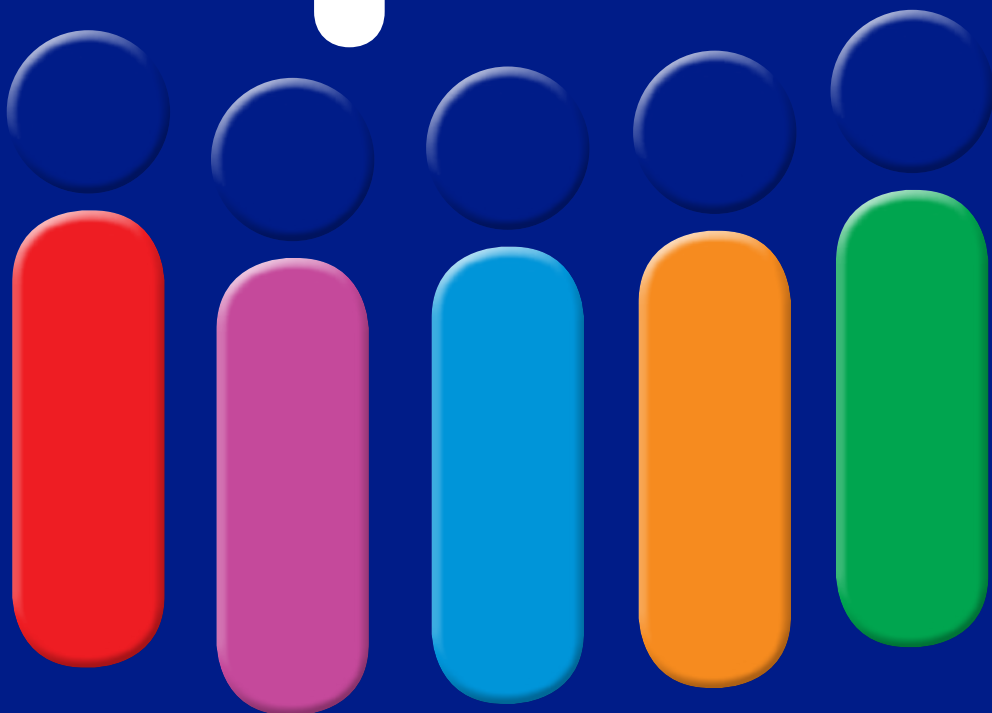


m

manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores



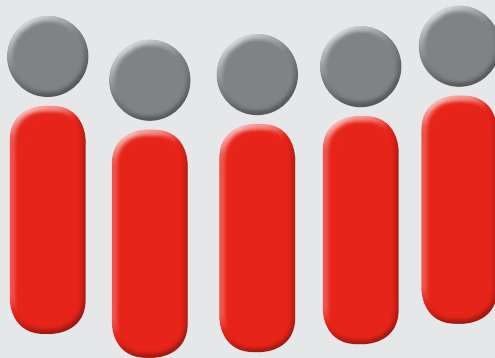
Sociedad Española
de Geriatria y Gerontología





Sociedad Española
de Geriatria y Gerontología

Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores





© SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Príncipe de Vergara, 57-59. 28006 Madrid

Tel: 914 111 707. Fax: 915 647 944

www.segg.es • segg@segg.es

Coordinación editorial:

IMC INTERNATIONAL
MARKETING &
COMMUNICATION, S. A.

Alberto Alcocer, 13, 1.º D. 28036 Madrid

Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73

www.imc-sa.es • imc@imc-sa.es

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ISBN: 978-84-7867-222-6

Depósito Legal: M-17778-2013



Autores

Coordinación

Pedro Gil Gregorio

*Jefe del Servicio de Geriatría. Hospital Clínico San Carlos.
Madrid*

José Antonio López Trigo

Geriatra. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología

M.^a del Puerto Gómez Martín

Fundación Instituto San José. Madrid

Enfermería

Alba García Cuesta

*Enfermera del Servicio de Geriatría. Hospital Clínico
San Carlos. Madrid*

Virtudes Niño Martín

*Profesora de Enfermería en la Vejez y Atención a la
Dependencia. Facultad de Enfermería de la Universidad
de Valladolid*

Geriatras

Pedro Gil Gregorio

*Jefe del Servicio de Geriatría. Hospital Clínico San Carlos.
Madrid*

Gregorio Jiménez Díaz

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid

Rosa López Mongil

*Geriatra. Jefa de Sección del centro asistencial
Dr. Villacián. Valladolid. Coordinadora del Grupo
de Trabajo: Atención sanitaria en residencias y centros
geriátricos de la Sociedad Española de Geriatría y
Gerontología*



Autores

Geriatras (cont.)

José Antonio López Trigo

Geriatra. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología

Primitivo Ramos Cordero

Geriatra. Presidente de la Sociedad Madrileña de Geriatría y Gerontología. Coordinador Médico Asistencial del Servicio Regional de Bienestar Social. Comunidad de Madrid

Montaña Román García

Profesora Asociada de la Universidad de Extremadura (Asignatura de Geriatría en Grado de Medicina)

Carlos Verdejo Bravo

Servicio de Geriatría. Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense. Madrid

M.^a Aurora Viloría Jiménez

Geriatra. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Terapeutas ocupacionales

Ana Isabel Corregidor Sánchez

Licenciada en Antropología Social y Cultural. Terapeuta ocupacional

Rosa Matilla Mora

Terapeuta ocupacional. Directora de www.terapia-ocupacional.com

Trabajadores sociales

M.^a Ángeles García Antón

Trabajadora social y psicóloga. Hospital Central Cruz Roja. Exvicepresidenta social de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Coordinadora del Grupo de Trabajo SEGG Seguimiento Ley de Dependencia

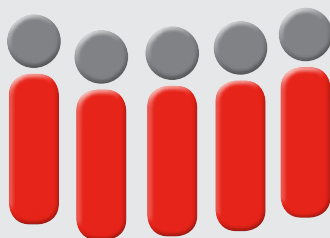
(Continúa)

Autores

Trabajadores sociales (cont.)

Mónica Merino Alainez
*Trabajadora social. ESH Doce de Octubre. Programa
Enfermedad Avanzada Fundación Caixa. Fundación
Instituto San José. Secretaria del Grupo de Trabajo SEGG
Seguimiento Ley de Dependencia*

M.^a del Puerto Gómez Martín
Fundación Instituto San José. Madrid







Prólogo

Realizamos un prólogo sobre un nuevo *Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores*. En este título quiero resaltar de forma destacada sobre el resto de vocablos el término “cuidados”. La Real Academia de la Lengua define cuidar como poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo; también puede definirse como asistir, guardar y mantener. Para conocer bien el significado de las palabras muchas veces debemos revisar los sinónimos, entre ellos se encuentran para el verbo cuidar los siguientes: atender, custodiar, conservar, defender, asistir, guardar y mantener.

Los cuidados que precisan nuestros mayores abarcan diversas áreas que incluyen aspectos sobre la salud física, la salud psíquica, aspectos económicos, éticos y legales, entre otros. Las indicaciones y recomendaciones van dirigidas a todas aquellas personas, cuidadores vocacionales y profesionales, que prestan los apoyos necesarios para la cobertura de las necesidades básicas de ese amplio sector de población.

Es responsabilidad de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, y así lo hemos asumido, asegurar que avanzamos en proporcionar la mejor calidad de vida y bienestar de nuestros mayores. La esencia de la prestación de cuidados es que deben regirse, ante todo, por la preservación del respeto, la dignidad y el buen trato.

Para el abordaje de todos los aspectos que tienen relación con los cuidados se ha contado con la participación de un amplio número de expertos que desde diferentes áreas de conocimiento nos aproximarán de una forma sencilla y didáctica a conseguir el fin u objetivo de este manual. La esencia de la interdisciplinariedad, enseña y señal de identidad de la SEGG, queda representada en esta obra. Médicos especialistas en Geriatría, enfermeras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos, configuran el elenco de autores.

El manual aborda, en primer lugar, el perfil y las competencias del cuidador a través del análisis de las responsabilidades, las habilidades, las competencias, así como la planificación de la actividad del cuidador. En un segundo apartado se analizan los diferentes cuidados en el área de salud para aquellas situaciones especialmente frecuentes y disruptivas para el cuidador. Los grandes síndromes geriátricos, los fármacos y los cuidados al final de la vida figuran entre los temas abordados.

El derecho al buen trato, la afectividad, la sexualidad y la socialización, el hogar adaptado, el apoyo a la dependencia en el mundo rural y la alfabetización informática son analizados por su carácter innovador y sobre los cuales existe una cierta carestía de documentación.

Este manual termina con el apartado de recursos jurídicos para los cuidadores, no por ser el último debe ser considerado un problema menor, casi con toda seguridad todo lo contrario.

Deseamos que la lectura de este manual ayude a la provisión de cuidados de calidad a nuestros mayores. De su consecución dependerá el éxito de este manual.

Madrid, mayo de 2013

Pedro Gil Gregorio
*Presidente de la Sociedad Española
de Geriátría y Gerontología*





Temario

I. Geriátría y Gerontología

- | | | |
|--|---------------------------|-----------|
| ● Geriátría y Gerontología. Sociodemografía. Envejecimiento fisiológico y patológico | <i>Pedro Gil Gregorio</i> | 19 |
| ● Valoración y examen del paciente geriátrico. Asistencia geriátrica y niveles asistenciales | <i>Rosa López Mongil</i> | 27 |

II. Perfil y competencias de un cuidador

- | | | |
|---|--|------------|
| ● Actividades cotidianas de la vida | | |
| ▶ Necesidades básicas de las personas: aseo e higiene, vestido, alimentación, eliminación, movilidad en la vivienda | <i>Rosa Matilla Mora
Alba García Cuesta
Virtudes Niño Martín</i> | 47 |
| ▶ Actividades instrumentales de la vida diaria | <i>Ana Isabel Corregidor Sánchez</i> | 67 |
| ▶ Tareas y socialización. Desplazamiento y orientación. Comunicación interpersonal (canales de comunicación), economía doméstica, relaciones personales | <i>Rosa Matilla Mora
Ana Isabel Corregidor Sánchez</i> | 77 |
| ● Habilidades, competencias y planificación de la actividad del cuidador | <i>Manuel Nevado Rey</i> | |
| <i>Perfil y competencias de un cuidador</i> | | 91 |
| <i>Toma de decisiones en los cuidadores</i> | | 113 |
| <i>Necesidades de los cuidadores a lo largo de la enfermedad</i> | | 127 |

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

▼ Salud

- | | | |
|--|--|------------|
| ● Cuidados de la piel. Manejo de las úlceras por presión y otras lesiones de la piel. Prevención y tratamiento | <i>Alba García Cuesta
Virtudes Niño Martín</i> | 141 |
|--|--|------------|

