajes suaves, presión digital, estimulación eléctrica transcutánea, acupuntura, comunicación, ocio, laborterapia, psicoterapia, meditación...).
 - Conviene asesorarse por enfermería y/o psicología antes de aplicarlas, y para su preparación, dosis y periodicidad seguir las indicaciones de los expertos.
 - Las terapias conviene practicarlas antes del episodio de dolor, pues en medio de la crisis no se encuentra la mente en condiciones de aprender.
 - Convendrá en este contexto trabajar la aceptación del dolor inevitable, mediante el diálogo con él: preguntarle qué puede enseñar, por qué está ahí, si puede aumentar la belleza y fuerza interior, si puede ser fuente de vida, o dar una visión nueva de las circunstancias y de los

otros, que también sufren.

2. Astenia

- Es el síntoma más molesto, crónico y difícil de controlar, junto con la pérdida de peso y las parálisis.
- Se le propondrá hacer sólo las actividades más significativas, tomar alimentos de alto contenido energético, procurar el sueño suficiente y aplicar técnicas de relajación y economía funcional (consultar con terapia ocupacional).
- Se evitará por todos los medios hacerle sentir que su debilidad sea una carga.

21.5.2. Sobre los síntomas específicos

En el [cuadro 21.1](#) se desarrollan los principales síntomas específicos de carácter respiratorio, alimentario, de eliminación, funcional, neurológico y cutáneo.

21.5.3. Otros aspectos a cuidar en la persona mayor con enfermedad terminal

A) Ambientales

- Espacio.
 - Respetar su espacio privado (pedirle permiso para sentarse en la cama), su espacio de relación (cuidar la intimidad con su familia, consultarle antes de colocar su cama en el salón) y sus preferencias respecto al lugar de la muerte y el entierro.

CUADRO 21.1
Síntomas específicos de enfermedad terminal

RESPIRATORIOS	Disnea	Reducir la ansiedad. Procurar ventilación directa en el rostro. Incorporarle. Medidas farmacológicas pautadas. Nunca abandonar a la persona.
	Hipo	Ofrecer líquido si tolera. Hiperextender el cuello. Usar técnicas de distracción. Evitar comidas copiosas. Medidas farmacológicas.
	Tos	Evitar percusión torácica si existe gran deterioro general. Incrementar hidratación si tolera. Realizar drenaje postural. Evitar irritantes ambientales. Dar medicación pautada.
	Hemoptisis (sangrado)	Reposo absoluto, semisentado. Recoger sangrado con toallas oscuras. Avisar para sedación si sangrado masivo. Nunca dejarle solo.
ALIMENTARIOS	Boca séptica	Si dolor, anestésicos locales. Si infección, antibióticos locales pautados. Mantenerla húmeda con enjuagues de manzanilla con limón o saliva artificial. Evitar vaselina y sustancias azucaradas. Promover higiene escrupulosa. Si aparecen costras, deshacerlas con una gasa empapada en solución de agua oxigenada y bicarbonato en medio vaso de agua fresca. Facilitar succión de hielo y frutas ácidas.
	Disfagia	Probar con purés y gelatinas. Si se agrava, informar, para cambio a vía subcutánea o nasogástrica.
	Anorexia	Seguir en lo posible la máxima de "lo que quiera, cuando quiera, cuanto quiera". Explicar al enfermo y a la familia que es normal una disminución del apetito. Ofrecerle suplementos nutricionales de farmacia diluidos en leche desnatada.
	Náuseas/vómitos	Evitar olor intenso a comida. Dar la medicación precisa. Pueden usarse infusiones y masajes abdominales, si resultan eficaces.
ELIMINACIÓN	Diarrea	Hacer siempre tacto rectal para descartar fecaloma antes de instaurar dieta astringente.
	Estreñimiento	Prevenirlo con movilización, hidratación y masajes abdominales y lumbares. Dar los laxantes pautados. Nunca aumentar la fibra (aumenta el fecaloma).

ELIMINACION	Estreñimiento	Si pasan tres días sin deposición y no se produce con supositorios ni microenemas, aplicar enema de limpieza al que se añadirán dos cucharadas de aceite de oliva, dos de lactulosa y dos microenemas, más agua oxigenada, si existe fecaloma.
	Hemorroides	Dar pomada antihemorroidal. Usar lubricante anestésico cuando sea preciso, y en todas las maniobras anales. Colocar cojines en los asientos.
	Retención urinaria	Si hay globo vesical, avisar para sondaje.
	Hematuria	Colaborar en el estudio de la causa. Aprender a realizar lavados si se prescriben.
	Incontinencia	Cuidar la autoimagen y la piel.
FUNCIONALES	Inmovilidad	Estimular el ejercicio activo adaptado. Realizar movilización pasiva. Facilitar si lo desea desplazamientos a lugares familiares (visitas al pueblo, etc.).
NEUROLÓGICOS	Insomnio	Prevenirlo con medicación, estimulación diurna, una buena comunicación y entrenamiento en técnicas de relajación. Si se instaura, acompañarle, darle masajes suaves, ofrecerle infusiones calientes, dejarle una radio a bajo volumen, y a mano los objetos que les den seguridad.
	Ansiedad/depresión	Ayudar a la aceptación de la incertidumbre. Animarle a vivir el momento presente. Mantener seguridad y familiaridad ambientales. Facilitarle la toma de decisiones diarias, y la elaboración de un testamento vital. Dar medicación pautada. Promover un buen nivel de comunicación. Usar métodos de relajación (masajes, visualización de paisajes y recuerdos agradables, respiración abdominal, técnicas de distracción, infusiones, musicoterapia...).
CUTÁNEOS	Sudoración	Evitar corrientes de aire y excesiva humedad ambiental. Ofrecerle paños frescos y secos. Disminuir la ansiedad o la fiebre si procede.
	Sequedad	Dar cremas hidratantes grasas, ajustando el masaje a la fragilidad cutánea.
	Falta de higiene	Bañar en la cama si hay gran debilidad, realizando lavados parciales para retirar restos de vómitos, heces, orina y exudados. Cuidar la higiene ocular y ótica. Mantener las uñas limpias y cortas. Lavar, masajear y cortar el cabello. Animar al maquillaje si era acostumbrado.
	Edemas	Mantener la extremidad en alto, evitar cortes, heridas o ropa ajustada en la raíz del miembro. Dar masaje con crema hidratante 15 minutos en piel de tórax o abdomen, y 20-30 minutos en la extremidad afectada, siempre desde el extremo a la raíz, tras unas horas con vendaje compresivo pautado. Poner compresas si existe exudado.

CUTANEOS	Prurito	Si tiene causa conocida (obstrucción de vías biliares, p. ej.) puede intentar paliarse. Aplicar medicación que se prescriba.
	Úlceras por presión	Prevenir con movilización, hidratación, higiene, parches ultrafinos o vasodilatadores. Si aparece enrojecimiento, evitar presión y almohadillar. Si hay descamación, usar cremas cicatrizantes. Para una úlcera franca, efectuar los cuidados habituales, con las consideraciones específicas de paliativos, que son: evitar desbridamientos agresivos, usar anestesia local y poner parches o líquidos hemostáticos si sangra. Prevenir infecciones. Si aparece mal olor, poner tratamiento antibiótico y carbón activado sobre el apósito. Si duelen, antiinflamatorios y antibiótico. Consultar a enfermería.
	Úlceras tumorales	Retirar los apósitos con suero para evitar que sangre. Lavar con suero y aplicar Povidona yodada al 1%; si sangra exageradamente a pesar de los hemostáticos, dar toquecitos con una gasa mojada en adrenalina al uno por mil. Cubrir con gasas vaselinizadas con/sin lidocaína y apósito. Resto de cuidados como en UPP.

- Cama.

- Grande para la movilización, alta si el mayor ya no deambula, articulada si es necesario, con posibilidad de acceso desde ambos lados, con barandillas almohadilladas.
- Colchón de dureza media, protegido si aparece incontinencia o riesgo de úlceras por presión.
- Sábanas limpias, secas, suavizadas y estiradas.
- Colcha o edredón según temperatura y preferencias.
- Número de almohadas adaptado al gusto, la dificultad respiratoria y la incorporación indicada tras las comidas.

- Asiento.

- Posicionable, que no se hunda al sentarse, con cojines o rodetes si hay hemorroides o úlceras en la región sacra, con protector plástico si existe incontinencia.
- El reposapiés facilita la sensación de seguridad y mejora la circulación.
- Orientar el sillón hacia donde la persona desee.
- Usar dispositivos con ruedas para la movilización.

- Dejarle a mano cuanto pueda necesitar y el timbre.
 - Ponerle una manta si siente frío.
 - No apretar en exceso el chaleco de sujeción.
 - Nunca mantenerle sentado más tiempo del que razonablemente le apetezca.
- Temperatura.
 - Evitar ventiladores, aparatos de aire acondicionado y calefactores, pues movilizan gérmenes y disminuyen el nivel de humedad ambiental.
 - Usar edredones (pesan menos que las mantas y producen menos prurito), bolsas de agua caliente envueltas, ropa y calzado adecuados a su sensación térmica.
 - La temperatura puede usarse como terapia analgésica, antiinflamatoria y tranquilizante: comprobar siempre que el calor o frío no serán excesivos.
- Humedad.
 - Puede colocarse si es necesario un humidificador ambiental o un bol con agua caliente cerca de la cabecera (cuidado si existe confusión o demencia).
 - Si la persona mayor sufre sudoración excesiva, mantener ventilación y temperatura adecuadas, procurando un ambiente seco.
- Luz.
 - Procurar más luz de día que de noche (sobre todo en personas desorientadas, insomnes y encamadas).
 - Mejor luz natural, evitando exposición prolongada al sol sin protección.
 - No colocar lámparas que le deslumbren.
 - De noche, dejar piloto de seguridad encendido.
- Color.
 - Los colores son importantes en la decoración y en los objetos personales, para la orientación y estimulación de los mayores con demencia.
 - También se pueden usar como terapia y como medio de expresión personal.

- Ruido.
 - Evitar ruidos bruscos o continuados.
 - Alternar momentos de estímulo sonoro con silencios, acentuando la diferencia entre el día y la noche.
 - De día permitir, si el mayor lo desea, que niños y animales jueguen en su entorno.
 - Puede usarse musicoterapia para relajación o estimulación.
- Olor.
 - Cuidar la higiene del enfermo, el cuidador y el entorno.
 - Usar ambientadores u ozonizadores si es preciso.
 - Sobre úlceras malolientes, poner carbón activado.
 - Tratar las causas de halitosis, según prescripción.
 - Usar cremas sobre la piel mejor que desodorantes.
 - Lavar con suavizante la ropa, nunca guardarla sucia.
 - Vaciar y limpiar tras cada uso la cuña y la botella.
 - Evitar olor a comida si produce náuseas.
- Ventilación.
 - Ventilar para mejorar la respiración, disminuir la ansiedad y claustrofobia, y purificar el ambiente.
 - Evitar corrientes frías.
 - Proteger la ventana con barrotes o red si la persona expresa deseos de suicidio.
- Disposición de objetos personales.
 - Facilitar la vista y el acceso de aquellos más significativos para la persona, sin apartarlos para colocar medicamentos, botes de alimentación, etc.
 - En una mesilla grande, a la altura de la cama, con los picos protegidos, colocar su vaso de plástico con agua fresca, su pañuelo, un reloj grande luminoso, la lamparita de noche con interruptor grande y el timbre o campanita.
 - Apoyado en ella quedará el bastón, si le es necesario.
 - En la balda inferior de la mesilla, colocar la cuña o botella y el papel higiénico.
 - Si aparecen alucinaciones, puede ser útil retirar todos los objetos de su

vista.