Temario

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

▼ Salud

● El paciente diabético. Pie diabético	Alba García Cuesta Virtudes Niño Martín	155
● Alteraciones de la marcha y el equilibrio. Prevención de caídas. Osteoporosis	Montaña Román García	175
● Déficits sensoriales en el anciano	José Antonio López Trigo	195
● Enfermedades inmunoprevenibles y vacunaciones en las personas mayores	Primitivo Ramos Cordero	211
● La correcta alimentación, nutrición e hidratación de la persona dependiente	Primitivo Ramos Cordero	225
● La incontinencia urinaria y fecal en las personas mayores	Carlos Verdejo Bravo Alba García Cuesta	251
● Estreñimiento crónico y diarrea en las personas mayores dependientes	Carlos Verdejo Bravo Alba García Cuesta	265
● Ejercicio físico	Rosa López Mongil Virtudes Niño Martín	277
● Trastornos del ánimo. Depresión, ansiedad, apatía. Sueño y envejecimiento. Trastornos del sueño	Rosa López Mongil	295
● Cuidados específicos a personas con Alzheimer	Pedro Gil Gregorio	319
● Persona mayor con ostomía. Sonda nasogástrica. Drenajes	Alba García Cuesta Virtudes Niño Martín	327
● Qué hacer ante los problemas conductuales	Manuel Nevado Rey	349
● Actitud ante la detección de las adicciones	Manuel Nevado Rey	369
● Paciente anciano con múltiple comorbilidad	Gregorio Jiménez Díaz	377
● Atención de personas mayores en el servicio de urgencias	Gregorio Jiménez Díaz	387



Temario

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

▼ Salud

● Farmacia y Medicamentos	<i>Pedro Gil Gregorio</i>	395
● Alteraciones de la temperatura corporal en las personas mayores	<i>Primitivo Ramos Cordero</i>	401
● Alteraciones cardiocirculatorias y respiratorias	<i>Rosa López Mongil Montaña Román García</i>	413
● Prevención de accidentes en el entorno	<i>Rosa Matilla Mora Ana Isabel Corregidor Sánchez</i>	435
● Delirium en el anciano	<i>María Aurora Viloría Jiménez Alba García Cuesta</i>	449
● Cuidados al final de la vida	<i>María Aurora Viloría Jiménez María del Puerto Gómez Martín</i>	465

▼ Derecho al buen trato

● Hacia la cultura del buen trato	<i>María del Puerto Gómez Martín María Ángeles García Antón Mónica Merino Alainez</i>	483
● Prevención, detección e intervención ante el maltrato a las personas mayores	<i>María Ángeles García Antón Mónica Merino Alainez María del Puerto Gómez Martín</i>	491

▶ Sexualidad, afectividad y socialización	<i>Carlos Verdejo Bravo Manuel Nevado Rey</i>	503
---	---	------------

▶ El hogar adaptado y la accesibilidad a los espacios	<i>Ana Isabel Corregidor Rosa Matilla Mora</i>	511
---	--	------------

▶ Apoyo a la dependencia en el medio rural	<i>Ana Isabel Corregidor Rosa Matilla Mora</i>	523
--	--	------------

Temario

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

▶ Alfabetización informática	Gregorio Jiménez Díaz	535
▶ Actividades para ocupar el tiempo libre	Ana Isabel Corregidor Rosa Matilla Mora	543

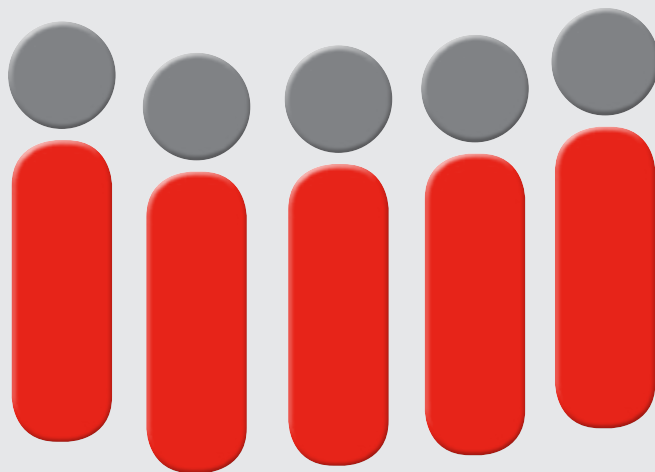
IV. Recursos de apoyo. Deontología

● Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (39/2006, 14 de diciembre)	Mónica Merino Alainez María Ángeles García Antón Ana Isabel Corregidor Sánchez	557
● Otros recursos, servicios y productos de apoyo	Ana Isabel Corregidor Sánchez Rosa Matilla Mora	571
● Aspectos éticos y deontológicos en las personas mayores	María Aurora Vitoria Jiménez Primitivo Ramos Cordero	587
● Buenas prácticas en el manejo de los residuos sanitarios en la atención de las personas mayores	Primitivo Ramos Cordero	603





**Manual de buena práctica
en cuidados a las personas mayores**





Manual de buena práctica
en cuidados a las personas mayores



Geriatría y Gerontología

Pedro Gil Gregorio

Geriatría y Gerontología. Sociodemografía. Envejecimiento fisiológico y patológico

19

La Geriatría es la rama de la Medicina que estudia los aspectos clínicos, preventivos, terapéuticos y sociales en los ancianos, en situaciones de salud o enfermedad. La Gerontología es la ciencia básica que estudia el envejecimiento de los seres vivos.

Los fines particulares de la Geriatría son:

1. Desarrollo de un sistema asistencial a todos los niveles que atienda las múltiples alteraciones y los problemas médico-sociales de los ancianos, que de forma aguda y postaguda presentan como rasgo común la pérdida de su independencia.
2. Organización de una asistencia prolongada a los ancianos que la precisen.
3. La movilización de todos los recursos para integrar en la comunidad al mayor número de ancianos posible.
4. La investigación, la docencia y la formación continuada de sus propios especialistas y del personal relacionado con dicha especialidad.

En 1909, Nascher utilizó por primera vez el término "geriatría", con el que se refería a aquella parte de la Medicina relativa a la vejez y sus enfermedades. La Geriatría moderna nace en Gran Bretaña en los años 1930-35 con la gran intuición de Marjorie Warren, que trabajó como supervisora en el West Midd Leex Hospital y se graduó en el Royal Free Hospital. En las salas de crónicos de estos hospitales se encontró con muchos ancianos que presentaban varias enfermedades no diagnosticadas ni tratadas. Tanto ella como el resto de los pioneros de la Geriatría comprobaron que muchos de aquellos ancianos crónicos e inválidos se recuperaban total o parcialmente con cuidados clínicos y de rehabilitación adecuados, y se les podría integrar de nuevo en la familia y en la comunidad.

En 1946, el Servicio Nacional de Salud inglés crea la especialidad de Geriatría, iniciando un estilo de asistencia al anciano que se extenderá por todo el mundo. En 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emite el primer informe

técnico sobre "Organización y Planificación de Servicios Geriátricos" reforzando esta línea de actuación. En 1978 es reconocida la especialidad de Geriátría en España dentro del programa de formación de médicos internos residentes.

En agosto de 2002 se celebró en Madrid la II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, en donde nuevamente las Naciones Unidas realizaron más propuestas y recomendaciones de acciones dirigidas a los gobiernos y a la sociedad civil: "Los gobiernos deben asumir como una de sus responsabilidades básicas garantizar el acceso de las personas mayores a sistemas públicos de salud que permitan la adecuada prevención, diagnóstico, rehabilitación y tratamiento. Es necesario dotar a los profesionales de la salud de la adecuada formación en Geriátría y Gerontología".

Aspectos sociodemográficos

En el estudio de los aspectos demográficos del envejecimiento es necesario aclarar y conocer una serie de términos o conceptos.

→ **Índice de envejecimiento: consiste en la proporción de individuos mayores de 65 años en relación al total de la población.**

A 1 de enero de 2007 había contabilizadas en España 7.531.826 personas de 65 años y más. Estas cifras se corresponden con un índice de envejecimiento del 16,7%. En los últimos 5 años, la población mayor ha ascendido en más de 250.000 personas, con un incremento del 3,5%. Su evolución ha pasado del 56,2% de la población total a principios del siglo xx a triplicarse en la actualidad. Las previsiones para el año 2020 son de 9.335.955 mayores de 65 años, lo que supondrá el 19,2% del total de la población total. En conclusión, el panorama demográfico presenta una sociedad en la que casi un tercio de la población serán personas mayores.

En términos sencillos, el envejecimiento de la población se refiere al crecimiento en la proporción de ancianos dentro de la estructura global de una sociedad. Otra manera de entender el envejecimiento poblacional es considerar la edad media de la sociedad, es decir, la edad que divide a la población en dos grupos iguales de números.

Dentro de la población anciana puede existir un crecimiento diferente en los distintos subgrupos etarios. En nuestro entorno se ha observado un crecimiento del grupo de viejos-viejos; estos son definidos como aquellos mayores de 80 años. La cifra de crecimiento de población octogenaria ha ascendido al 21%.

Según el último Padrón Municipal de habitantes, hay contabilizadas en España 2.046.554 personas de 80 años y más. Esto supone el 4,5% de la población total

y un 27,2% de la población mayor. Las estimaciones futuras para el año 2020 es que se superarán los tres millones de octogenarios, lo que equivale al 6,2% de la población total.

Otro segmento poblacional que tiene cada día mayor relevancia son las personas centenarias. Aunque no existen datos relativos a este sector de población, se calculan en más de 6.000 personas y se estima que para el 2015 se superarán los 10.000 centenarios.

Los cambios en la estructura etaria de una población son la resultante de los cambios en la fertilidad, la mortalidad y los movimientos migratorios. La población empieza a envejecer cuando la fertilidad disminuye y los grados de mortalidad mejoran o permanecen en niveles bajos. Los países que tienen una baja fertilidad y mortalidad constituyen lo que los demógrafos denominan “transición demográfica”.

→ **Esperanza o expectativa de vida media: corresponde al periodo de tiempo que, con criterios estadísticos, puede presumiblemente vivir una persona a partir de un determinado momento.**

La esperanza de vida mundial se sitúa en el año 2005, y según Naciones Unidas, en 62,7 años de edad. La región del mundo con la esperanza más baja era África con 52,8 años. Los países desarrollados se diferencian de los países en desarrollo en más de 10 años.

En España, en el año 2010, la esperanza de vida al nacimiento era de 81,6 años, siendo para los varones de 78,3 años y para las mujeres se alcanzan los 84,8 años.

La esperanza de vida a los 65 años es el promedio del número de años que se espera que viva una persona de esa edad si se mantienen las tendencias actuales en las tasas específicas de mortalidad por edad. A partir de los 65 años se espera que un individuo viva 19,3 años adicionales, que serían 17,2 para el varón y 21,1 para las mujeres.

→ **Esperanza de vida dependiente: es aquella en la que el individuo es capaz de valerse por sí mismo. La definición de expectativa de vida activa no está totalmente estandarizada, pero generalmente se refiere a la expectativa de vida sin incapacidad importante o crónica. Comparada con la mortalidad, la incapacidad es el determinante más poderoso del uso de cuidados a largo plazo o prolongados.**

En España, la esperanza de vida de una persona a los 65 años es aproximadamente de 16-18 años; de ellos, el 60% va a ser de vida independiente y el otro 40% de vida dependiente.