B) Psicológicos

- Afrontamiento inadecuado de su situación.
 - Ofrecer sólo el nivel de información que pueda tolerar.
 - Reconocer las distintas respuestas: miedo, negación, ira, culpa, desesperanza, cansancio, optimismo exagerado, negociación, tristeza o incredulidad.
 - Acompañar la evolución individual de esas estrategias hacia la aceptación, –que no es siempre imprescindible–, respetando su propio ritmo de desarrollo.
 - Analizar con él qué tipo de recursos puso en marcha ante otras dificultades de la vida y ofrecerle estrategias alternativas.
 - Mantener un buen nivel de comunicación.
- Dificultad para aprender nuevas estrategias de afrontamiento.
 - Realizar ejercicios y juegos que mejoren la memoria, la capacidad de asociación y la posibilidad de expresión y comunicación.
 - Psicoterapia.
- Deterioro de la autoimagen.
 - Mostrarles verbalmente y con la actitud que son aceptados.
 - Favorecer que se arreglen y se cuiden.
- Deterioro del autoconcepto.
 - Potenciar la autonomía y la sensación de ser útil y necesario.
 - Favorecer el desarrollo de las capacidades que aún le quedan.
 - Potenciar el cuidado de otros.

C) Sociales

- Económico-burocráticos.
 - Ponerse en contacto con el trabajador social.

- Si se ofrece servicio privado, ajustar el precio al nivel adquisitivo del enfermo o su familia.
- Comunicación.
 - Ayudar a la persona mayor a encontrar su equilibrio entre relaciones sociales, intimidad y soledad.
 - Facilitar que ella ponga los límites en cuanto a número y tiempo de visitas.
 - Utilizar las habilidades de comunicación.
- Familiares.
 - Cuidar al cuidador y su relación con el enfermo.
 - Explicar la situación y los fundamentos del cuidado paliativo a aquellos familiares que acuden a última hora pidiendo actitudes curativas agresivas.

D) Espirituales

El bienestar espiritual se alcanza cuando se consigue dar sentido a la vida y encontrar consuelo en sus dificultades. Las principales fuentes de sentido vital son la ética, la estética, la afectividad y la religiosidad. Conviene hacer preguntas que posibiliten la expresión de estos aspectos y su valoración, para asegurar un cuidado integral de la persona mayor:

- Ética.
 - Procurar la resolución de conflictos pendientes.
 - Hacer balance vital. Reconciliarse con la propia historia: encontrarle sentido, con serenidad y esperanza.
 - Entrenar en el presente sus estrategias para afrontar el futuro.
 - Creer en el hoy como ocasión de desarrollo.
 - Hacer sus disposiciones y legados, con la mayor autonomía posible, en el testamento vital.
 - Seguir luchando, apostando y transmitiendo los valores que se han vivido, sin renunciar a ellos por la incertidumbre de la situación actual.
- Estética.

- Hacer una lista con él, y marcar objetivos de expresión y disfrute estéticos concretos y realistas, a corto plazo, por ejemplo: “mañana me despertaré a ver amanecer, disfrutaré del agua del baño y de los masajes hidratantes de después...”.
- Afectividad.
 - Tratarle, siempre y ante todo, como una persona, no como a un enfermo incurable.
 - Potenciar la comunicación y soporte familiar y de grupo.
 - Facilitar la expresión afectiva, directa o simbólica, evitando adoptar con él actitudes paternalistas que puedan infantilizarle.
 - Asegurarle que sus miedos y sufrimientos nos importan.
- Religiosidad.
 - Ayudar e incluso acompañar en la expresión religiosa.
 - Paliar una posible imagen negativa, castigadora o justiciera de Dios.
 - No esperar a la agonía para administrar los sacramentos.
 - Facilitar la oración, pues abre el corazón a la solidaridad y a la trascendencia, con sosiego y esperanza, y ayuda a abandonar las propias exigencias para prepararse al misterio de la muerte.
 - Buscar un consultor espiritual apropiado si aparece crisis de creencias.

E) Médicos

- Polifarmacia.
 - Los mayores con enfermedad terminal avanzada, a menudo no toleran el número de pastillas que antes tomaban, por disfagia o aumento de las reacciones adversas. Comentar con el médico, que dejará solamente aquellas imprescindibles. Ser flexibles en los horarios de administración, evitando siempre los nocturnos.
- Vías de administración.
 - En el domicilio, las vías subcutánea y transdérmica son manejadas por la familia: aprender su empleo correcto para asesorarles cuando sea preciso.
 - En pacientes terminales, se usan también las vías sublingual y rectal,

evitando las vías intravenosa e intramuscular.

- Negación a tratamientos.
 - El enmascaramiento del sabor de los medicamentos, su presentación líquida, la administración indolora y cómoda, un buen nivel de comunicación cuidador-enfermo y el uso concomitante de técnicas de relajación pueden facilitar la aceptación de los medicamentos.
 - Si la persona no presenta deterioro mental grave, está en su derecho de renunciar a cualquier tratamiento, recibiendo los cuidados paliativos que sí acepte hasta la muerte.
 - Si existe deterioro cognitivo, la negación suele ser transitoria.

21.5.4. Cuidado de los síntomas durante la agonía

La agonía supone la disminución progresiva final del nivel funcional y de conciencia, en un período de minutos a días, que en las personas mayores viene precedido de gran alternancia de empeoramientos y remisiones. Los principales cuidados se muestran en el siguiente cuadro.

CUADRO 21.2
RESPIRATORIOS

Estertores	No angustiarse por el sonido de las secreciones, no se asocian a sufrimiento del paciente. Colocarle de lado en la cama, con la cabecera incorporada y la cabeza hacia delante para que hagan menos ruido. Nunca realizar aspiración.
Disnea	Incorporación, ventilación y tratamiento farmacológico; sedar según prescripción si aparece crisis de pánico respiratorio.

NEUROLÓGICOS *(los más significativos)*

Disminución de la consciencia progresiva, brusca o intermitente (ojos entornados sin expresión, no respuesta a estímulos, sedación o inquietud)	Mantener contacto físico y verbal.
Espasmos	Poner antiespasmódicos pautados.
Alucinaciones y agitación	Comprobar si tiene retención urinaria. Evitar lesiones. No poner sujeción mecánica, usar fármacos.

CIRCULATORIOS

Pulso débil (puede costar encontrarlo). Cianosis y frialdad en pies, nariz y manos.	Tapar para mantener temperatura central; dar masaje suave.
Hemorragias	Recoger el sangrado con toallas oscuras azules o verdes para disminuir el impacto visual. No dejarle solo mientras va disminuyendo la conciencia. Sedar si procede, según indicación médica.

GENERALES

Dolor	Es fundamental evitarlo. Utilizar terapias convencionales y alternativas. Acompañar y consolar. Cuidar el ambiente.
Fiebre	No usar técnicas molestas para su disminución (baño, paños fríos, etc.).
Sudores	Secar con tela suave, destapar y sosegar.
Vómitos	Recogerlos con empapador o toalla. Limpiar la boca después. Mantenerlo de lado, para evitar que pase vómito a las vías respiratorias.
Facies hipocrática: rasgos muy acentuados, nariz afilada, ojos hundidos	Evitar la angustia, acariciarle, despedirse

FUNCIONALES

Inmovilidad	Evitar todo movimiento que pueda provocar dolor, excepto para aliviar la presión cutánea y cambiar los empapadores (evitar la vía rectal). Dejar las úlceras por presión tapadas con un parche hidrocólico. Levantarlo sólo si duele, se empapa o aparece muy mal olor.
Incontinencia	Poner empapadores suficientes para que no haya que cambiar ya la sábana bajera. En hombres, puede colocarse un colector.
Retención	Si aparece globo vesical, avisar para sondaje. Aunque persista el estreñimiento, no poner ningún tipo de enema.
Ingesta casi nula	No forzar ni sólidos ni líquidos, explicarlo a la familia, pues esto disminuye la calidad de vida sin aumentar la supervivencia. Tampoco usar la vía nasogástrica, ni la parenteral. Mantener hidratación de la boca.

El gerocultor informará a la familia, si procede, de los cuidados básicos ante las complicaciones que puedan aparecer, para aumentar su seguridad, y evitar que el fallecimiento se produzca en el traslado al hospital.

Estos cuidados básicos se realizarán con serenidad, concediendo internamente a la persona mayor el permiso para partir. Si es oportuno, y el enfermo no se opone, a veces

conviene sedarle para su bienestar: consultarlo. En cualquier caso, administrar los medicamentos indicados para cada uno de los síntomas, por vía subcutánea o sublingual, y no descuidar el ambiente y la comunicación (oído y tacto son los últimos sentidos que se pierden). Conservar la dignidad de la persona, no abandonarle; transmitirle en todo momento esperanza y seguridad.

21.5.5. *Cuidar al cuidador*

A menudo será el gerocultor quien lleve el peso principal del cuidado en la persona mayor con enfermedad terminal: al ser enfermedades de tan larga duración, y considerar que la muerte en los mayores es algo natural que no necesita cuidados, la familia a menudo se acaba distanciando, agotada (claudicación familiar). En otras ocasiones, se encontrará con uno o varios cuidadores que se turnan, en los que deberá valorar los aspectos descritos en el siguiente cuadro.

CUADRO 21.3.

BIOLÓGICOS	¿Come y duerme bien? ¿Cuida de sí mismo, de su aspecto y de su salud? ¿Conoce la forma de proteger su espalda en las movilizaciones del enfermo? ¿Reconoce y respeta su propio agotamiento, pidiendo ser relevado sin sentimientos de culpa?
PSICOLÓGICOS	¿Reacciona adecuadamente ante sus necesidades y las demandas cambiantes del enfermo? ¿Tiene crisis de ansiedad o depresión? ¿Es capaz de expresar sus sentimientos? ¿Tiene dudas acerca de los tratamientos o cuidados? ¿Está satisfecho de sí mismo y de la asistencia que presta? ¿Sabe descubrir lo positivo de su relación con la persona mayor en esta circunstancia? ¿Existe comunicación respecto al diagnóstico y el pronóstico? ¿Le ayudaría contar con el apoyo de un psicólogo?
SOCIALES	¿Existen problemas económicos, laborales o familiares provocados por su papel de cuidador? ¿Qué recursos utiliza para afrontarlos? ¿Conoce al trabajador social? ¿Sabe a quién acudir en caso de necesitar información o asistencia? ¿Mantiene sus relaciones socio-familiares?
ESPIRITUALES	¿Cómo interpreta la vejez, la enfermedad y la muerte de la persona mayor? ¿Ha solucionado los posibles conflictos con ella? ¿Ha cumplido sus últimas voluntades? ¿Encuentra sentido a su propia vida al margen de su tarea de cuidador? ¿Es capaz de seguir amando al fallecido aceptando su ausencia, y de amar a otros?

El gerocultor debe acompañar y ayudar al cuidador para que procure el bienestar

del mayor durante la enfermedad terminal, se despida de él adecuadamente y, tras el fallecimiento, pueda continuar una vida social y familiar enriquecida y plena.

Recuerde...

- La persona mayor con enfermedad terminal debe recibir una atención paliativa que le asegure calidad de vida a ella y a su cuidador, preparándoles para la muerte.
 - Durante la enfermedad se atenderán las necesidades bio-psico-sociales, ambientales y espirituales respetando en lo posible las preferencias del enfermo y los deseos de la familia.
 - Tras el fallecimiento se continuará el cuidado respetuoso del cuerpo y se acompañará a la familia.
-

Urgencias

22.1. Introducción

El objetivo de este capítulo es mostrar aquellas situaciones que por sus características puedan poner en peligro la vida de las personas mayores o complicar su estado basal.

No se pretende describir de manera exhaustiva cada uno de los problemas, sino mostrar en qué consisten y la clínica que los acompaña.

Respecto a las actuaciones habrá ocasiones en las que el gerocultor podrá actuar de manera clara (en caso de parada cardiorrespiratoria) y otras en las que su actuación se limitará a asistir al médico y/o enfermero, vigilar la aparición de signos y síntomas indicadores de urgencia y avisar a alguno de los profesionales citados.