Las diferencias entre sexos en la esperanza de vida se reducen de forma importante cuando se tienen presente los años vividos libres de incapacidad, de tal manera que esta ganancia de años en las mujeres respecto a los hombres se realiza sobre todo a expensas de años vividos en incapacidad. Por ejemplo, las mujeres vivían de media 6,8 años más que los hombres en 2000; sin embargo, la media de años libres de incapacidad fue solo de 3,4 años superiores en las mujeres. Es decir, las mujeres viven más años, pero también viven más años con discapacidad.

- **Índice de dependencia de la población anciana:** es el porcentaje que se establece entre el segmento de 65 años o más (laboralmente inactivos) con el comprendido entre 16-65 años (laboralmente activos).
- **Expectativa de vida máxima:** es el máximo periodo de tiempo que puede alcanzar la vida de una persona. Es diferente en cada especie y se mantiene inmutable a lo largo de los tiempos.

Envejecimiento fisiológico y patológico

Podemos definir el envejecimiento como un proceso caracterizado por una pérdida de vitalidad que implica un aumento de la vulnerabilidad ante cualquier agresión y que conduce, en último término, a la muerte. La vitalidad se definiría como la capacidad que tiene el organismo para realizar sus distintas funciones biológicas.

El envejecimiento humano y el de los seres vivos, con algunas variaciones puntuales, se caracteriza por los siguientes determinantes:

1. **Universal:** afecta a todos los seres vivos y constituye la etapa final de su ciclo vital.
2. **Progresivo:** es difícil determinar su punto de inicio, pero, una vez establecido, ocurre de forma progresiva aunque con cinética variable.
3. **Determinado-regulado:** con este binomio indicamos que hay dos aspectos fundamentales: en primer lugar, la base genética que determina gran parte del proceso y, en segundo lugar, el efecto regulador que el ambiente puede ejercer sobre la base genética.
4. **Supresor:** se van perdiendo capacidades que, en última instancia, conducen a un fallo generalizado de la actividad.
5. **Irreversible:** no puede ser revertido a fases previas, aunque puede, hasta cierto punto, ser ralentizado con la aplicación de diversas técnicas.

6. **Específico:** cada especie envejece de una forma diferente. Esta característica hace que esta etapa del ciclo vital esté acompañada de las siguientes consecuencias:

- Un incremento de la mortalidad a medida que progresa la edad.
- Cambios bioquímicos en la composición de los tejidos del organismo.
- Progresiva reducción de la capacidad funcional de los órganos.
- Disminución de la capacidad de respuesta de adaptación.
- Incremento de la susceptibilidad y vulnerabilidad a las enfermedades.

Desde un punto de vista conceptual, el envejecimiento representa una dificultad progresiva para el mantenimiento del equilibrio interno en situaciones de sobrecarga fisiológica, con aumento de la vulnerabilidad ante cualquier tipo de agresión y una pérdida de la viabilidad. Todo ello supone una reducción global de los diferentes mecanismos de reserva del organismo y un estrechamiento del margen entre las situaciones de normalidad y las de enfermedad.

Hablaremos de envejecimiento fisiológico o eugérico cuando ocurre exclusiva, o al menos, primordialmente en función del paso de los años, sin estar demasiado condicionado por alteraciones patológicas o factores ambientales. Pero, en general, podemos resumir considerando el envejecimiento fisiológico como aquel que permita a la persona una buena adaptación al medio o entorno que le rodea. En contraposición, estableceremos como envejecimiento patológico o patogérico aquellos cambios producidos generalmente por enfermedades y que no consiguen la adaptación al entorno.

El primer problema que surge en el momento de valorar a cualquier enfermo mayor consiste en distinguir la enfermedad del envejecimiento normal. Los cambios relacionados solo con el paso del tiempo y no con enfermedades pueden definirse con cierta precisión y son menos llamativos y de menor magnitud de lo que se creía.

Los cambios determinados por el proceso de envejecimiento pueden expresarse de diversas formas:

1. **Pérdida total de determinadas funciones:** capacidad reproductiva en la mujer superada la edad de la menopausia, pérdida absoluta de la capacidad para percibir determinadas frecuencias acústicas.
2. **Cambios funcionales secundarios a modificaciones estructurales:** son las más comunes y en mayor o menor medida afectan a todos los órganos y

sistemas; pérdida progresiva de la función renal secundaria a la pérdida de nefronas, pérdida de células marcapasos cardiacas del nodo sinusal, pérdida de la fuerza muscular esquelética que se traduce en limitación de la movilidad.

- 3. Limitaciones funcionales sin modificaciones estructurales:** son muy poco frecuentes; reducción en la velocidad de conducción de la fibra nerviosa periférica sin acompañamiento de cambios morfológicos.
- 4. Cambios secundarios a fallos en los sistemas de control (*feedback*):** los niveles de gonadotrofinas se elevan en la mujer como consecuencia del sistema *feedback* de regulación cuando tras la menopausia hay caída de hormonas sexuales.
- 5. Cambios observables solo en situaciones no basales:** en los órganos de los sentidos; tanto la presbicia, que supone una limitación para la visión cercana, como la presbiacusia, que solo se acusa cuando la intensidad del sonido disminuye y hay un entorno muy ruidoso.
- 6. En muy raras ocasiones se producen respuestas por exceso de función:** aumento en la secreción de la hormona antidiurética en respuesta a las modificaciones en la osmolaridad.

El ritmo de declive de las funciones normales asociado a la edad varía en cada sistema orgánico; así, y como ejemplos: el aparato digestivo se afecta menos que otros sistemas, la masa magra disminuye y el porcentaje de grasa corporal no parece aumentar significativamente, aunque sí existe una clara redistribución.

Por otro lado, las enfermedades tienen rasgos clínicos diferentes en los mayores, que pueden hacer que la propia definición nosológica sea menos precisa. Otro dato a tener presente es que la variabilidad de cualquier determinación aumenta con la edad, los mayores son el grupo más heterogéneo de la población. En las enfermedades de los mayores también sucede un hecho diferencial: puede fracasar en primer lugar el más vulnerable.

Las enfermedades tampoco se comportan igual en sujetos mayores. Las cuatro características fundamentales son:

- 1. Pluripatología o coexistencia de varias enfermedades en un mismo individuo, que dificulta el diagnóstico y el tratamiento:** las propias enfermedades interactúan entre sí agravando o protegiendo una enfermedad a la otra.
- 2. Cronicidad o prolongación en el tiempo de una enfermedad:** esto explica en parte la pluripatología e influye enormemente en la planificación sanitaria.

3. **Incapacidad funcional:** es el punto final de muchas enfermedades y esto no sucede habitualmente en las enfermedades de los más jóvenes.
4. **Presentación atípica o inespecífica:** implica que una entidad se manifiesta mediante síntomas inespecíficos o referidos a otro órgano o sistema. Es frecuente encontrar ancianos con grandes incapacidades en quienes la lista de diagnóstico es escasa y no parece posible explicar el origen de esa incapacidad. Muchas enfermedades producen síntomas inespecíficos, sin localización, deteriorando con frecuencia la capacidad funcional.

Bibliografía

- Boulton CH. Health care system. En Halter J (ed.) Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. New York: McGraw-Hill, 2009; 185-97.
- García Alhambra MA. Presentación atípica de enfermedades. En Ribera JM, Cruz A (eds.). Geriátría en Atención Primaria. Madrid: Aula Médica, 2002; 27-33.
- Guracnik JM, Ferruci L. Demography and Epidemiology. En Halter J (ed.). Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. New York: McGraw-Hill, 2009; 34-51.
- Kevorkian R. Physiology of aging. En Pathy J, Sinclair A, Morley J (eds.). Principles and Practice of Geriatric Medicine. Wiley&Sons, 2006; 37-47.
- Kinsella K, Suzman R, Robine JA, Myers G. Demography of older populations in developed countries. En Grimley Evans J (ed.). Oxford Textbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press 2003; 7-20.
- Las personas mayores en España. Indicadores Demográficos IMSERSO. Observatorio de Personas Mayores. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. 2008.
- Robles MJ, Miralles R, Llorach I, Cervera A. Definición y objetivos de la especialidad de Geriátría, en Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (ed.). Tratado de Geriátría para Residentes. Madrid: IMC, 2007; 25-33.

Rosa López Mongil

Valoración y examen del paciente geriátrico. Asistencia geriátrica y niveles asistenciales

27

Introducción

El interés primordial en la atención a la persona mayor es evitar y limitar la aparición y el desarrollo de discapacidad y dependencia, aumentando los años libres de incapacidad. La discapacidad no es un concepto inamovible, sino que es cambiante, puede deteriorarse y puede recuperarse.

Se requiere por tanto, basar la asistencia en una correcta valoración geriátrica, trabajando en equipo diferentes profesionales y con unos niveles asistenciales que garanticen la correcta atención en las diferentes etapas de la enfermedad.

Valoración del paciente geriátrico

Concepto de valoración geriátrica

La valoración geriátrica (VG) es un proceso estructurado, interdisciplinario, destinado a detectar las capacidades y los problemas de las personas mayores para realizar una aproximación diagnóstica (clínica, funcional, mental y social), un plan global de tratamiento con seguimiento a largo plazo y optimizar la utilización de los recursos asistenciales.

Interdisciplinario supone que distintos profesionales interactúan buscando la mejoría de cada persona mayor.

La VG recibe el nombre de:

Cuádruple: intenta detectar de forma precoz y cuantificar las alteraciones de las esferas médica, funcional, mental y social del anciano.

Dinámica: se debe realizar a lo largo del tiempo para constatar su evolución.

Comprensiva: registra los recursos y posibilidades de la persona, valora las necesidades de servicios y elabora un plan de cuidados progresivo, continuado y coordinado dirigido a satisfacer las necesidades del paciente y de sus cuidadores, intentando la adaptación continua del anciano al medio en el que vive. La VG valora al paciente anciano en su conjunto.

Es la forma más razonable de acercarse al anciano y es esencial para el óptimo cuidado del paciente geriátrico.

La VG cuenta con la aplicación de test o pruebas, pero también con la realización de los exámenes médicos. Las aplicaciones repetidas de test estandarizados a lo largo del tiempo nos permiten cuantificar las alteraciones de cada anciano y su evolución cualitativa y cuantitativa en dicho periodo de tiempo. Algunos de los problemas del anciano podrían ser detectados, simplemente, mediante exámenes tradicionales, pero también se podrían pasar por alto algunas características del anciano frágil o paciente geriátrico.