También es necesario mencionar que, a pesar de todos los controles por parte de las instituciones públicas, aún siguen existiendo centros, servicios u ofertas laborales que dejan a los gerocultores ante posibles situaciones de urgencia, las cuales van acompañadas de elevadas consideraciones ético-legales, independientemente de si están capacitados o no para actuar solos.

Ante estas situaciones sólo se puede recomendar que de manera precisa revise las condiciones del contrato y se determinen de manera específica las funciones laborales (por categoría) en aquellas situaciones de urgencia que puedan poner en peligro la vida de las personas mayores a su cuidado.

Es recomendable determinar de manera clara las funciones o actuaciones a desarrollar por el gerocultor ante las situaciones de urgencia así como del resto del personal sanitario para evitar problemas de tipo legal (véase anexo).

22.2. Urgencias cardiocirculatorias

22.2.1. Parada cardiorrespiratoria (PCR)

Interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y circulación espontánea.

A) Causas

- Parada respiratoria:
 - Obstrucción de la vía aérea; vómitos, reflujo gastroesofágico, cuerpos extraños, espasmo laríngeo, lengua...
 - Depresión respiratoria central; accidente cerebrovascular (ACV), traumatismos...
- Parada cardíaca:
 - Arritmias, infarto, hipovolemia, anafilaxia...

B) Indicaciones

- Siempre actuar ante una PCR, excepto:
 - Paciente terminal.
 - Existe orden médica específica.
 - PCR de más de 10 minutos sin haber sido aplicado ventilación cardiopulmonar (dentro de la resucitación cardiopulmonar: RCP).
- Suspensión de la resucitación cardiopulmonar (RCP):
 - Recuperación circulación y respiración espontánea.
 - RCP se inicia con más de 10 minutos de retraso.
 - Si tras 30 minutos de realización correcta de RCP, no existen signos de actividad eléctrica cardíaca.

C) Medidas generales (véanse [figuras 22.1 a 22.11](#), tomadas de Bigotes García, C. *et al.*, 1991)

- La resucitación cardiopulmonar es una maniobra que deberá usarse sólo en caso de confirmarse la existencia de parada respiratoria y cardiaca.
- Existirá una resucitación cardiopulmonar básica (sin medidas de soporte vital, fármacos ni respiración asistida) y una RCP avanzada.
- Las técnicas básicas que constituyen la RCP son: la ventilación y el masaje cardiaco externo.
- Lo primero es seguir el “ABC” de la RCP. No se pasará de una fase a otra hasta haber resuelto cada una de manera progresiva:

A. Permeabilidad de la vía aérea.

B. Ventilación.

C. Circulación.

- Permeabilidad de la vía aérea:
 - Hiperextensión de la cabeza y extracción de posibles cuerpos extraños que obstruyan las vías respiratorias (con el pulgar de una de las manos se presionará la base de la lengua). La hiperextensión permeabiliza la vía aérea en el 80% de los casos y evita la oclusión producida por la relajación de los músculos de la lengua. También se podrán utilizar cánulas orofaríngeas. La inserción de éstas se realiza con la concavidad de la cánula hacia arriba y una vez llegado al paladar se realiza un giro de 180°.
- Ventilación.
 - Valorar la existencia de respiración espontánea (ciclo inspiratorio-espiratorio).
 - Se realiza mediante insuflación directa boca-boca, boca-nariz o a través de ambú. Siempre antes del masaje, para enviar sangre oxigenada.
 - Evitar pérdidas de aire desde las fosas nasales tapando los orificios.
 - Verificar la entrada de aire a los pulmones gracias al movimiento ascendente del tórax. La elevación del abdomen significa una mala técnica de ventilación (incorrecta hiperextensión de la cabeza).
- Circulación.
 - Valorar existencia de pulsos centrales.
 - Masaje cardiaco externo. El reanimador se colocará en el lado izquierdo del paciente, la presión se realizará sobre el esternón, 2-3 cm por encima del apéndice xifoides.

- Los brazos del reanimador deberán estar en total extensión, las manos entrelazadas y el talón de una de las manos en contacto con el esternón y volcando todo el peso al comprimir el tórax.
- Se debe mantener la rigidez de la superficie sobre la que está el paciente, si no, no se comprime suficiente el esternón sobre el corazón y no es efectivo el masaje.
- Revaloración cada minuto de la efectividad del masaje.
- En caso de un solo reanimador, se realizarán dos insuflaciones y 15 masajes; en caso de dos reanimadores, se realizarán una insuflación y 5 masajes.
- Resultado:
 - A. Paciente respira y tiene pulso: posición de seguridad.
 - B. Paciente no respira y tiene pulso: 12 insuflaciones y comprobación.
 - C. Paciente no respira y no tiene pulso: RCP básica completa.



FIGURA 22.1. Dibujo de llamada y atención.

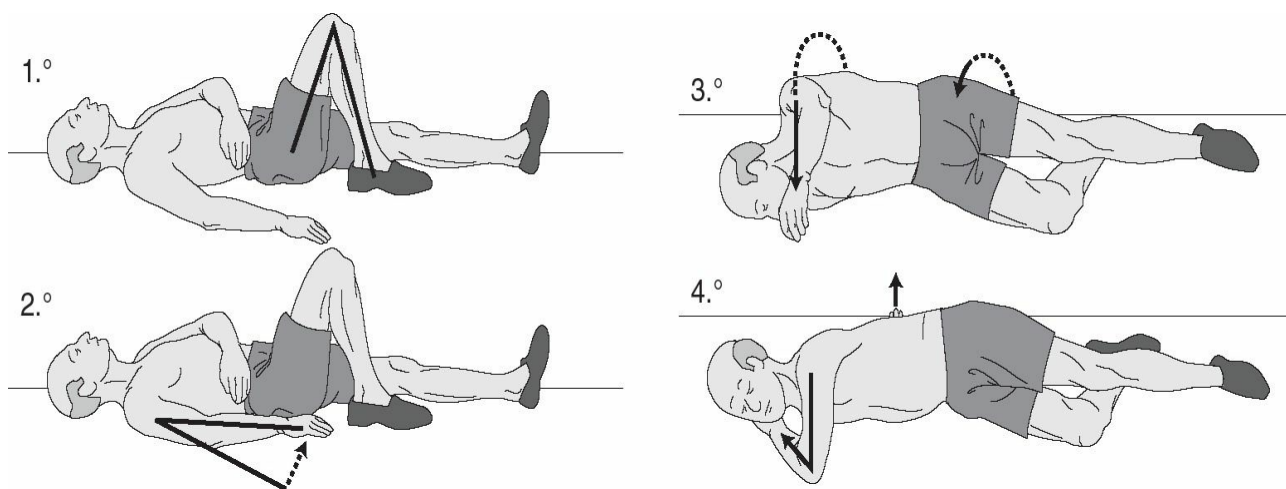


FIGURA 22.2. Posición de seguridad.

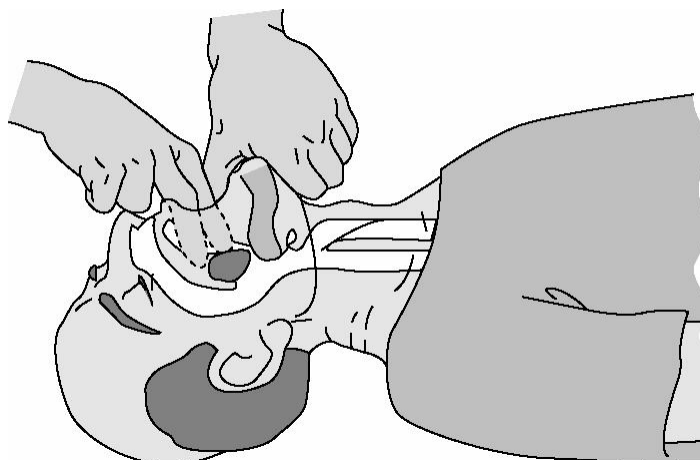


FIGURA 22.3. Sacar objetos con las manos.

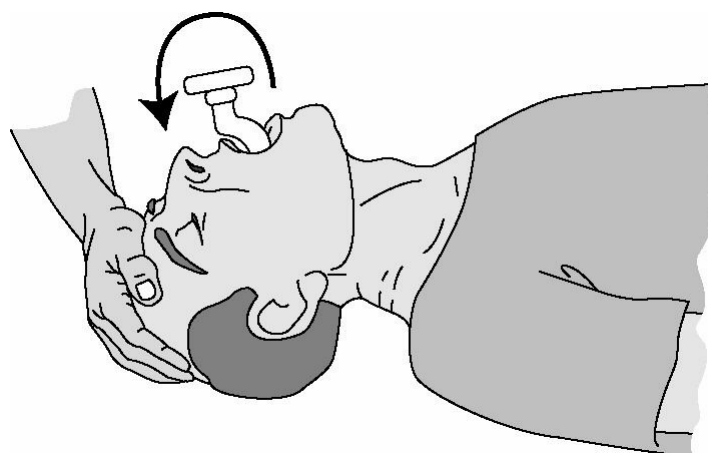


FIGURA 22.4. Colocación de cánula orofaríngea.

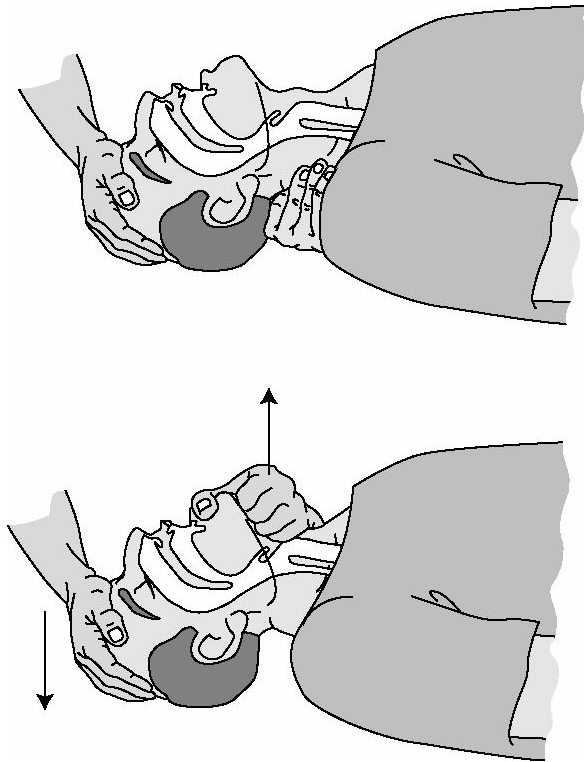


FIGURA 22.5. Extensión de la cabeza.