Marcadores de fragilidad

Existen diferentes criterios (sociodemográficos, condiciones de salud, enfermedades, síndromes geriátricos o medidas de discapacidad) para identificar al anciano frágil, y así proponemos que la presencia de dos o más de los siguientes son marcadores de fragilidad:

- Incapacidad para realizar una o más actividades básicas de la vida diaria.
- Haber padecido un ictus en los últimos 3 meses.
- Depresión.
- Demencia.
- Historia de dos o más caídas en el último año.
- Haber estado ingresado en un hospital en los últimos 3 meses.
- Dificultad para caminar.
- Malnutrición.
- Estancias prolongadas en la cama.
- Incontinencia.

Identificar al anciano frágil tiene interés, tanto clínico, en la prevención de la enfermedad y sus consecuencias, como epidemiológico, para planificar servicios dedicados a esta población.

Principios básicos en los que se fundamenta la VG

La VG surge como respuesta a la alta frecuencia de:

- Necesidades y problemas no diagnosticados.
- Discapacidades y dependencias no reconocidas que escapan a la tradicional exploración clínica basada en la historia clínica.

De esta forma se demuestra qué necesidades insatisfechas, diagnósticos incompletos, sobreprescripción de fármacos, etc., pueden ser mejorables a través de la VG.

Principios básicos en los que se fundamenta la VG

1. **Complejidad de los problemas:** muchas personas mayores necesitan una aproximación diagnóstica y terapéutica especial, más amplia e interdisciplinaria que en los pacientes jóvenes.
2. **Alta prevalencia de** enfermedades, discapacidades, dependencias reversibles no reconocidas.
3. **Muchos de los pacientes geriátricos** pueden responder espectacularmente al tratamiento.
4. **Ningún anciano** debería ingresar en una residencia sin una cuidadosa valoración: médica, funcional, mental y social; así como sin un intento de rehabilitación.

Objetivos de la valoración geriátrica

DETECCIÓN DE LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS

En Geriatria existen formas de presentación de las enfermedades de causa multifactorial, con gran riesgo de dependencia para las actividades de la vida diaria, que deterioran la calidad de vida y que se denominan síndromes geriátricos (SG).

Son uno de los objetivos de la Geriatria y con frecuencia son ignorados o insuficientemente valorados. Su padecimiento confiere fragilidad.

Síndromes geriátricos que busca la VG	
• Deterioro cognitivo/intelectual	• Síndrome confusional agudo
• Inmovilidad	• Estreñimiento
• Incontinencia (urinaria/fecal)	• Fragilidad/sarcopenia
• Inestabilidad y caídas	• Aislamiento/fragilidad social
• Malnutrición	• Dolor
• Úlceras por presión	• Mareo/síncope
• Trastornos del sueño/insomnio	• Deshidratación
• Yatrogenia/polifarmacia	• Hipotermia
• Déficit sensorial (visual/auditivo)	• Hipotensión ortostática
• Depresión y ansiedad	• Maltrato

Todos son problemas frecuentes en los ancianos y de gran importancia, pero a los cuatro primeros se los conoce como los “gigantes de la geriatría”.

Conviene preguntar por los SG de reciente aparición y realizar una búsqueda de signos y síntomas patológicos que el paciente puede considerar secundarios al envejecimiento y no darles importancia.

DATOS Y DIAGNÓSTICOS MÁS EXACTOS

La obtención de datos exactos que documenten la situación basal nos permite la detección de cambios precozmente, el establecimiento de diagnósticos, determinar el nivel de cuidados que se precisa y la monitorización de su evolución que nos sirven de guía en la toma de decisiones terapéuticas.

PREVENCIÓN DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN

La institucionalización inapropiada puede suponer la pérdida de la calidad de vida, además de múltiples problemas psicológicos o de dependencia.

La VG mejora la adecuación de un emplazamiento, ya que podemos identificar a tiempo los problemas, con una adecuada búsqueda de recursos o soluciones. Si las condiciones del domicilio son inadecuadas, se intenta establecer un plan de cuidados que permita una mejor adaptación del paciente facilitando los cuidados, los recursos y la información precisa a la familia y cuidadores.

VALORACIÓN DINÁMICA A TRAVÉS DE LOS INSTRUMENTOS DE CUANTIFICACIÓN

La valoración geriátrica debe utilizar instrumentos válidos de cuantificación para así “medir” u objetivar la mejoría o el empeoramiento del paciente en el tiempo.

Un diagnóstico clínico, por sí mismo, proporciona poca información sobre la capacidad de dependencia o independencia de un anciano. En cambio, hay test o instrumentos de medida que lo que buscan es precisamente eso, determinar el grado de dependencia, para así elaborar un plan de cuidados dirigidos a fomentar la autonomía del anciano en la medida de lo posible.

Esto es lo que pretende la VG, no la realización de un test en un determinado momento, sino la evolución de la persona mayor a lo largo del tiempo, para buscar así los porqués de las situaciones problemáticas que puedan presentarse y llegar a resolverlas a tiempo.

REALIZAR UN PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO

También la utilización de escalas e instrumentos pueden servir para la organización en los equipos geriátricos, en las familias o a los cuidadores de los mayores. Es importante, antes de empezar el tratamiento, definir los campos de mejoría que queremos lograr en las funciones del anciano y definir igualmente cuáles son las funciones que el mayor ha perdido.

Todo instrumento, test o escala debería considerar fundamentalmente los deseos del paciente, que es uno de los principales objetivos de la VG.

Al preparar el plan de cuidados, no solo nos centraremos en las enfermedades que presenta el anciano, sino que debemos evaluar periódicamente las áreas de funciones básicas para optimizar el estado de salud e independencia del anciano. Estas áreas en las cuales debemos estar atentos y señalarlas siempre en nuestro plan de cuidados son:

• Diagnóstico exacto	• Función cognitiva
• Uso adecuado de la medicación	• Función emocional
• Uso adecuado de recursos	• Movilidad
• Soporte social	• Nutrición
	• Continencia

HACER PARTÍCIPE AL PACIENTE, FAMILIA O PERSONAL SANITARIO CON UNA UTILIZACIÓN ADECUADA DE LOS RECURSOS Y SERVICIOS

Un recurso es un medio para mejorar las condiciones de vida de una persona o grupo. La valoración sistemática tiene un significado estratégico para el entrenamiento de la persona mayor, la familia y el personal sanitario que, con un asesoramiento adecuado, puede determinar cambios funcionales importantes y/o solicitar otro tipo de asistencia más adecuada.

Componentes de la valoración geriátrica

La VG incluye las siguientes esferas:

LA VALORACIÓN FÍSICA/MÉDICA

Contempla aspectos clínicos, pero considerados desde una perspectiva geriátrica. Tiene en cuenta las implicaciones físicas del envejecimiento: presentación atípica de enfermedades, tendencia a la cronicidad, pluripatología y posible falta de colaboración del paciente. Se realiza una evaluación biomédica: anamnesis, exploración y pruebas complementarias necesarias y justificadas según la anamnesis y los hallazgos exploratorios.

El examen comenzará con la observación e inspección del estado general del paciente. Posteriormente se realizará la toma de constantes y la exploración topográfica: aspecto general, cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades, exploración neurológica, piel y genitales externos.

Dentro de este campo de valoración de la salud física debemos observar:

- Enfermedades (comorbilidad)/utilización de los servicios sanitarios.
- Indicadores de la gravedad de las enfermedades.
- Interrogatorio sistemático sobre los síndromes geriátricos.
- Dieta y valoración nutricional.
- Consumo de fármacos: tipo, número, dosis, vías de administración. Uso de fármacos extra y productos de herbolario.
- Autopercepción de salud/enfermedad.
- Campos de la percepción (visión y audición) y el lenguaje.

LA VALORACIÓN FUNCIONAL

Esta valoración nos lleva a saber el grado de dependencia o independencia y autonomía en las funciones y actividades que realiza el anciano diariamente. Así, se deberán valorar:

- Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD): aficiones, nivel de ejercicio, participación en actividades, viajes, relaciones sociales...

- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): uso del teléfono, de transporte, manejo de la medicación, del dinero, compras.
- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): caminar, acostarse, subir escaleras, ir al baño, asearse, ducharse, comer, vestirse, incontinencia.
- Utilización de ayudas y dispositivos de ayuda.

LA VALORACIÓN MENTAL

Comprende el estudio de las esferas cognitiva y afectiva del anciano, además de las características conductuales:

- Función cognitiva (memoria, orientación, atención, lenguaje, praxias...).
- Función afectiva (depresión, ansiedad...).
- Conducta y comportamiento (delirios, alucinaciones, apatía, irritabilidad, desinhibición...).

LA VALORACIÓN SOCIOECONÓMICA

Intenta valorar el ambiente que rodea al anciano y cómo este le influye. Con "ambiente" entendemos no solo el espacio físico que le rodea (domicilio, barrio...), sino el carácter de las relaciones sociales que mantiene el anciano y el nivel económico. Esta esfera puede determinar, a favor o en contra, la situación del anciano.

- Con quién vive: relaciones sociales.
- Necesidades de cuidado social: cuidador y/o sobrecarga familiar.
- Utilización de servicios sociales: ayuda domiciliaria, telealarma, voluntariado...
- Ingresos económicos (prestaciones: jubilación, invalidez, viudedad).
- Cercanía de la familia, amigos..., relaciones con estos.
- Vivienda, seguridad, accesibilidad, transportes públicos, barreras arquitectónicas, adaptaciones...
- Creencias religiosas, costumbres, diversiones...

La interpretación de todas estas esferas da como resultado la situación del individuo y expresa su capacidad de vivir independiente en su domicilio.

34

Instrumentos de medida en la VG

Las escalas no son imprescindibles, pero la utilización de estas, cuando son sencillas, fáciles de aplicar y bien validadas, nos facilitan enormemente el proceso de valoración y nos lo hacen más objetivo.

En la valoración biomédica: MNA o *Mini Nutritional Assessment*.

Evaluación funcional: ABVD: Índice de Katz, Índice de Barthel, test CM de ABVD. AIVD: Índice de Lawton y Brody, test CM de AIVD.

Evaluación mental: *Mini Mental State Examination de Folstein* (MMSE), el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC), el test del reloj y la *Global Deterioration Scale* de Reisberg (GDS y FAST).

En la esfera afectiva: la escala *Geriatric Depression Scale* de Yesavage (GDS) y la de Cornell.

Otras escalas para la evaluación de sintomatología depresiva son el inventario de depresión y ansiedad de Hamilton y la escala de depresión y ansiedad de Goldberg. Para evaluación de la sintomatología psicoconductual se utiliza el *Neuropsychiatric Inventory* de Cummings (NPI) o la *Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale* (BEHAVE-D).

Beneficios de la utilización de escalas:

- Aportan mayor objetividad y reproducibilidad a la valoración.
- Ayudan a detectar deterioro o incapacidad no reconocida durante el examen clínico convencional, por su mayor sensibilidad diagnóstica.
- Cuantifica el grado de deterioro, incapacidad o dependencia que nos permite ver el pronóstico, evolución o progresión de la enfermedad, recomendar el nivel óptimo y el tipo de cuidados que precisa. Sirve como guía en la toma de decisiones y selección de intervenciones y supervisa la evolución del paciente anciano con mayor precisión.
- Evalúa la calidad de cuidados y asistencia de forma más objetiva.
- Facilita la forma de transmisión de información entre profesionales.

- Útil para la planificación sociosanitaria de recursos, para la investigación clínica y la docencia.

Valoración: eficacia y beneficios

La realización de la valoración es llevada a cabo por un equipo multidisciplinar, generalmente constituido por médico/a geriatra, enfermero/a, auxiliar de clínica, trabajador/a social..., pero también es verdad que, según la finalidad del programa y su lugar de realización, pueden formar parte de este equipo otros profesionales, como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, psiquiatra...

Cada miembro del equipo rellena su área de información, mientras que en equipos reducidos, es un miembro del equipo el que cumplimenta toda la valoración.

La valoración persigue conseguir el tratamiento adecuado, la rehabilitación, un plan de cuidados eficaz, aumentar la independencia del anciano, determinar el nivel geriátrico social más conveniente...

Los programas de valoración deben hacerse periódicamente para documentar la evolución en el tiempo y cambiar aquello que se precise. Así en un hospital o Unidad de Agudos se realizarían al ingreso, durante la estancia, al alta y, posteriormente, se solicitaría una revisión en un periodo establecido por el equipo. En el domicilio del paciente la valoración nos aporta muchos datos sobre el entorno que rodea al paciente. En las Residencias los programas se aplican antes del ingreso del mayor para confirmar una buena y correcta elección del emplazamiento y/o determinar las necesidades de cuidados; posteriormente, el equipo encargado fija la temporalidad en la repetición de los programas para el control del anciano y seguir su correcta evolución.

¿Quién se beneficia más de la valoración geriátrica?

Aquellos mayores de 75 años son más susceptibles y requieren una VG al menos anual. Las personas mayores frágiles o ancianos de riesgo y los pacientes geriátricos son las que más se benefician de este tipo de valoración.

La valoración geriátrica hace que se produzca una mejora en los indicadores de calidad del cuidado del anciano. Su eficacia se debe probablemente a la especial atención que se muestra a los problemas específicos, deterioro cognitivo y funcional, depresión..., y a las capacidades del anciano.

La VG es eficaz por:

- Comprender un proceso diagnóstico y terapéutico más adecuado y coherente.

- Recomendar una rehabilitación más intensiva y eficaz pudiendo incrementar el nivel funcional.
- Establecer conjuntamente con el anciano y la familia y/o cuidadores un plan de cuidados efectivo.

Con el objetivo final de conseguir que el anciano esté en las mejores condiciones posibles, con una buena calidad de vida, dignidad, bienestar y evitando su institucionalización inadecuada.

Beneficios de la valoración geriátrica

- Mejora de la exactitud diagnóstica.
- Emplazamiento más adecuado.
- Mejora del estado funcional.
- Mejoría afectiva y/o cognitiva.
- Reducción de la prescripción de fármacos, pese al aumento de diagnósticos tratables.
- Disminución de la institucionalización.
- Utilización más correcta de los servicios sociales y de salud.
- Reducción del uso de hospitales de agudos y servicios hospitalarios.
- Mayor utilidad para monitorizar los resultados del tratamiento, y para planificar adecuadamente los cuidados de larga estancia. Los programas de VG determinan el estado funcional del anciano antes y después del tratamiento.
- Reducción del coste de cuidados médicos.
- Mayor satisfacción para el paciente y los profesionales del equipo.

Asistencia geriátrica

Concepto de asistencia geriátrica

La asistencia geriátrica (AG) ha sido definida por la Comisión Nacional de la Especialidad de Geriátría en nuestro país, como el conjunto de niveles asistenciales hospitalarios y extrahospitalarios, sanitarios y sociales, destinados a prestar atención interdisciplinaria, integral y especializada a las personas mayores que viven en un determinado sector asistencial o geográfico. Sus tres pilares básicos son: la asistencia hospitalaria, los equipos de Atención Primaria y los servicios sociales de la comunidad. La clave para una AG adecuada se encuentra en el grado de desarrollo, coordinación y comunicación entre los diferentes niveles asistenciales, sanitarios y sociales.

El hecho de denominarlos “niveles” en Geriátría hace clara alusión a una asistencia escalonada, integral y continuada, donde el factor más importante es la identificación y cuantificación dinámica de los problemas y capacidades del anciano (evaluación multidimensional) para su correcto abordaje.

Algo muy importante en las personas mayores es su fragilidad, que indica vulnerabilidad y cambio rápido, a veces catastrófico, de situación; de ahí la importancia de los niveles con distintos grados de atención y la importancia de la disponibilidad inmediata de una asistencia para una situación aguda o de convalecencia o una plaza de residencia, etc. Todos los niveles estarían conectados, utilizarían el mismo lenguaje y mantendrían el objetivo común de solucionar el problema con la intensidad necesaria, pero sin desubicar al anciano de su medio habitual. La propia OMS, en sus distintas Asambleas Mundiales del Envejecimiento, aboga por este modelo de atención integral a los ancianos. Los niveles asistenciales serían el instrumento terapéutico de la Geriátría.

Si entendemos el amplio contexto de la definición arriba expuesta, comprenderemos por qué en la AG, no solo están incluidos los geriatras o especialistas en Geriátría, como coordinadores del equipo multidisciplinar de asistencia y cuidados especializados a los mayores, lo están también otros especialistas médicos (neurólogos, reumatólogos, rehabilitadores, internistas, etc.); también los enfermeros, auxiliares, fisioterapeutas, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos y neuropsicólogos, los médicos de Atención Primaria, etc.; que en su trabajo habitual utilizan los principios básicos de la Geriátría: atención integral, progresiva y continuada, haciendo uso de los instrumentos específicos de Geriátría: trabajo en equipo, valoración geriátrica integral multidimensional y dinámica, plan de cuidados individualizado y uso adecuado de los niveles asistenciales específicos para los ancianos, así como la estrategia de coordinación sociosanitaria.

Antes de hablar de los diferentes niveles de asistencia geriátrica es importante partir de la atención en la comunidad, mediante modelos de atención que permitan la prevención y el diagnóstico temprano de procesos de enfermedad que pueden derivar en deterioro funcional. Ejemplo de ello es el modelo de visitas domiciliarias preventivas, en las que se realiza una valoración geriátrica y objetivan un menor declinar funcional. Estos cuidados no solo abarcan medidas preventivas o patologías agudas, sino también patologías crónicas con el fin de limitar, retrasar o evitar la incapacidad funcional.

Niveles asistenciales

Hospitalarios: son cada uno de los dispositivos en los que se subdivide un Servicio de Geriátría. Su necesidad parte de la premisa de que cada fase de la enfermedad de los ancianos precisa unos recursos específicos tanto humanos como

materiales. Para que la atención geriátrica resulte eficaz y eficiente es preciso adecuar estos recursos a las necesidades de cada persona. Así, las necesidades de un enfermo en fase aguda son totalmente diferentes a cuando está en fase de convalecencia o rehabilitación, y difieren también según tenga buen o mal apoyo familiar. Clásicamente situados en los hospitales de la red sanitaria pública como tal y atendiendo a su función específica, se reconocen los siguientes:

Unidades geriátricas hospitalarias: Dentro de ellas hay varios tipos clásicamente aceptados y bien definidos, cuyo nivel de evidencia científica ha sido objeto de muchos estudios que avalan su utilidad clínica en la actualidad.

- **Unidad Geriátrica de Agudos:** son servicios o unidades hospitalarias donde se ingresa a los ancianos frágiles o pacientes geriátricos. La estancia media de los mismos es similar a la de cualquier Unidad de Agudos de un hospital general (8-13 días). El anciano ingresa por enfermedad aguda o reagudización de un proceso crónico que requiere hospitalización o por deterioro brusco de su situación funcional previa, etc., para identificar cuanto antes la causa.

El énfasis asistencial principal en estas unidades se hace en el diagnóstico, pero sin perder de vista que a una situación aguda de enfermedad de una persona mayor es más fácil que le siga un proceso de cronicidad o incapacidad y dependencia. Para evitar el deterioro funcional y el síndrome de inmovilidad debe considerarse siempre la movilización lo más precozmente posible, llevando al paciente al sillón y facilitando que camine si lo tolera, con supervisión o ayudas técnicas (bastones o andadores). Por tanto, son unidades altamente cualificadas para el diagnóstico y están en el medio hospitalario porque se requiere para ello una determinada tecnología sanitaria y unos recursos, así como unos profesionales cualificados (geriatra y equipo geriátrico).

Otros objetivos son disminuir la polifarmacia, complicaciones, institucionalización y prevención de complicaciones asociadas al proceso agudo.

- **Unidades de recuperación funcional, media estancia o de convalecencia:** son niveles asistenciales también hospitalarios, donde el énfasis principal se hace en la rehabilitación o en la recuperación de funciones que a veces se precisa tras la aparición de una enfermedad aguda en un anciano. Un equipo de geriatra, enfermera y trabajador social valora de forma integral a cada paciente para intentar la recuperación funcional e integrar al anciano en su entorno, evitando la institucionalización. Los pacientes más frecuentes son los que han sufrido una fractura de cadera, un ictus o un deterioro funcional tras un ingreso hospitalario.

- **Hospitales de Día Geriátricos:** su objetivo principal es el de completar la recuperación funcional y facilitar la autonomía en el medio habitual del paciente. Se fundamenta en la valoración geriátrica y en el manejo de los síndromes geriátricos. Su ubicación idónea es el medio hospitalario debido a que a veces sirven para completar diagnósticos, aplicar tratamientos especializados y, sobre todo, para completar la rehabilitación o reinserción social. La recuperación funcional termina cuando se alcanza la máxima autonomía posible o cuando el paciente puede manejarse en su domicilio, lo que suele conseguirse en un periodo medio de 3 meses. Estos pacientes en el mismo día vuelven a su domicilio, por tanto tienen un régimen ambulatorio. La patología predominante son los ictus, patología osteoarticular (fracturas/artrosis), enfermedad de Parkinson, cardiopatías, diabetes, caídas, incontinencia, demencia, trastornos del ánimo o afectivos y son frecuentes la pluripatología y polifarmacia.
- **Atención Geriátrica Domiciliaria o Ayuda Geriátrica en Domicilio:** este nivel asistencial geriátrico es realmente un equipo de apoyo o ayuda a la Atención Primaria para el manejo conjunto de pacientes geriátricos que no pueden acudir a consulta por su situación basal. Es un intento de mantener la continuidad en la atención a los ancianos y a su familia o cuidadores. El paciente debe tener suficiente apoyo familiar. Se ocupa de establecer la coordinación entre la atención hospitalaria y extrahospitalaria, seguimiento a pacientes tras el alta, desde un equipo geriátrico que ayuda, asesora y completa la atención sanitaria en domicilio o residencias para personas mayores, contribuyendo a establecer la continuidad de cuidados.
- **Unidades Especiales:** ortogeriátricas, de Caídas, de Memoria, de Ictus y Psicogeriátricas; sirven de apoyo al manejo de pacientes complicados ingresados en unidades no geriátricas. Las unidades de ortogeriatría que se van desarrollando en los hospitales del territorio nacional abordan no solo el tratamiento ortopédico, sino la atención global de enfermedades acompañantes, las complicaciones médicas y el deterioro funcional para conseguir la reinserción a su medio habitual lo antes posible y con el menor coste. Las de ictus han demostrado que una atención organizada y multidisciplinaria resulta beneficiosa y efectiva.
- **Unidades de Cuidados Paliativos:** en muchos casos cuentan con geriatras en su organización asistencial. Estas unidades de proyección asistencial comunitaria pueden atender ancianos en el hospital, en su domicilio y en las residencias, siendo un soporte muy importante tanto para la Atención Primaria como para la propia asistencia geriátrica extrahospitalaria.
- **Unidad de Neurogeriatría:** su finalidad es el estudio y seguimiento de pacientes principalmente con deterioro cognitivo.