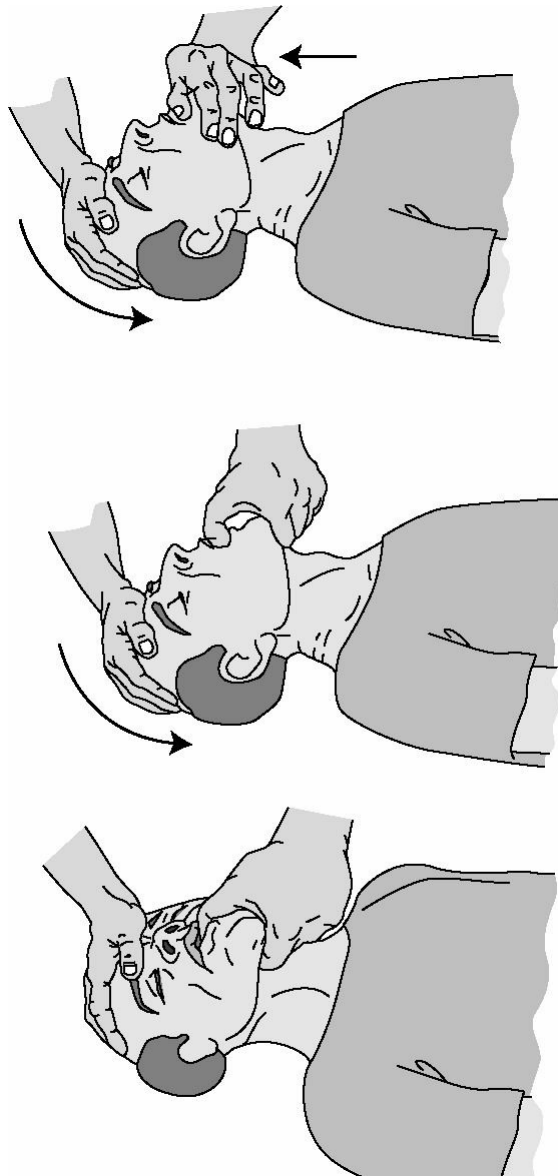


FIGURA 22.6. Posición de las manos y tracción anterior de la mandíbula

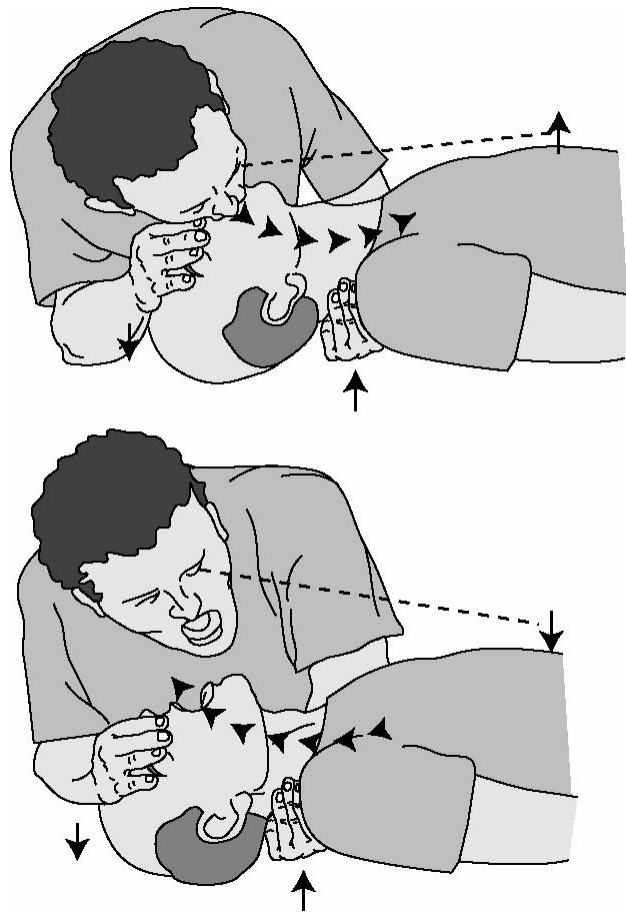


FIGURA 22.7. Ventilación boca a boca.

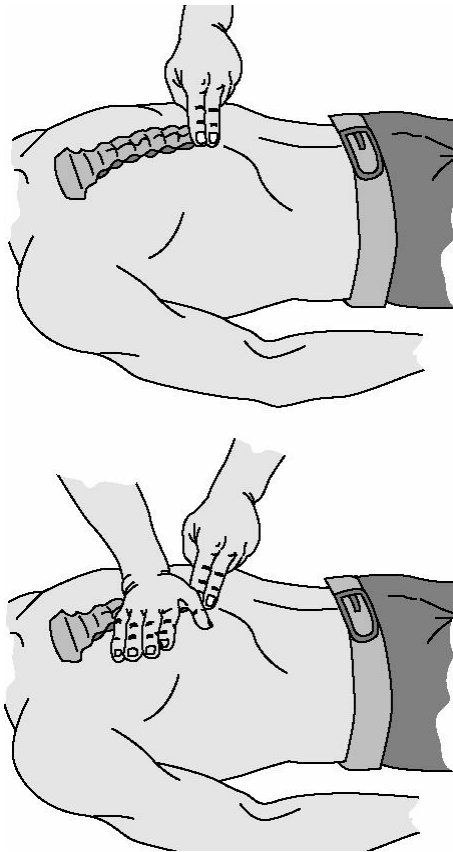


FIGURA 22.8. Localización de punto compresión.

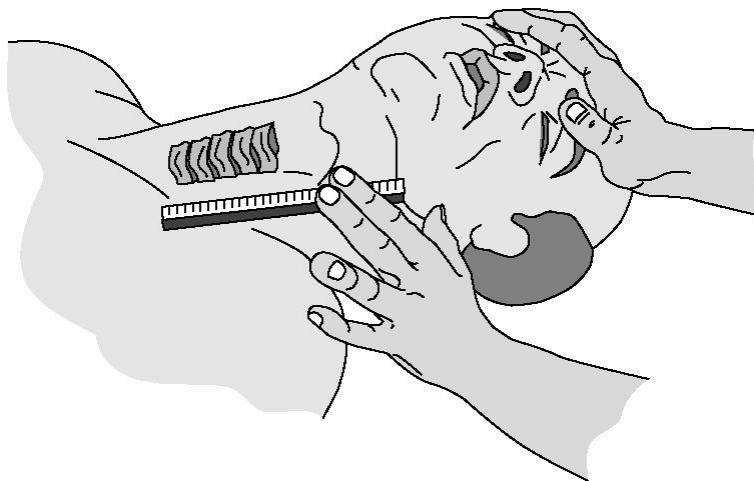


FIGURA 22.9. Toma de pulso carotideo.

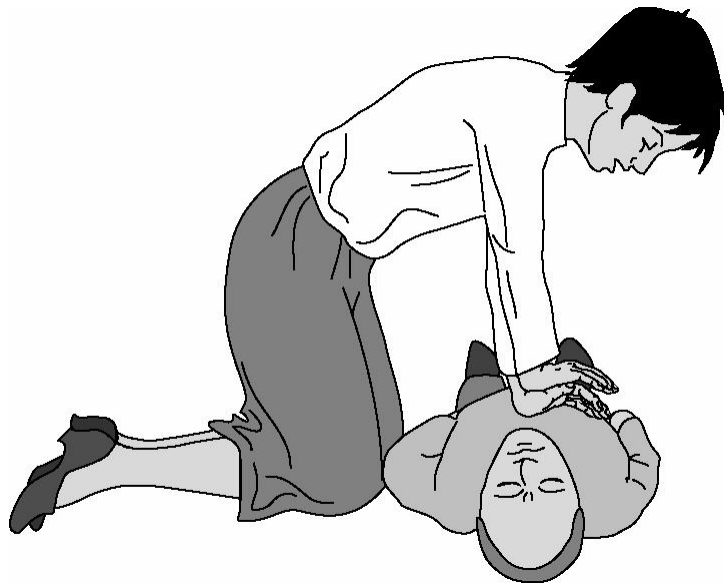


FIGURA 22.10. Posición de manos y cuerpo del reanimador.

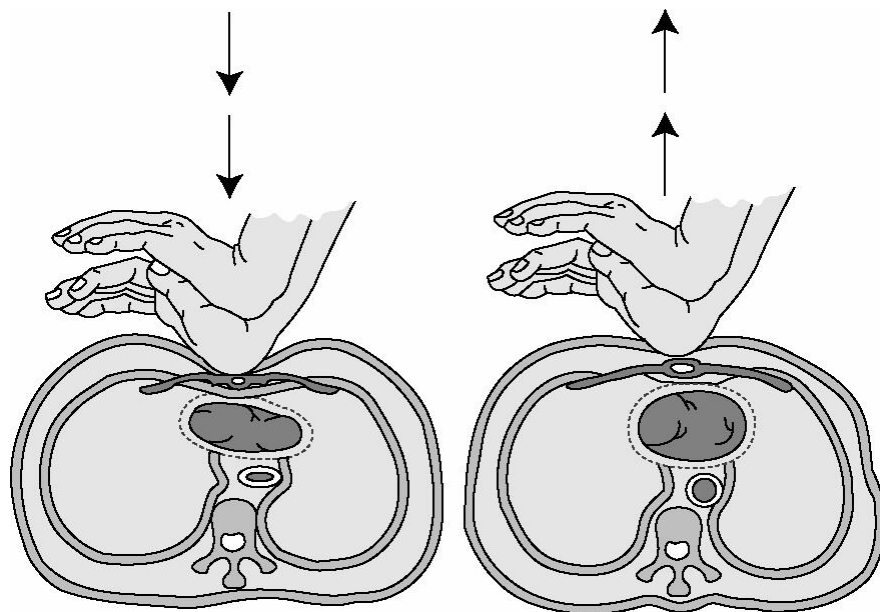


FIGURA 22.11. Corte transversal del tórax.

22.2.2. Isquemia arterial aguda

- Disminución parcial o total del riego sanguíneo a una extremidad.
- Muy frecuente en miembros inferiores.
- Clínica: dolor agudo y brusco, a veces incapacitante, que puede afectar a la marcha y provocar inmovilidad; extremidad pálida, fría, pulso disminuido o abolido.
- Vigilar: personas mayores con arteriopatías diabéticas, con enfermedades

limitantes que podrían ocultar la clínica (enfermedad pulmonar obstructiva crónica (artrosis, etc.).

- Actuación:
 - Dejar la extremidad en declive o colgando (no elevarlo).
 - Favorecer el calor en la zona; vendajes algodónados, compresas con agua caliente (cuidado con las quemaduras).
 - Evitar masajes con elevada fricción cutánea (aumenta la lesión).
 - Informar.
 - No demorar el aviso al médico y/ o enfermero.

22.2.3. *Trombosis venosa profunda (TVP)*

- Oclusión de un vaso perteneciente al sistema venoso profundo por un trombo (causa más frecuente) y que provoca una clínica característica. La TVP suele estar localizada en los miembros inferiores.
- Riesgo potencial: que el trombo se libere y circule por el torrente sanguíneo hasta la circulación pulmonar y obstruya una arteria pulmonar provocando un tromboembolismo pulmonar (TEP). Una urgencia que suele acabar con la vida de la persona en un porcentaje elevado de los casos.
- Clínica: dolor en los muslos que aumenta al manipular y presionar la zona, calor en la zona afectada acompañada de un enrojecimiento, venas con textura tipo “cordón”, inflamación de la extremidad afectada.
- Vigilar: paciente inmovilizado (fracturas, intervenciones quirúrgicas, depresión, etc.).
- Actuación: evitar la movilización y la manipulación de la extremidad, en caso de afectación en miembros inferiores ya que está contraindicada la deambulación. Informar.

22.2.4. *Síncope*

- Una de las causas frecuentes es por la hipotensión ortostática.
- Se define como la pérdida de consciencia por ausencia del tono postural.
- La aparición suele ser brusca, de duración breve y de recuperación espontánea; es habitual que aparezca al levantarse bruscamente de la cama.
- Clínica: debilidad, mareos, frialdad, sudoración, palidez, pérdida de la consciencia.
- Constantes: tensión arterial sistólica (TAS) < 105 mm de Hg y tensión arterial diastólica (TAD) < 65 mm de Hg.

- Vigilar: elevado riesgo de caída y lesiones traumáticas, individuos con antecedentes de desvanecimientos bruscos sin causa conocida, alteraciones cardiacas...
- Actuación: colocar en decúbito supino y levantar los miembros inferiores, en caso de existir náuseas o vómitos, lateralizar la cabeza o colocar en decúbito lateral facilitando la expulsión del vómito (véanse medidas para evitar síndrome aspirativo). Preventiva: incorporarse lentamente de la cama.