- **Consultas Externas de Geriátría:** son consultas especializadas para el seguimiento de los ancianos que han estado hospitalizados o para primeras consultas en el diagnóstico especializado de ancianos procedentes del medio comunitario. Constituyen un gran apoyo para la Atención Primaria de Salud y un gran apoyo para el anciano y su familia.
- **Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos:** en algunos hospitales no se han desarrollado los niveles geriátricos mencionados anteriormente y la única estructura de esta especialidad está constituida por un equipo consultor compuesto por médico geriatra, enfermera y trabajador social, que ejerce funciones más de gestión del caso que del asistencia geriátrica, al no disponer de camas para internamiento de pacientes.

Llegado este punto, es conveniente señalar que estos niveles de asistencia geriátrica hospitalaria no han sido todavía desarrollados de manera uniforme en el ámbito nacional ni internacional; es decir, no hay Unidades Geriátricas ni Hospitales Geriátricos en todas las comunidades españolas. Esto, lógicamente, es una realidad muy necesaria que no se debe obviar, debido al envejecimiento del envejecimiento, o lo que es lo mismo: el aumento de los más mayores y más frágiles, que precisan cada vez mayor número de servicios especializados en la red sanitaria pública.

Servicios sociales de la comunidad

Por niveles de asistencia geriátrica extrahospitalarios se entienden aquellos servicios especializados para la asistencia a las personas mayores con diversos problemas clínicos o funcionales generadores de dependencia y de necesidad de ayuda y atención permanente o continuada. Su sistema de financiación es muy variable, pero están integrados en la comunidad y dentro de un sector geográfico concreto. Pueden estar próximos a los niveles asistenciales geriátricos hospitalarios. Se clasifican en públicos (financiados por la administración), privados (financiados por el usuario) o mixtos (financiación compartida entre usuario y administración). Se reconocen:

- Las Residencias o centros sociosanitarios para personas mayores a los que ofrecen una atención integral, centrada en la persona, lo que significa ir más allá de la atención individualizada clásica, ya que además de satisfacer las necesidades detectadas en la persona adaptándose a sus características individuales, estimulan y apoyan que la persona participe activamente en su proceso de atención, cuyo objetivo final es siempre el apoyo para el desarrollo de los proyectos de vida a los que aspire cada persona.

Las Residencias incluyen una serie de servicios que deben articularse para permitir el desarrollo de los proyectos de vida de las personas en su

entorno. Las intervenciones, por tanto, van más allá de la atención (social o sanitaria) y supera la visión de la coordinación sociosanitaria al apelar a la cooperación de distintos ámbitos implicados en la vida de las personas (formación, vivienda accesible, atención sanitaria, social, acceso a los bienes culturales y de ocio, participación social y comunitaria, nuevas tecnologías...). Desde la Geriatria española se percibe una necesidad primordial de mejorar la imagen de las Residencias de Mayores y propiciar su aceptación social, pues no deja de ser un nivel asistencial cada vez más necesario y comprometido con la calidad de los cuidados. Dentro del nivel asistencial de servicios sociales institucionales se contemplan estancias temporales en residencias y plazas concertadas (comunidad/residencias privadas).

- Los Centros de Día: lugares de asistencia sociosanitaria para mantenimiento de funciones, cuidados y tutela de ancianos dependientes. Cumplen una función importante de descarga para la familia que esencialmente los atiende, pero que precisa ayuda para mantener al anciano en su domicilio. Los ejemplos más claros y desarrollados en la actualidad en nuestro país son los Centros de Día para Alzheimer y Demencias, los cuales acogen solo y exclusivamente ancianos con demencia con apoyo familiar suficiente para no requerir ser institucionalizados de forma permanente; estos centros gozan de una organización y estructura específica para las necesidades de la persona demente y se desarrolla en ellos un programa específico de atención individualizada con el objetivo de evitar al máximo la progresión del deterioro cognitivo y la demencia. Hay también Centros de Día para ancianos dependientes con y/o sin demencia, donde los cuidados no son tan especializados, sino más generalizados para la atención a todo tipo de dependencia.

Sociosanitarios

El concepto de atención sociosanitaria está muy vinculado a la necesidad de cuidados continuados o de larga duración que presentan las personas con necesidades de atención sociales y sanitarias a la vez, de diferente índole o cuantía, pero de los dos tipos al mismo tiempo, lo cual es muy frecuente en las personas mayores. Se reconocen como centros sociosanitarios aquellos centros o estructuras asistenciales procedentes tanto del ámbito sanitario como social destinados a cuidados de larga duración o continuados, que deben ser también integrales y progresivos, dependiendo de la tipología de los usuarios y de sus necesidades, más complejas o de atención a la dependencia propiamente dicha. La evolución consecuente de sus sistemas de financiación, donde lógicamente se introduce la aportación del usuario (paciente o cliente) y con gran frecuencia la concertación de los servicios, hace que se contemple también: la ayuda social domiciliaria, el servicio de teleasistencia y otros, con irregular nivel de desarrollo: comidas a domicilio y lavanderías a domicilio.

Atención primaria y asistencia geriátrica

La Atención Primaria de Salud tiene un papel importante en la atención a los ancianos y, por tanto, en la asistencia geriátrica, máxime si tenemos en cuenta que la mayoría de los ancianos en este país viven en el domicilio habitual o en el de sus hijos. Solo un 4,3% está en las residencias. En la actualidad, los Equipos de Atención Primaria de Salud desarrollan programas específicos de Atención a los Mayores que aún no están implantados ampliamente en nuestro país.

Bibliografía

- Abizanda Soler P. Medicina Geriátrica. Barcelona: Elsevier, Masson, 2012.
- Antón Jiménez M. Valoración Funcional. En: Gil Gregorio P. Tratado de Neoropsiquiatría. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Madrid: Ed. Ergon, 2010.
- Baztán JJ et al. Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos: metaanálisis de estudios controlados. Rev Esp Geriatr Gerontol 2011 julio-agosto; 46:186-92.
- Bermejo Boixareu C, Rodríguez Salazar J. Manual terapéutico en Geriátría. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Madrid: Ed. IMC, 2013.
- Estándares de Calidad en Geriátría. Ed SEGG. Año 2007. www.segg.es. ISBN: 978-84-690-5287-7.
- Gil Gregorio P. Manual del residente en Geriátría. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Madrid: Ed. Grupo ENE Life. Grupo Marte, 2011.
- González Montalvo JI, et al. Resultados asistenciales de las unidades geriátricas de agudos. Revisión sistemática. Rev Esp Geriatr Gerontol 2007 julio; 42:240-50.
- Guillén Llera F. Asistencia Geriátrica sectorizada. Esquemas asistenciales. Síndromes y Cuidados en el paciente Geriátrico (2.^a ed.). Ed. Elsevier Masson SA, 2008; 83-91.
- <http://www.fundacionpilares.org/index.php>.
- [imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm estadísticas residencias.2011.pdf](http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm_estadisticas_residencias.2011.pdf).
- López Mongil R. Instrumentos específicos de la Geriátría: Valoración Geriátrica Integral. En: Román García M. Lecciones de geriatría para estudiantes de Medicina. Fundación Academia Europea de Yuste, 2009; 79-110.

- López Mongil R. La historia clínica y escalas de valoración. En: Reuss JM. Manual de Medicina geriátrica en residencias. Madrid: Edimsa, 2000; 189-208.
- López Mongil R. Test CM98 de Actividades de la Vida Diaria. En Fernández de Larrinoa Palacios, Martín Carrasco M, Bulbena Vilarrasa A. Medición Clínica de la demencia. Una guía de recursos. Fondo editorial Instituto de investigaciones Psiquiátricas, 2001; 359-68.
- López Mongil R. Valoración Geriátrica en residencias de ancianos. Diputación Provincial de Valladolid Artes Gráficas Juárez, SL. VA-806/2000.
- López Mongil R, López Trigo JA. La reorientación de la asistencia en residencias de ancianos: una perspectiva integradora. Rev Esp Geriatr Gerontol 2007; 42(supl. 1):2-4.
- Mulkerrin EC, Carey B, Liston R. Medicine in old age. A clinical approach. London: Advanced Medical Publications, 2009.
- Sistema de Acreditación de Calidad para los Servicios de atención a Personas Mayores: Centros residenciales, Centros de día, Ayuda a domicilio y Teleasistencia. Niveles de acreditación: básico-medio-avanzado. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid, 2010.



Manual de buena práctica
en cuidados a las personas mayores



Perfil y competencias de un cuidador

Actividades cotidianas de la vida

*Rosa Matilla Mora
Alba García Cuesta
Virtudes Niño Martín*

**Necesidades básicas de las personas:
aseo e higiene, vestido, alimentación, eliminación,
movilidad en la vivienda**

Introducción

Las actividades básicas de la vida diaria son las que la persona dedica al cuidado del cuerpo y se relacionan con la supervivencia. Son: baño y ducha, vestido, comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de los productos de apoyo personales, higiene personal y aseo, actividad sexual, dormir y descanso e higiene después del uso del inodoro.

El cuidador de una persona mayor dependiente debe procurar la participación activa de la persona cuidada, no sobreprotegiendo ni haciendo cosas que él mismo pueda hacer. De modo general, siempre se animará a la persona a que colabore con estas actividades básicas de un modo adecuado a sus capacidades, y sobre todo de una forma segura, promoviendo en el mayor la sensación de sentirse digno cuando es ayudado en las actividades más íntimas.

- Es importante la planificación en estas actividades para que resulten eficientes.
- No tener prisa, dejar a la persona tiempo para participar, observar el cansancio y permitir que descanse cuando lo necesite.
- Mantener posturas adecuadas que faciliten la actividad y eviten esfuerzos innecesarios, puede haber actividades que se hagan sentado.
- Eliminar actividades que no sean relevantes para la persona o prestar más ayuda en ellas.
- Facilitar productos de apoyo siempre que se necesiten.
- Pida consejo al terapeuta ocupacional.

Higiene

La falta de autocuidado de la piel supone una de las primeras manifestaciones de dependencia en la persona mayor, ya que ello implica depender de otra persona para la higiene personal.

Se puede definir el déficit de autocuidado (baño/higiene) como “estado en que un individuo experimenta un deterioro de la habilidad para llevar a cabo o completar por sí mismo las actividades de baño/higiene personal”. Implica que no puede lavarse todo el cuerpo o parte de él; no puede disponer del material para ello. Está relacionado con pérdida de fuerza, intolerancia a la actividad, deterioro cognitivo o perceptivo.

48

En la medida que se pueda, el cuidador deberá suplir esta necesidad, pero siempre se intentará que la persona mayor colabore en su autocuidado en la medida que sea posible.

El mantenimiento habitual de los hábitos de higiene, es decir, la frecuencia y el tipo de cuidados que se prestarán depende de factores culturales, socioeconómicos, familiares; del estado psicológico del anciano, y del deterioro físico que presente respecto a movilidad, dolor e incontinencia.

Según el grado de dependencia de la persona mayor, podemos realizar el cuidado higiénico de diferentes formas:

- **Ducha:** cuando la persona deambula o al menos mantiene bipedestación.
- **Baño en bañera:** cuando la persona es capaz de entrar y salir de la bañera con o sin ayuda.
- **Higiene con ayuda en la cama:** estando en la cama, el anciano precisa ayuda para lavarse partes del cuerpo a las que no puede acceder, como la espalda y los pies.
- **Higiene completa en cama:** precisa ayuda para el lavado completo de su cuerpo.

Déficit total de autocuidado en la higiene

Se refiere a la higiene de piel, mucosas oral y ocular, genitales y perineo, así como del cabello, con el objetivo de proporcionarle confort y bienestar, reduciendo el dolor, la rigidez articular, molestias o picor por el estado de la piel. Es un buen momento para valorar el estado de la piel.

Material necesario:

Cuña u orinal. Palangana con agua. Un frasco con agua para el aseo del cabello. Esponja y jabón neutro, cepillo de dientes, pelo y uñas, crema hidratante, desodorante y colonia. Toalla de baño y otra de lavabo. Ropa personal de cambio limpia. Absorbente, si fuera necesario. Ropa de cama. Bolsa para la ropa sucia.

Procedimiento:

Antes de comenzar con ello se deberá explicar a la persona mayor, aunque tenga déficit de atención, que se le va a realizar el aseo. Para ello le hablaremos con frases cortas y concretas en tono suave y tranquilo. Se le puede explicar la importancia de realizarlo para que se sienta comfortable. Conocer si presenta algún tipo de intolerancia a alguna crema o jabón. Cerrar las puertas y ventanas de la habitación. Si es continente, ofrecer la cuña u orinal antes de comenzar, para evitar que se produzca la micción o defecación durante el aseo. Retirar el camión o pijama y taponarlo con una sábana. La persona mayor dependiente debe colocarse en decúbito supino. Se procederá por el siguiente orden:

- 1. Cabello:** se movilizará hasta la cabecera de la cama, si se puede retirar cabecero o no tiene; si no es así, se le llevará hasta una esquina superior. Colocar una bolsa de plástico y una toalla debajo de la cabeza y sujeta con los hombros de la persona mayor; encima de esto poner una palangana, usar el frasco con agua tibia para mojar el pelo y aplicar el champú; frotar suavemente, evitando la entrada de agua jabonosa en los ojos. Enjuagar, retirar la palangana y cubrir la cabeza con la toalla; mantenerla mientras dura el aseo.
- 2. Cara:** se lavará con toalla humedecida en agua, desde arriba hacia abajo. No hay que olvidarse de las orejas y el cuello. Secar cuidadosamente con la parte seca de la toalla. El lavado de ojos se realizará desde la parte interna a la externa, usando una gasa humedecida para cada ojo.
- 3. Brazos y manos:** se pueden introducir las manos en una palangana con agua templada y jabón para realizar la limpieza de las uñas, ayudándonos de un cepillo apropiado para ello. Se pasará la esponja por axilas y brazos, posteriormente se secará bien la piel, sobre todo debajo de las axilas.
- 4. Tórax y abdomen:** se descubrirá a la persona hasta la región púbica. Lavar esta parte con la esponja y secar. Vigilar el ombligo, donde puede acumularse suciedad, se puede utilizar bastoncillo humedecido para su limpieza y secar con otro seco. Al finalizar, taponarlo con una toalla seca y descubrir las piernas, dejando cubiertos los genitales.

5. Piernas y pies: se lavarán desde las ingles hacia los pies. En el lavado de los pies no se debe olvidar lavar entre los dedos y secar perfectamente. Al acabar se descubrirá la parte de los genitales.

6. Perineo-genital: colocar la cuña. En el caso de *mujeres*: con la esponja se lavará el meato urinario separando los labios mayores y se enjuagará vertiendo agua con el frasco; se lavarán los labios menores y después los mayores; aclarar y secar siempre de arriba hacia abajo. En el caso de los *hombres*: mojar con agua tibia la zona genital, retirar el prepucio hacia abajo y proceder a su limpieza desde la base hacia arriba; enjuagar y secar de manera suave, subir la piel del prepucio para evitar la parafimosis (no se puede colocar de nuevo el prepucio sobre el glande por la inflamación de este) y aparición de edema.

50

7. Espalda-glúteos: se colocará en decúbito lateral. Se comienza lavando por la parte superior de la espalda hacia glúteos, estos se separarán para lavar entre ellos. Secar bien, vigilando los pliegues. Se aprovechará este momento para aplicar crema hidratante en la espalda con movimientos circulares suaves, no frotar ni aplicar presión, sobre todo sobre la piel que apoya en prominencias óseas (escápula, costillas, vértebras, caderas, sacro, talón), se pueden producir úlceras por presión. Vigilar la posible aparición de úlceras por humedad o presión en el pliegue interglúteo; si no se separa correctamente, pueden pasar desapercibidas. En esta posición se retirarán las sábanas mojadas, enrollándolas hasta dejarlas debajo de la espalda del anciano y, si se va a levantar, girarle hasta dejarle en decúbito supino, vestirle y levantarlo como se explicará posteriormente.

Si la persona mayor va a permanecer en cama, es necesario cambiar las sábanas. Para ello, una vez colocado en decúbito lateral, enrollar la ropa sucia hasta su espalda, colocar la sábana bajera extendida a lo largo de la cama y enrollarla hasta la espalda, remeter los bordes y extender hasta la mitad de la cama, dejando el resto enrollado al lado de la sucia; colocar protector de celulosa y absorbente, si fuera necesario, a la altura de la cadera de la persona mayor. Girar a este hacia el otro lado, retirar la ropa sucia y meterla en la bolsa para lavar, tirar de la sábana limpia y estirar para evitar la formación de arrugas. Colocarlo de nuevo en decúbito supino, cubrirlo con la sábana encimera limpia y la manta si lo precisa, dejar la ropa remetida pero floja para permitir movilidad de los pies.

Cambiar la funda de la almohada y colocar al anciano de forma confortable. Vestirlo con ropa cómoda, como se indicará en los siguientes puntos.

8. Boca: Si está *consciente*, informaremos del procedimiento para obtener su colaboración. Si es posible, se le colocará en la cama sentado, y si no en

decúbito lateral. Colocar una toalla alrededor del cuello. Pasar un cepillo suave por los dientes, encías y lengua, facilitarle un vaso para que se enjuague. En caso de que tenga prótesis dental, se retirará y se procederá a su limpieza y mantenimiento; no olvidar limpiar las encías y observar si existe alguna llaga en ellas. Si está *inconsciente o no colabora*, colocarle en decúbito lateral y retirar la almohada, ponerle toalla debajo de la cara. Tener preparado una torunda, que se puede hacer con una gasa enrollada en un depresor, y se moja en antiséptico (escurrir bien la gasa en los bordes del vaso). Abrirle la boca y pasar la torunda por encías, dientes, lengua y paladar (valorar el estado de cada uno de ellos) y usar una torunda para cada una de las partes. Secar los labios con gasa seca y, si están agrietados, se puede usar vaselina.

Baño/Ducha

Dependiendo de si la persona dispone de bañera o de ducha, veremos las capacidades que tiene para poder hacer esta actividad lo más segura posible; hemos de tener presente que la mayor parte de las caídas se producen en el cuarto de baño. El primer aspecto a tener en cuenta es entrar y salir de la bañera. En el caso de que la persona tenga bañera, deberemos colocar asideros de una forma apropiada para que sean útiles para la persona mayor, y se recomienda el uso de un banco de bañera para que pueda hacer esta maniobra sentada.

Otro producto de apoyo es la silla giratoria para el baño.

La superficie de la bañera deberá ser antideslizante; existen en el mercado líquidos que se aplican a la bañera para evitar resbalones, también alfombrillas u otros antideslizantes.

Si la persona no puede hacer esta transferencia o usa silla de ruedas, lo ideal sería adaptar el cuarto de baño y eliminar los bordillos poniendo una ducha a nivel del suelo, de este modo la persona solo debería hacer una transferencia de su silla de ruedas a la silla de ruedas del baño para llevar a cabo la actividad.

Es importante considerar los movimientos dentro de la bañera, evitando desplazamientos innecesarios que supongan riesgo de caída, es decir, se pueden colocar dispensadores de jabón próximos al alcance de la persona para que pueda enjabonarse. Los grifos también deberán estar accesibles y fáciles de manipular. Si existen problemas en la sensibilidad, habrá que tener en cuenta la temperatura del agua, que deberá estar autorregulada.

Para llevar a cabo el frotado y el secado existen productos de esponjas con mango que pueden facilitar el enjabonado. Para secarse se recomienda el uso de albornoz, que evita esfuerzos y facilita el secado de zonas de difícil acceso.

Higiene personal y aseo

Muchas actividades de aseo personal, como peinarse, lavarse cara y manos, y cepillarse los dientes, se suelen hacer de pie. Lo óptimo es que el mayor haga estas cosas de pie, pero hay que estar atentos a su resistencia, porque quizás es conveniente disponer de un taburete/silla para ello y ofrecerle la posibilidad de descansar.

También hay que valorar si es necesario adaptar algún utensilio por problemas en alguna articulación, como puede ser un peine.

En la higiene personal y el aseo también se incluyen el afeitarse y el maquillarse; se intentará facilitar estas tareas con el propósito de dejar el máximo de autonomía a los mayores.

52

Comer y Alimentación

Se distingue comer de alimentación porque son acciones distintas. Comer es el acto de llevar la comida a la boca (sólidos o líquidos) desde el plato, vaso o taza. La alimentación contempla las acciones realizadas dentro de la boca.

En las personas mayores dependientes los problemas en la alimentación pueden estar ocasionados por aspiraciones, es decir, el paso de comida o líquido a las vías respiratorias, con el posible problema de desencadenar infecciones pulmonares y neumonía por broncoaspiración. Dichas aspiraciones normalmente van acompañadas de tos, pero hay personas que no manifiestan signos (aspiraciones silentes).