22.2.5. *Dolor de tórax*

- Dolor ubicado en región torácica.
- Importante describir las características del dolor:
 - Aparición brusca o lenta.
 - Localización exacta o con irradiación a otras zonas.
 - Incapacitante.
 - Lacerante (“punzadas”), opresivo (“quita respiración”), etc.
- Causas: infarto agudo de miocardio (IAM), tromboembolismo pulmonar (TEP), músculo-esquelético, etc.
- Clínica: dolor cardiaco, opresivo, de comienzo brusco, localizado por debajo de la tetilla izquierda en varón y del pecho en mujeres. Comienza en dedos de la mano izquierda y va ascendiendo hasta centrarse por debajo del pecho. En personas mayores puede existir irradiación a nivel de la región cervical y umbilical. La aparición de disnea se considera como un agravante.
- Actuación: determinar las características del dolor, controlar la hora del comienzo del dolor e informar.

22.3. Urgencias respiratorias

22.3.1. *Insuficiencia respiratoria aguda*

- Síndrome de distintas etiologías que se traduce en una dificultad respiratoria y en una alteración de la ventilación y de la oxigenación del paciente. Se comprobará la capacidad de ventilación (inspiración-espирación) espontánea, la existencia de dificultad respiratoria y de una incorrecta oxigenación.
- Causas: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) descompensada o agravada por una reinfección respiratoria, crisis asmática, TEP, neumonía, broncoespasmo.

- Clínica de la dificultad respiratoria: disnea (dificultad respiratoria referida por el paciente), uso de músculos accesorios de manera exagerada (pectorales, esternocleidomastoideo, escaleno e intercostales), “le cuesta respirar”, se exagera la inspiración por el esfuerzo que debe realizar, respiraciones > 30 por minuto, pueden existir paradas o pausas respiratorias momentáneas (apnea), suduración, palidez.
- Alteración de la oxigenación:
 - Cianosis (coloración violáceo-azulada) en labios y uñas de manos y pies.
 - Disminución de la consciencia (dormilada).
- Actuación: determinar la existencia de clínica respiratoria e informar.

22.3.2. Hemoptisis

- Expulsión de sangre a través de la boca procedente de vías respiratorias.
- Clínica: sangre rojo brillante, con burbujas, acompañada o no de dolor y molestias torácicas.
- La principal medida es avisar y evitar el síndrome aspirativo.
- En ocasiones es preciso tranquilizar primero a la persona mayor, ya que es una situación que puede producir gran ansiedad y angustia.

22.3.3. Síndrome aspirativo

- Conjunto de signos y síntomas que aparecen tras la obstrucción de las vías respiratorias (altas y/o bajas) por cuerpos extraños, líquidos, secreciones, restos de comida, sangre, etc., procedentes del aparato digestivo, de vías respiratorias o de origen exógeno (alimentos, prótesis, etc.).
- Causa principal en personas mayores suele ser durante y después de la alimentación.
- Vigilar aquellos individuos que presenten disfagia (dificultad para tragar), náuseas o vómitos, regurgitación (cualquier expulsión del contenido gástrico puede desencadenar el síndrome), disminución de la atención, dificultad para alimentarse por sí mismos y, sobre todo, con antecedentes de ACV y con secuelas neurológicas.
- Clínica:
 - Agitación y nerviosismo por la repentina obstrucción de la vía aérea.

- Cianosis (por disminución del aporte de oxígeno).
- Tos, rubicundez facial (por el ahogo y el esfuerzo).
- En personas mayores inmovilizadas durante largo tiempo en cama, con gran fragilidad y deterioro, en coma o situaciones similares, en ocasiones no existe una clínica específica que ayude a detectar la aspiración.
- Complicación potencial:
 - Muerte.
 - Neumonías por aspiración (infección pulmonar secundaria a la aspiración).
- Actuaciones (véase capítulo sobre la alteraciones de la deglución).
 - Preventivas.
 - Al suceder la aspiración *in situ*:
 - a) Avisar.
 - b) Permeabilidad de la vía aérea.

22.4. Urgencias nefrourológicas

22.4.1. Hematuria

- Presencia de sangre en la orina.
- Causas:
 - Traumatismo en uretra (muy frecuente en personas mayores sondadas).
 - Infección tracto-urinaria.
 - Otros: tumores, lesiones en la vejiga, etc.
- La presencia de sangre en la orina siempre es algo anormal, incluso en personas mayores con sondaje vesical.
- Actuaciones:
 - Ante la sospecha de hematuria, se recogerá una muestra de orina y se realizará un examen con tiras reactivas para valorar la existencia de componentes anormales.
 - Si no existe contraindicación médica, aumentar la ingesta de líquidos (agua)

- para disminuir la concentración de la orina y favorecer la diuresis.
- Control de la diuresis y de las características de la orina. A veces, debido a la aparición de coágulos, turbidez, aumento de la densidad de orina, “posos”, se pueden obstruir la luz de la sonda vesical produciendo una retención urinaria que cursa con una disminución diuresis.
 - En caso de hematuria franca (sangrado masivo), avisar al médico y/o enfermero.

22.5. Urgencias metabólicas

22.5.1. Hipoglucemia

- Disminución de la glucosa en sangre por debajo o igual a 50 mg/dl.
- El límite glucémico para determinar la presencia de una hipoglucemia puede variar en función del individuo. Habrá personas diabéticas que pueden tener clínica de hipoglucemia con una cifra de 70 mg/dl y otras que no sufrirán los síntomas hasta tener cifras de 35-40 mg/dl.
- Causas:
 - Administración de insulina o antidiabéticos orales en dosis excesivas.
 - Ausencia de ingesta de alimentos tras la administración de insulina.
 - Realización excesiva de ejercicios o esfuerzos prolongados (producen un mayor consumo y la consecuente disminución de azúcar en la sangre).
 - Presencia de infecciones y otros procesos que aumenten o alteren el metabolismo (la presencia de infecciones suelen alterar las cifras de glucemia produciendo bajadas y subidas no controlables).
- Vigilar a individuos diabéticos tipo I (insulinodependientes) y aquellos que sufren diabetes mellitus tipo II (no insulinodependientes) y que necesiten de manera puntual administrarse insulina.
- Clínica:
 - Sudoración, palidez y frialdad.
 - Alteración de la consciencia y de la conducta (agresividad).
 - Malestar abdominal.
 - Convulsiones.
- Actuaciones:

- Avisar al médico y/o enfermero.
- Lo primero, determinar el nivel de azúcar en sangre. En caso de confirmarse cifras bajas de azúcar y la persona mayor tolere por vía oral (no existe riesgo de aspiración), administrar líquidos azucarados: zumos, fruta, etc.
- En presencia de pérdida de consciencia (no tolera por vía oral), se suele administrar glucagón vía intramuscular (IM).
- Estas inyecciones de glucagón facilitan la utilización del azúcar de reserva del organismo para remontar la hipoglucemia. Posteriormente habrá que administrar zumos, galletas o similares para volver a llenar las reservas.

22.6. Urgencias digestivas

22.6.1. Hemorragia digestiva (HD)

Emisión de sangre a través del aparato digestivo. En función del origen del sangrado dividimos la hemorragia digestiva en:

- Alta en forma de hematemesis y melenas (es de origen gástrico o duodenal).
- Baja en forma de rectorragia (de origen anal).
- La hematemesis es la expulsión de sangre en forma de vómito a través de la boca; la diferencia clínica con la hemoptisis es la ausencia del color rojo brillante y de burbujas. También puede aparecer en forma de “posos de café”, sangre digerida en el estómago que posteriormente es expulsada en forma de vómito.
 - Las melenas es sangre digerida que en vez de expulsarla en forma de vómito, lo hace como heces. Este tipo de deposición suele ser maloliente (olor característico), de consistencia pastosa, “alquitranada” y negra.
 - La rectorragia no es sangre digerida sino una pérdida hemática que se origina en los trayectos finales del colon o en el propio ano. Es sangre de color rojo más o menos brillante, mezclada con las heces.
 - Otras manifestaciones comunes a los anteriores son: vómitos, náuseas, molestias abdominales, dolor, etc.
- Causas de la hemorragia digestiva:
 - Úlcera esofágica, gástrica y/ o duodenal.
 - Estreñimiento con heces duras y secas (pueden lesionar la mucosa).
- Vigilar a individuos que toman medicación (hierro, bismuto) o alimentos que

puedan enmascarar o dificultar la detección de la hemorragia digestiva. También es importante controlar aquellos que consumen anticoagulantes o antitrombóticos y antiagregantes plaquetarios por vía oral (Sintrom[®], Adiro[®], Aspirina[®] ...) o por vía intramuscular o subcutánea (Fraxiparina[®], Clexane[®] ...). El sangrado y sus consecuencias pueden ser mayores y más graves.

- Actuación:
 - Avisar a la enfermera.
 - Control de las deposiciones y sus características.
 - Control de la alimentación y de la medicación consumida.
 - No administrar ningún líquido o alimento.
 - Evitar aparición del síndrome aspirativo.

22.6.2. *Dolor abdominal*

- Dolor ubicado en el abdomen; siempre se debe estudiar las características del dolor.
- Causas:
 - Apendicitis.
 - Acumulación de heces y gases.
 - Estreñimiento.
 - Cólico.
 - Infarto agudo de miocardio (localización atípica en personas mayores).
- Clínica:
 - Dolor.
 - Distensión abdominal.
 - Abdomen en tabla (defensa abdominal).
 - Náuseas, vómitos, malestar general.
 - Sudoración, palidez.
- Actuaciones:
 - Ante un dolor de aparición brusca, acompañado de disnea, avisar inmediatamente al médico y/ o enfermero, podría existir afectación cardiaca.
 - Determinar la última vez que orinó e hizo deposición.

- Controlar el tipo de dieta y los hábitos alimenticios.
- No dar analgesia en un primer momento porque podría enmascarar la clínica.

22.6.3. *Diarrea*

- Expulsión de heces más líquidas de lo habitual y en número superior a 3 por día. Hay que tener en cuenta que los hábitos intestinales de cada individuo es lo que determina la presencia o no de diarrea. En las personas mayores puede provocar deshidratación muy fácilmente.
- Causas:
 - Uso de laxantes.
 - Toxoinfección alimentaria.
 - Hábitos alimenticios inadecuados...
- Vigilar:
 - Uso crónico de laxantes.
 - Las condiciones de conservación de los alimentos almacenados en la casa, habitaciones o dependencias de las personas mayores.
 - Capacidad para adquirir y preparar alimentos, detectar aquellos en mal estado.
 - Aparición de síntomas de deshidratación.
- Clínica:
 - Presencia de deposiciones líquidas y en número mayor de lo habitual.
 - Heces con mucosidad, sangre, pus.
 - Deposición acompañada de dolor.
 - Deshidratación: signo del pliegue cutáneo es esternón positivo (pellizcar y soltar la piel: ésta se queda arrugada y plegada, perdiendo su elasticidad).
 - Malestar general, astenia.
 - Irritación anal y molestias.
- Actuaciones:
 - Avisar al médico y/ o enfermera.
 - Control del número de deposiciones.

- Características de las heces.
- Control de la temperatura (alterada por la pérdida de líquidos).
- Mantener la higiene escrupulosamente.
- Valorar afectación de las actividades de la vida diaria (AVD).
- Determinar la ingesta y las pérdidas de líquidos.
- De manera precoz se suele administrar suero oral o limonada alcalina para reponer las pérdidas junto a una dieta astringente. En casos graves es preciso instaurar sueroterapia por vía intravenosa.

22.7. Urgencias neurológicas

22.7.1. Disminución del nivel de consciencia

- Alteración brusca o disminución paulatina del nivel de consciencia
- Clínica:

<i>Alerta</i>	<i>Nivel de consciencia óptimo</i>	<i>Atención mantenida</i>
Obnubilación	↓ Nivel de consciencia	Somnolencia: responde a estímulos externos.
Estupor	↓↓ Nivel de consciencia	Responde con dificultad a estímulos externos. Es necesario aumentar la intensidad de estos (dolorosos).
Coma	↓↓↓ Nivel de consciencia	No responde a estímulos.

- Causas:
 - Farmacológicas (hipnóticos, neurolépticos...).
 - Accidente cerebrovascular (ACV).
 - Cuadro confusional (delirium).
 - Traumatismo craneal.
- Vigilar: riesgo elevado de lesión por una caída a consecuencia del deterioro de consciencia.
- Actuación:
 - Valorar efectividad de los tratamientos pautados (inestabilidad, somnolencia...).
 - Controlar automedicación (hipnóticos).

- Avisar (véase RCP).

22.7.2. Crisis epilépticas

- Movimientos tónico-clónicos (generalizados) o movimientos clónicos focales (localizados en una extremidad o zona del cuerpo).
- Causa:
 - Accidente cerebrovascular (ACV).
 - Hipoglucemia.
 - Fiebre.
 - Traumatismo cerebroencefálico (TCE).
- Clínica:
 - Movilización total o parcial de las extremidades caracterizadas por la realización de movimientos tónico-clónicos.
 - Pérdida de la conciencia.
 - Caída brusca.
 - Contracción muscular; cara, extremidades, mandíbula.
 - Expulsión de saliva.
 - Amnesia.
- Actuación:
 - Avisar al médico y/ o enfermero.
 - Evitar autolesiones (golpes en la cabeza, morderse la lengua...).
 - Controlar hora de comienzo.
 - Colocar algo semisólido (cartera) en la boca para evitar rotura de dientes y lesiones en la lengua.
 - Evitar sujetar o comprimir los miembros.
 - Eliminar presiones de la ropa en cuello y abdomen.
 - Esperar a que pase la crisis (si dura más de 5 minutos avisar al servicio de urgencias).

Para el tratamiento de las urgencias traumatológicas se remite al lector al [capítulo 11](#).

22.8. Anexo: esquema de actuación ante una urgencia por personal gerocultor

1. Valoración primaria: “ABC” de la reanimación cardiopulmonar.
2. Valoración secundaria: al no existir un compromiso vital inmediato se plantea una segunda valoración de la región afectada y del resto del cuerpo para detectar daños secundarios:
 - Estado de consciencia: alerta-obnubilado-estuporoso-coma.
 - Presencia de dolor: localización, irradiación, tipo, intensidad.
 - Respiraciones por minuto, existencia de dificultad respiratoria.
 - Pulsaciones por minuto, color y temperatura de la piel.
 - Presencia de cianosis en mucosa labial y ungueal.
 - Existe hemorragia, estado de los pulsos distales.
 - Aparecen deformidades óseas, angulaciones, acortamiento de los miembros.
 - Fracturas abiertas, heridas en la piel, hematomas.
 - Comportamiento desorientado, agresivo, adormilado.
3. Datos generales importantes: alergias, enfermedades, intervenciones, tratamiento actual, estado de las AVD, existencia de prótesis, necesidad de ayuda mecánica, teléfono de contacto de familiares...

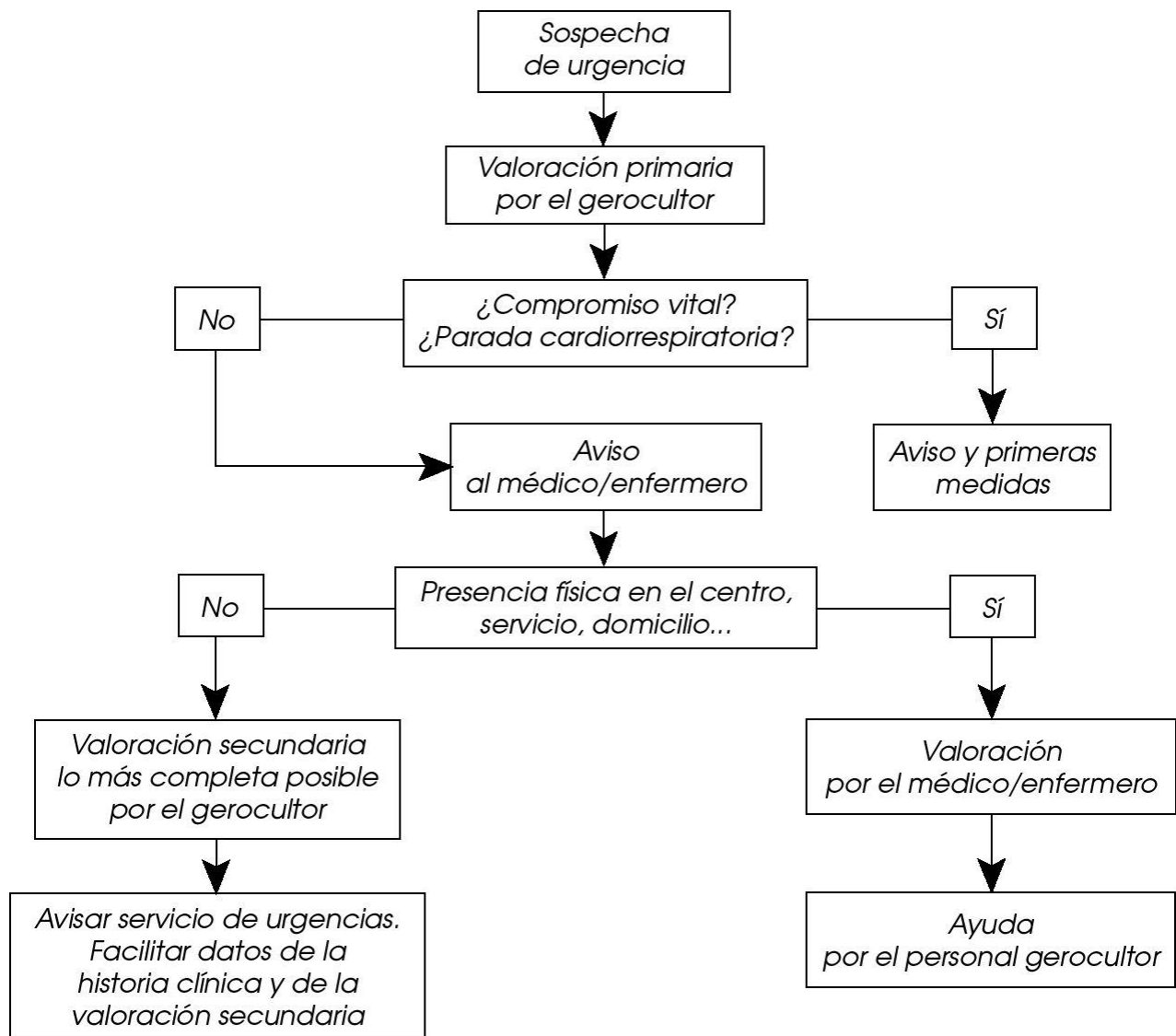


FIGURA 22.12. Esquema de actuación ante una urgencia.

Recuerde...

- Las urgencias son situaciones que pueden poner en peligro a la persona mayor por comprometer su vida, algún órgano o miembro y también por el elevado grado de incapacidades y limitaciones que producen.
- Es necesario determinar qué es lo que produce o determina la situación de urgencia.
- El gerocultor debe, en caso de parada cardiorrespiratoria, comenzar a realizar la RCP básica aún en ausencia del médico y/ o enfermera.
- La misión fundamental de los gerocultores es identificar y avisar precozmente de posibles situaciones que comprometan la vida de la persona mayor.
- Las urgencias requieren de un gran trabajo en equipo y la distribución de funciones

(sobre todo en parada cardiorrespiratoria) facilitará, a priori, el manejo y control de la urgencia.

Bibliografía

- AA.VV.: *Curso de neuropsicogeriatría "CICE-RON" para médicos de Atención Primaria*. Madrid: Medvance, 1995.
- AA.VV.: *Geriatría*. Barcelona: Jims, 1988.
- Abrams, W.; Beers, M. y Berkow, R.: *The Merck manual of geriatrics*. 2.^a ed. White House Station: Merck Laboratories, 1995.
- Alarcón T., González-Montalvo J. I. "Fragilidad física en el envejecimiento", *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1997, 32 (NM1): 3-6.
- Alcalde, N.; Cabrero, P.; Cuscó, C.; Ibarz, M. J.; Janer, N. y Suñé, B.: "Cuidados de enfermería al paciente encamado", *Rol de Enfermería*, 1986, 94: 31-39.
- Baily, E. y Lloyd, M.: *Enciclopedia de la Enfermería*, 1.^a ed. Barcelona: Océano editorial, 1997.
- Bárcena, A. y Sánchez, M. I.: "Fragilidad afectiva en el anciano". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1997; 32 (NM1): 15-20.
- Baztán, J. J.; Valero, C.; Regalado, P. y Carrillo, E.: "Evaluación de la fragilidad en el anciano". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1997; 32 (NM1): 26-34.
- Beare, P. G. y Myers, J. L.: *Principios y práctica de la enfermería medicoquirúrgica*. Tomo II. 2.^a ed. Madrid: Paradigma, 1995.
- *Enfermería medicoquirúrgica*. 2.^a ed. Madrid: Mosby-Doyma, 1995.
- Benatar, R. y Kaufmann, A.: "El estrés organizativo y la función gerencial". *I Simposio Nacional sobre Empresa y Sociología*. Madrid, 1991.
- Bigotes García, C.; Carrera López, M.; Casanova Rituerto, D.; Doménech Delgado, J.; Durá Ros, M.^a J.; Ezquerro Lomas, M.^a J. et al.: *Manual de urgencias para enfermería*. Madrid: ELA, 1991.
- Bobes García, J. (Ed.): *Salud mental: Enfermería psiquiátrica*. Madrid: Síntesis, 1994.
- Burke, M. M. y Walsh, M. B.: *Enfermería gerontológica: cuidados integrales del adulto mayor*. 2.^a ed. Madrid: Harcourt-Brace, 1998.
- Cannobio, M. M.; Paquette, E. V.; Tucker, S. M. y Wells, M. F.: *Normas de cuidados del paciente*. Tomo II. 6.^a ed. Madrid: Paradigma, 1997.
- Carpenito, L. J.: *Diagnóstico de enfermería*. Madrid: Interamericana-Mc Graw-Hill, 1995.
- Cervera, P.; Clapés, J. y Rigolfas, R.: *Alimentación y dietoterapia*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1999.
- Comisiones Obreras de la Comunidad de Madrid: *Convenio Colectivo para el Personal*

- Laboral de la Comunidad de Madrid 1996-97*. Madrid: CC.OO., 1996.
- Comunidad de Madrid (Consejería de Salud): *El anciano en su casa*. Madrid: Comunidad de Madrid, 1994.
- Cuesta, F.; Escobar, C. y Navarro, C.: "Síndrome de inmovilidad en el anciano". *Jano*, 1998; 1250: 39-41.
- Culebras, A.: *La medicina del sueño*. Barcelona: Áncora, 1994.
- Dorca, A. *et al.*: "¿Por qué se caen los ancianos?". *Rol de enfermería*, 1990; 139: 23-27.
- Durante, P. (Ed.): *Guía práctica sobre la prevención de caídas y accidentes*. Barcelona: Glosa Ediciones, 1999.
- Durante, P. y Pedro, P.: *Terapia ocupacional en geriatría: principio y práctica*. Barcelona: Masson, 1998.
- Elorriaga, B. y Royo, D.: *Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión*. Madrid: INSALUD, 1996.
- Federación Regional de Trabajadores de Salud de Madrid: *Convenio Colectivo Laboral de Residencias Privadas de la Tercera Edad de la Comunidad Autónoma de Madrid 1997-99*. Madrid: CC.OO., 1997.
- Fenske, N. A. y Lober, C. W.: "Structural and functional changes of normal aging skin". *J. Am. Acad. Dermatol.* 1986, 571-585.
- Gracia Hernández, M.; Torres Egea, M. P. y Ballesteros Pérez, E.: *Enfermería geriátrica*. Barcelona: Masson-Salvat, 1993.
- Granjel, L.: *Historia de la vejez: Gerontología. Gerocultura. Geriatría*. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1991.
- Guillén LLera, F. y Pérez del Molino Martín, J.: *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Masson-Salvat, 1994.
- Guillén, F. y López, P.: "Aspectos específicos del diagnóstico en la persona mayor". *Medicine*, 1995; 6 (87): 3845-53.
- Gutiérrez Rodero, F. y García Díaz, J. de D.: *Manual de diagnóstico y terapia médica*. 2.^a ed. Madrid: Hospital 12 de Octubre, 1991.
- Hazzard, W. R.; Bierman, E. L.; Blass, J. P.; Ettinger, W. H. y Halter, J. B. (Eds.): *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 3.^a ed. New Baskerville: McGraw-Hill, 1994.
- Heldfand, A. E. (Ed.): "The geriatric patient and considerations of ageing I". *Clinics in podiatrics Medicine and Surgery*, 1993, 10 (1).
- Heldfand, A. E.; Cooke, H. L.; Walinsky, M. D.; Demp, P. H.: "Foot problems associated with older patient. A focused podogeriatrics study". *J. Am. Podiatr. Med. Assoc.*, 1998; 88 (5): 242-248
- Izal, M.^a y Montorio, I. (Eds.): *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis, 1999.
- (Eds.): *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en clínica y salud*. Madrid: Síntesis, 1999.
- Jacobson, S. A.: "Delirium in the elderly". *The psychiatrics clinics of North America*, 1997; 20: 91-110.

- Jiménez Murillo, L. y Montero Pérez, F. J.: *Protocolos de actuación en Medicina de urgencias*. Córdoba: Mosby-Doyma, 1998.
- Kane, R. L.; Ouslander, J. G. y Abrass, I. B.: *Geriatría Clínica*. 3.^a ed. México, D.F.: McGraw-Hill-Interamericana, 1997.
- Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (Eds.): *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica*. Madrid: Panamericana, 1999.
- Kozier, B.; Erb, G.; Blais, K. y Wilkinson, J. M.: *Manual clínico de fundamentos de enfermería*. 5.^a ed. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana, 1998.
- Kozier, B.; Erb, G. y Bufalino, P. M.: *Fundamentos de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1994.
- Kozier, B.; Erb, G. y Olivieri, R.: *Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica*. Tomo II. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1993.
- Kyle, R. F.; Cabanela, M. E.; Russel, Th. A. et al.: "Fractures of the proximal part o the fémur". *AAOS Instructional Course Lectures*, 1995; 44: 227.
- Lázaro, M. (coord. y ed.): *Evaluación del anciano con caídas de repetición*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina, 1997.
- Lipowsk, Z. J.: "Delirium in the elderly patient". *N. Engl. J. Med.*, 1989; 320: 578-582.
- Lopez, E.: *Enfermería en cuidados paliativos*. Madrid: Panamericana, 1998.
- López, J. M. y Sánchez, M.: "Fragilidad cognitiva en el anciano: revisión de sus causas". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1997; 32 (NM1): 7-14.
- López Muñoz, F. y Cecilio Alamo, P.: *Bibliografía internacional sobre la depresión: actualización en psiquiatría*. n.º 2. Madrid: Juste S.A.Q.F., 1994.
- López-Doriga Bonnardeaux, P. y Guillén Llera, F.: *Aproximación clínica al paciente geriátrico. Técnicas de valoración geriátrica. Evaluación clínica, mental, funcional y social*. Madrid: EDIMSA, 1995.
- Lyman, K. A.: *Día a día con la enfermedad de Alzheimer*. 1.^a ed. Filadelfia: Temple University, 1993.
- Llorente, P. y Ruipérez, J.: *Guía para auxiliares y cuidadores del anciano*. Madrid: McGraw Hill-Interamericana, 1996.
- Mace, L. M. y Rabins, P. V.: *Cuando el día tiene 36 horas*. 4.^a ed. México D.F.: Editorial Pax Mexico, 1988.
- Martín, R. E. y Teberian, G.: "Multiple trauma and the elderly patient". *Emerg. Med. Clin. North. Am.*, 1990, 8: 411.
- Menéndez, M. y San José, A.: *Valoración geriátrica. Instrumentos de evaluación funcional y sistema de información para centros asistenciales*. Madrid: Fundación Caja Madrid, 1995.
- Menz, H. B. y Lord, S. R.: "Footwear and postural stability in older people". *J. Am. Podiatr. Med. Assoc.*, 1999; 89 (7): 346-357.
- Molinero, S.: "Fragilidad en la esfera social". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1997; 32 (NM1): 21-25.
- Moreno Martínez, J. M.: *Urgencias en neurología*. 2.^a ed. Madrid: IQUINOSA-PHA-

- RESDE - FAES, 1998.
- Navarro, C. *et al.*: "Caídas en el anciano". *Jano*, 1998; 1263: 36-39.
- Nicolás, D. y Gomariz, A.: "Movilidad en el anciano". *Gerokomos*, 1990; 0: 26.
- Palacios Ceña, D. y Pérez Melero, A.: "Influencia del modelo de gestión de residencias asistidas sobre las funciones de enfermería y la calidad de sus cuidados". VIII Congreso Nacional de la Sociedad de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Bilbao, 1999.
- Pérez Melero, A. (Ed.): *Enfermería geriátrica*. Madrid: Síntesis, 1997.
- (Ed.): *Guía de cuidados para personas mayores*. Madrid: Síntesis, 1999.
- Pérez Melero, A. y Palacios Ceña, D.: *Cuidados de enfermería geriátrica en residencias asistidas*. Madrid: Síntesis, 2000.
- Perlemuter, L. y Quevauvilliers, J.: *Diccionario de enfermería*. Tomo I. 4.^a ed. Barcelona: Paradigma, 1995.
- Potter, P. A. y Perry, A. G. (Eds.): *Fundamentos de enfermería. Teoría y práctica*. Madrid: Mosby-Doyma, 1996.
- Rayón Valpuerta, E. (Dir.): *Enfermería médicoquirúrgica*. 3. vols. Madrid: Síntesis, 2001.
- Reoch, R.: *Morir bien*. Barcelona: Oniro, 1998.
- Resnick, H.: Geriatric Medicine. En: Isselbacher *et al.* (eds.). *Harrison's principles of internal medicine*. Nueva York: McGraw-Hill, 1994; p. 30-8.
- Ribera Casado, J. M.: "Geriatria: conceptos y generalidades". En: Rozman, C. (Ed). *Farreras. Tratado de medicina interna*. 13.^a ed. Barcelona: Mosby, 1995; pp. 1275-1286.
- Ribera Casado, J. M. y Cruz Jenfont, A. J. (Eds.): *Geriatria en atención primaria*. Barcelona: J. Uriach & Cia, 1997.
- *Geriatria en atención primaria*. 2.^a ed. Barcelona: Uriach & Cia, 1997.
- Ribera Casado, J. M. y Gil Gregorio, P.: *Patología infecciosa en geriatría*. Madrid: Editores Médicos, 1992.
- *Alteraciones de los órganos de los sentidos en el anciano*. Madrid: Editores Médicos, 1994.
- *Factores de riesgo en la patología geriátrica*. Madrid: Editores Médicos, 1996.
- *Urgencias en geriatría*. Madrid: Editores Médicos, 1997.
- *Atención al anciano en el medio sanitario*. Madrid: Editores Médicos, 1998.
- Rodríguez Rodríguez, P. y Valdivieso Sánchez, C.: *El servicio de ayuda a domicilio*. Madrid: Panamericana, 1997.
- Roper, N.: *Diccionario de enfermería*. 16.^a ed. México: McGraw-Hill-Interamericana, 1991.
- Ruiz, X. (Ed.): *Enciclopedia de la enfermería*. Barcelona: Océano-Centrum, 1997.
- Salgado, A. y Guillén Llera, F.: *Manual de Geriatría*. 2.^a ed. Barcelona: Masson-Salvat, 1994.
- Santos Ramos, B. y Guerrero Aznar, M.^a D. (Eds.): *Administración de medicamentos*.

- Teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
- Selmes, J. y Selmes, M. A.: *Vivir con la enfermedad de Alzheimer*. 2.^a ed. Madrid: Editorial Meditor, 1996.
- Smeltzer, S. C. y Bare, B. G.: *Enfermería médico-quirúrgica*. 7.^a ed. México: Interamericana McGraw-Hill, 1994.
- Soldevilla Agreda, J. J.: *Guía práctica en la atención de las úlceras de piel*. Madrid: Grupo Masson, 1998.
- Stein, J. H.: *Medicina interna*. Tomo I. 3.^a ed. Barcelona: Paradigma, 1991.
- Stinson Kidd, P. y Start, P.: *Manual de urgencias en enfermería*. Madrid: Harcourt-Brace, 1998.
- Trombly, C. A.: *Occupational therapy for phisycal disfunction*. 4.^a ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.
- Zimmer, D.: *Dormir y soñar. La mitad nocturna de nuestras vidas*. Barcelona: Salvat, 1993.

Índice

Portada	2
Créditos	5
Índice	6
PARTE I. PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES	17
1. INTRODUCCIÓN: HISTORIA DE LA GEROCULTURA	18
1.1. Antecedentes de la gerocultura	18
1.2. Formación del gerocultor	19
1.3. Funciones del profesional de la gerocultura	20
1.4. Conclusiones	22
2. VALORACIÓN GERIÁTRICA	26
2.1. Introducción	26
2.2. Concepto	27
2.3. Objetivos de la valoración geriátrica	27
2.4. Evaluación funcional	29
2.4.1. Escalas para la medición de las ABVD	30
2.4.2. Escalas para la medición de las AIVD: Índice de Lawton	30
2.5. Valoración mental	31
2.5.1. Valoración de la función cognitiva	31
2.5.2. Evaluación de la función afectiva	33
2.6. Función social	33
3. CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMEDADES EN LAS PERSONAS MAYORES Y VALORACIÓN DE SUS NECESIDADES	35
3.1. Valoración de las necesidades de la persona mayor	35
3.2. Características de las enfermedades de las personas mayores	47
3.2.1. Polipatología	47
3.2.2. Polifarmacia	47
3.2.3. Cronicidad	48
3.2.4. Incapacidad funcional	48
3.2.5. Presentación atípica de la enfermedad	48
3.3. Síndromes geriátricos	49
PARTE II. CUIDADOS DE LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y	

PROBLEMAS MÁS FRECUENTES

4. INCONTINENCIA	52
4.1. Concepto	52
4.2. Clasificación	52
4.2.1. Incontinencia urinaria	52
4.2.2. Incontinencia fecal	53
4.2.3. Incontinencia mixta	53
4.3. Etiología	53
4.4. Clínica	55
4.5. Objetivos	56
4.6. Cuidados	56
4.6.1. Medidas generales	56
4.6.2. Medidas específicas frente a la incontinencia	59
4.7. Anexos	60
4.7.1. Anexo 1. Reentrenamiento vesical (Hospital de la Cruz Roja)	60
4.7.2. Anexo 2. Ejercicios del suelo pélvico (Hospital de la cruz roja)	60
4.7.3. Anexo 3. Procedimiento para la colocación de colector externo peneano	60
5. ESTREÑIMIENTO Y CONSTIPACIÓN	65
5.1. Concepto, clasificación y causas	65
5.2. Etiología	65
5.3. Clínica	66
5.4. Objetivos a realizar por los gerocultores	67
5.5. Cuidados	68
5.6. Anexos	69
5.6.1. Anexo 1. Ejercicios del suelo pélvico (Hospital de la Cruz Roja)	69
5.6.2. Anexo 2. Procedimiento de enema de limpieza	69
5.6.3. Anexo 3. Cambio de bolsa de colostomía	71
5.6.4. Anexo 4. Recogida de muestras de orina y heces	73
6. DEMENCIAS	75
6.1. Introducción	75
6.2. Etiología	75
6.2.1. Causas	75
6.2.2. Diagnóstico diferencial	76
6.3. Clínica	77

6.3.1. Pérdida de memoria	77
6.3.2. Desorientación	78
6.3.3. Afasia	78
6.3.4. Pérdida de la coordinación (apraxia)	79
6.3.5. Alteración de la personalidad y del estado de ánimo	79
6.3.6. Alteración del pensamiento	79
6.3.7. Alteraciones de la conducta	80
6.4. Fases de la demencia	80
6.5. Objetivos	82
6.6. Cuidados	82
6.6.1. Cuidados generales	82
6.6.2. Cuidados específicos	84
7. DEPRESIÓN	88
7.1. Introducción	88
7.2. Concepto	88
7.3. Clasificación	89
7.4. Etiología	90
7.4.1. Aislamiento social	90
7.4.2. Pérdida de autoestima	90
7.4.3. La soledad	91
7.4.4. Enfermedades	91
7.5. Valoración de los trastornos del humor: clínica	92
7.6. Suicidio en la persona mayor	94
7.7. Objetivos	95
7.8. Cuidados	95
8. SÍNDROME CONFUSIONAL	99
8.1. Concepto	99
8.2. Etiología	99
8.3. Clínica	100
8.3.1. Características propias del cuadro clínico	100
8.3.2. Manifestaciones clínicas	100
8.4. Objetivos	102
8.4.1. Durante una crisis	102
8.4.2. Preventivos	103
8.5. Cuidados	103

8.5.2. Preventivos	103
9. ALTERACIONES DEL SUEÑO	106
9.1. Introducción: la arquitectura del sueño	106
9.1.1. Fases del sueño	106
9.1.2. Ciclos del sueño	107
9.2. El sueño en la vejez	108
9.3. Clasificación de las alteraciones del sueño	109
9.3.1. Insomnio	110
9.3.2. Apnea del sueño	110
9.3.3. Hipersomnia	110
9.3.4. Mioclonías nocturnas	110
9.3.5. Pesadillas y delirium	111
9.3.6. Sueño en las residencias	111
9.4. Etiología	111
9.4.1. Insomnio	111
9.4.2. Hipersomnia	112
9.4.3. Apnea del sueño	112
9.4.5. Pesadillas y delirium	113
9.4.6. Sueño en las residencias de personas mayores	113
9.5. Clínica	114
9.5.1. Insomnio	114
9.5.2. Apnea del sueño	114
9.5.3. Hipersomnias	114
9.5.4. Mioclonías nocturnas	115
9.5.5. Pesadillas y delirium en el anciano	115
9.5.6. Sueño en las residencias de personas mayores	115
9.6. Objetivos	116
9.7. Cuidados	116
9.7.1. Consejos para dormir mejor	116
9.7.2. Cuidados a procurar por el gerocultor	117
9.8. Anexos	118
9.8.1. Anexo 1. Trastorno del sueño debido a enfermedad médica	118
9.8.2. Anexo 2. Trastorno del sueño debido a enfermedades psiquiátricas	118
10. CAÍDAS	120
10.1. Introducción	120

10.1. Introducción	120
10.2. Concepto	120
10.3. Clasificación	121
10.3.1. Caídas producidas por factores intrínsecos	121
10.3.2. Caídas producidas por factores ambientales o extrínsecos	121
10.3.3. Caídas cuya causa se desconoce	121
10.4. Factores de riesgo	121
10.4.1. Factores de riesgo intrínsecos	122
10.4.2. Factores de riesgo extrínsecos	127
10.5. Clínica	129
10.6. Objetivos	129
10.7. Consecuencias y complicaciones	130
10.8. Cuidados	131
10.8.1. Preventivos	131
10.8.2. Después de una caída	134
10.9. Anexos	134
10.9.1. Anexo 1. Síndrome postcaída	134
10.9.2. Anexo 2. Procedimiento: enseñar a levantarse después de una caída..	136
10.9.3. Anexo 3. Procedimiento: utilización de mecanismos de sujeción....	138
11. FRACTURAS	141
11.1. Concepto	141
11.2. Etiología	141
11.3. Clasificación	142
11.4. Diagnóstico y tratamiento	143
11.5. Clínica	143
11.5.1. Fractura de cadera	143
11.5.2. Fractura de Colles	144
11.5.3. Fractura de la epífisis proximal del húmero	145
11.6. Objetivos	146
11.6.1. Ante la sospecha de una fractura	146
11.6.2. Ante una fractura confirmada	146
11.7. Cuidados	147
11.7.1. Fractura de cadera	147
11.7.2. Fractura de Colles	149

11.8. Complicaciones	150
11.8.1. Fractura de cadera	150
11.8.2. Fractura de Colles y de la epífisis proximal del húmero	151
11.9. Anexo	151
12. FRAGILIDAD	153
12.1. Introducción	153
12.2. Concepto	153
12.2.1. La fragilidad: dificultades y discrepancias	153
12.2.2. Multidimensionalidad de la fragilidad	154
12.3. Clasificación	155
12.3.1. Fragilidad física	155
12.3.2. Fragilidad cognitiva	156
12.3.3. Fragilidad afectiva	156
12.3.4. Fragilidad social	157
12.3.5. Fragilidad del ocio	157
12.4. Etiología	157
12.5. Clínica y complicaciones	160
12.6. Objetivos	161
12.7. Cuidados	161
13. INMOVILIDAD	165
13.1. Concepto	165
13.2. Clasificación	165
13.2.1. Inmovilidad leve	166
13.2.2. Inmovilidad moderada	166
13.2.3. Inmovilidad grave	166
13.2.4. Inmovilidad total	166
13.3. Etiología	166
13.4. Objetivos	168
13.5. Cuidados	169
13.5.1. Cuidados básicos a una persona mayor con inmovilidad leve o moderada	169
13.5.2. Cuidados básicos a una persona mayor con una inmovilidad grave o total	170
14. ÚLCERAS POR PRESIÓN	179
14.1. Introducción	179
14.2. Concepto	179

14.2. Concepto	179
14.3. Clasificación	179
14.3.1. Úlcera de grado I	180
14.3.2. Úlcera de grado II	180
14.3.3. Úlcera de grado III	181
14.3.4. Úlcera de grado IV	181
14.4. Localización de las úlceras por presión	182
14.4.1. Posición decúbito supino	182
14.4.2. Posición decúbito prono	182
14.4.3. Posición decúbito lateral	183
14.4.4. Posición de Fowler	184
14.5. Etiología	184
14.7. Objetivos	186
14.8. Cuidados	186
14.8.1. Prevención	186
14.8.2. Cuidados de las úlceras por presión (si están establecidas)	190
14.8.3. Cuidados locales de la úlcera por presión	190
14.8.4. Procedimiento de actuación en caso de desprendimiento de apósito	191
14.9. Anexo	192
15. DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN Y PROBLEMAS DE LA BOCA	194
15.1. Introducción	194
15.2. Deterioro de la deglución	194
15.2.1. Etiología	195
15.2.2. Clínica	195
15.2.3. Objetivos	196
15.2.4. Cuidados	196
15.3. Problemas de la boca: su cuidado	197
15.3.1. Cambios fisiológicos	198
15.3.2. Etiología	199
15.3.3. Clínica	199
15.3.4. Objetivos	200
15.3.5. Cuidados	200
15.4. Procedimiento: limpieza de la prótesis dental	201
16. DESNUTRICIÓN y DESHIDRATACIÓN	204
16.1. Introducción	204

16.2.1. Etiología	205
16.2.2. Clínica	207
16.2.3. Objetivos	208
16.2.4. Cuidados	208
16.3. Deshidratación	210
16.3.1. Etiología	211
16.3.2. Clínica	212
16.3.3. Objetivos	213
16.3.4. Cuidados	213
16.4. Procedimiento: alimentación y administración de medicamentos por SNG. Mantenimiento de la SNG	214
17. ALTERACIÓN DE LOS ÓRGANOS SENSORIALES	219
17.1. Introducción	219
17.2. Etiología	219
17.2.1. Cambios fisiológicos más importantes que afectan a los órganos de los sentidos	219
17.2.2. Enfermedades más frecuentes en la vejez	222
17.3. Clínica general	225
17.4. Objetivos	226
17.5. Cuidados y tratamiento	226
17.5.1. Generales	226
17.5.2. Específicos	226
17.6. Anexos	230
17.6.1. Anexo 1. Mantenimiento de la prótesis ocular	230
17.6.2. Anexo 2. Mantenimiento del audífono	231
18. EL PIE GERIÁTRICO	233
18.1. Introducción	233
18.2. Clasificación de las alteraciones podológicas	234
18.3. Alteraciones podológicas en el pie de las personas mayores	234
18.3.1. Patología dérmica	234
18.3.2. Patología ungueal	240
18.3.3. Patología estructural del pie	243
18.4. Objetivos de la actuación del gerocultor ante las enfermedades del pie geriátrico	246
18.5. Cuidados	247
18.5.1. Enfermedades dérmicas	247

18.5.1. Enfermedades dérmicas	247
18.5.2. Enfermedades ungueales	248
18.5.3. Patología estructural	249
PARTE III. CUIDADOS GENERALES EN SITUACIONES ESPECIALES	251
19. ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS	252
19.1. Introducción	252
19.2. Principales vías de administración de fármacos	253
19.2.1. Vía oral	253
19.2.2. Vía tópica (dérmica)	256
19.2.3. Vía oftálmica	258
19.2.4. Vía ótica	261
19.2.5. Vía nasal	263
19.2.6. Vía vaginal	267
19.2.7. Vía rectal	271
19.2.8. Vía inhalatoria	273
19.2.9. Vía sublingual	275
19.2.10. Vía subcutánea	277
20. MOVILIZACIONES GENERALES Y ERGONOMÍA	282
20.1. Introducción	282
20.2. Movilizaciones básicas	282
20.2.1. Consideraciones generales	282
20.2.2. Movilizaciones en cama	283
20.2.3. Transferencias	287
20.2.4. Asistencia en la deambulaci3n	293
20.3. Ergonomía básica	295
21. CUIDADOS A PERSONAS MAYORES EN FASE TERMINAL	302
21.1. Introducción	302
21.2. Conceptos	302
21.2.1. ¿Qué es una enfermedad terminal?	302
21.2.2. Enfermedades que con más frecuencia conducen a situaci3n terminal en los mayores	303
21.2.3. ¿C3mo saber que una persona mayor est3 en fase terminal?	303
21.3. Objetivos	303
21.3.1. Objetivo principal	303

21.4. Clínica	305
21.5. Cuidados en la enfermedad terminal	306
21.5.1. Sobre los síntomas generales	306
21.5.2. Sobre los síntomas específicos	308
21.5.3. Otros aspectos a cuidar en la persona mayor con enfermedad terminal	308
21.5.4. Cuidado de los síntomas durante la agonía	317
21.5.5. Cuidar al cuidador	319
22. URGENCIAS	321
22.1. Introducción	321
22.2. Urgencias cardiocirculatorias	322
22.2.1. Parada cardiorrespiratoria (PCR)	322
22.2.2. Isquemia arterial aguda	330
22.2.3. Trombosis venosa profunda (TVP)	331
22.2.4. Síncope	331
22.2.5. Dolor de tórax	332
22.3. Urgencias respiratorias	332
22.3.1. Insuficiencia respiratoria aguda	332
22.3.2. Hemoptisis	333
22.3.3. Síndrome aspirativo	333
22.4. Urgencias nefrourológicas	334
22.4.1. Hematuria	334
22.5. Urgencias metabólicas	335
22.5.1. Hipoglucemia	335
22.6. Urgencias digestivas	336
22.6.1. Hemorragia digestiva (HD)	336
22.6.2. Dolor abdominal	337
22.6.3. Diarrea	338
22.7. Urgencias neurológicas	339
22.7.1. Disminución del nivel de consciencia	339
22.7.2. Crisis epilépticas	340
22.8. Anexo: esquema de actuación ante una urgencia por personal gerocultor	341
BIBLIOGRAFÍA	344