Recomendaciones generales para mejorar la seguridad y eficacia en la alimentación

EL ENTORNO

- Debe ser tranquilo, relajado y sin distracciones para facilitar la concentración del mayor cuando está comiendo. Elimine las distracciones visuales y sonoras (TV, radio, personas hablando...). También puede eliminar los utensilios y alimentos que no esté utilizando la persona. Es decir, simplificar el entorno, especialmente a los mayores con deterioro cognitivo.
- El mobiliario debe permitir que la persona esté frente al plato de comida en una postura recta y equilibrada. Se recomienda comer sentado en una silla que tenga un respaldo alto y cómodo, los pies bien apoyados; a veces es necesario colocar almohadas para corregir la postura.

- El cuidador debe sentarse enfrente, a la misma altura o ligeramente por debajo de la altura de los ojos de la persona a la que va a ayudar a comer.
- Se recomiendan utensilios adaptados a los trastornos de deglución (vasos con boquilla, jeringas, etc.).
- En el momento de tragar, especialmente si hay riesgo de atragantamiento, se aconseja tener la cabeza flexionada, con la barbilla hacia abajo.
- Si la cabeza está inestable, el cuidador pondrá una mano en la frente para estabilizar y sujetar; no eche hacia atrás la cabeza. No se recomienda comer con un collarín cervical.

Si existen problemas deglutorios, consulte con el especialista, el logopeda y algunos terapeutas ocupacionales formados en disfagias que le pueden aconsejar para su caso concreto.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ALIMENTOS

- Procurar hacer alimentos de fácil masticación, blandos, homogéneos y lubricados.
- Lubricar y ablandar los alimentos con salsas, mayonesa, aceite, etc.
- Triturar los sólidos duros en el caso de tener dificultades con la masticación y mezclarlos con caldo o verdura hasta conseguir una consistencia tipo crema o puré homogéneo.
- Controlar que la temperatura de las bebidas y comidas no sea ni demasiado fría ni demasiado caliente, especialmente para las personas con problemas de sensibilidad en la boca.
- En caso de atragantamientos frecuentes, o mucha dificultad para tragar líquidos, deben espesarse a la consistencia de yogur líquido, miel o flan con polvos espesantes instantáneos de venta en farmacias; en el envase se indican las medidas necesarias para cada consistencia. Consulte con el especialista qué consistencia es la más segura y eficaz.
- Los alimentos y bebidas frías pueden ayudar a tragar más rápido.
- Los sabores fuertes pueden facilitar la deglución.
- Evitar:
 - Alimentos sólidos muy duros y secos (carne a la plancha, pollo a la plancha, zanahoria...).

II. Perfil y competencias de un cuidador

- Alimentos que dificultan la formación del bolo, como los frutos secos. Se pueden triturar y mezclar en batidos, yogur, etc.
- Alimentos con harina y fécula, como la pasta, el pan, que pueden pegarse al paladar; para tomarlos deben lubricarse al máximo.
- Alimentos y bebidas a altas temperaturas.
- Poner especial atención a:
 - Alimentos pegajosos: caramelos, chocolate, miel, plátanos, pan de molde.
 - Alimentos fibrosos, como espárragos y piña.
 - Alimentos en grano, como el arroz.
 - Alimentos con pepitas, como las uvas, o espinas en el pescado.
 - Alimentos que se derriten en la boca, como las gelatinas y helados.
 - Alimentos con más de una consistencia, como sopas muy líquidas, frutas con mucho jugo, verdura cruda, potajes con caldo o leche con cereales.

54

ALGUNOS CONSEJOS

- Es mejor beber a pequeños sorbos y, en el momento de tragar, inclinar la cabeza hacia delante y no levantarla hasta asegurarse de que ha habido una buena deglución. Esta postura puede evitar atragantamientos.
- Debe masticar despacio y con la boca cerrada.
- No se debe tragar hasta que no se haya conseguido un bolo homogéneo (que no quede nada sin masticar).
- Colocar poca cantidad de comida en la boca.
- Hay que comprobar que no quedan restos de comida en la boca antes de introducir nuevamente comida.
- Asegurarse de que en el momento de comer la persona dependiente esté en estado de alerta, es decir, concentrado y sin fatiga.
- Debe asegurarse de que puede realizar una respiración nasal. Compruebe que tiene la nariz destapada y pueda aguantar el aire 5 segundos.

- Respete las preferencias de los alimentos de la persona mayor.
- Dar el tiempo necesario para las comidas.
- Evitar que hable mientras mastica.
- Es preferible ofrecer comidas con menos cantidad y más frecuentes, especialmente si se fatiga o tiene falta de concentración.

Eliminación

La necesidad de eliminación viene marcada por las funciones excretoras tanto urinaria como fecal. Por ello hablamos de:

- **Micción:** acto de eliminar la orina; es un acto voluntario, no doloroso y relacionado con la ingesta de líquidos, de color amarillo, que puede variar con algunos medicamentos. En la persona mayor puede verse alterado este acto provocando incontinencia de orina y retenciones agudas de orina (retiene orina en la vejiga), por ello puede ser portador de absorbentes. Se debe fomentar la continencia urinaria y vigilar las características de la orina por si hay cambios en disminución de la cantidad de la misma, olor, color, dolor en la micción, no poder orinar u orinar gota a gota; son signos de alarma para comunicar al médico o enfermera.
- **Defecación:** acto voluntario de la expulsión de heces; no tiene por qué ser doloroso y debe producirse cada 24-36 h. En la persona mayor se pueden producir alteraciones, como son el estreñimiento y la diarrea o la incontinencia fecal, todo ello explicado en otro capítulo del manual.

Movilidad funcional

El poder moverse es lo máspreciado por las personas mayores con algún grado de dependencia, ya que muchas otras actividades básicas dependen de ello.

Cuando se cuida a una persona mayor habrá que tener en cuenta la resistencia que tiene, y priorizar las actividades en función de los gustos de la persona y de sus capacidades físicas o resistencia; es posible que prefiera dedicar sus fuerzas en participar haciéndose el desayuno que en vestirse, por eso es importante estar atentos a sus gustos para obtener su colaboración en las actividades que prefiera.

Se entiende por movilidad funcional moverse de una posición o lugar a otro durante la ejecución de las actividades cotidianas, caminar, desplazarse en silla de ruedas, transportar objetos y cambiar de una superficie a otra.

Denominamos *transferencias* al cambio de lugar de una superficie a otra, por ejemplo, el traslado de la cama a la silla de ruedas, de la silla normal a la silla de ruedas, de la silla de ruedas al retrete o a la bañera, de la silla de ruedas al coche, etc.

Se recomienda comenzar por una transferencia en superficies que se encuentren a la misma altura, posteriormente a distintos niveles.

Transferencias

Antes de comenzar a mover al mayor en una transferencia, el cuidador intentará que se mueva activamente por sí solo; aunque creamos que la persona no es capaz de moverse, en ocasiones, con instrucciones verbales y un leve apoyo en determinadas zonas que ayuden al movimiento, haremos que inicie el cambio de postura, poniendo en marcha todo el sistema neuro-músculo-esquelético.

Estas recomendaciones consisten en:

- Sentarse al borde de la superficie.
- Colocar los pies por detrás del punto de gravedad, es decir, retrasados con respecto a las rodillas.
- Aumentar la base de apoyo, separando los pies a una distancia igual o ligeramente superior a la anchura de los hombros.
- Inclinar el tronco hacia delante.
- Apoyar los brazos sobre la superficie del asiento, o en el reposabrazos si existe, o el asidero. De este modo los brazos también ayudan a levantarse. Si la persona está sentada a una mesa o enfrente de otro asiento, este mueble podría servir de ayuda, siempre que se haga con seguridad.

Estas simples recomendaciones pueden ayudar a las personas mayores dependientes a ir participando activamente en el cambio de sus posturas y beneficiarán al cuidador.

TRANSFERENCIA DE LA CAMA A LA SILLA DE RUEDAS

1. La silla se posiciona perpendicular con respecto a la cama y se frena.
2. El cuidador se posiciona frente al mayor con un pie delante del otro.
3. El mayor pone sus manos en los hombros del cuidador mientras este lo sujeta de la cintura.

4. La persona pone los pies en el suelo y el cuidador bloquea con sus rodillas las rodillas del mayor para que no se flexionen involuntariamente.
5. Bloquear los pies con los pies del cuidador para evitar el deslizamiento.
6. El cuidador gira junto al paciente y, una vez posicionado frente a la silla, flexiona las rodillas de forma que el mayor pueda sentarse en la silla.
7. Una vez sentado, se debe mantener una postura correcta, el tronco erguido, la cabeza alineada (se pueden colocar almohadas), los pies deben apoyar en el suelo y si no es así, usar una banqueta que lo evite.

Recomendaciones

- Solicitar siempre la colaboración de la persona.
- El mayor podría utilizar asideros que haya en la cama cuando intente ponerse de pie.
- Se debería considerar el uso de un producto de apoyo, siempre sabiendo utilizarlo de forma segura (disco giratorio o tabla de transferencias).
- Siempre que la persona mayor pueda mantener la bipedestación, le pediremos que lo haga.

TRANSFERENCIA DE LA SILLA DE RUEDAS A LA SILLA O SILLÓN HABITUAL O RETRETE

Esta es una maniobra muy parecida a la anterior:

1. Conviene que las superficies estén a la misma altura.
2. Colocar una silla perpendicular a la otra.
3. Frenar la silla de ruedas y quitar los reposapiés y el reposabrazos del lado hacia donde esté la otra silla y se vaya a hacer la transferencia.
4. El mayor pone sus manos en los hombros del cuidador mientras este lo sujeta de la cintura.
5. La persona pone los pies en el suelo y el cuidador sujeta con su rodilla más avanzada la rodilla correspondiente del paciente para que no se flexione involuntariamente.

6. El cuidador gira junto al paciente y, una vez posicionado frente a la silla, flexionan las rodillas conjuntamente de forma que el mayor pueda sentarse en la silla.

TRANSFERENCIA DE SENTADO A DE PIE

Es recomendable que la persona mayor se ponga de pie, si no hay una clara contraindicación, aunque no pueda caminar. Siempre le animaremos a ello.

En esta maniobra, el cuidador se colocará, lo mismo que en las transferencias explicadas arriba, enfrente del mayor, colocando los brazos del mayor alrededor del cuello, y los suyos en la cintura, en un primer momento, y luego en las nalgas, con el objeto de lograr la extensión de ambas caderas para que mantenga la bipedestación.

58

Ayudas para la marcha

Siempre que la persona mayor pueda caminar, el cuidador debe fomentar esta actividad. Hay varias maneras de ayudar a caminar, la que ofrece más seguridad al mayor es en la que el cuidador se coloca delante de él, agarrándole con ambas manos por los codos del mayor, y este coloca sus manos encima de los antebrazos del cuidador, de modo que quedan en contacto los antebrazos de ambos. Esto supone que el cuidador tiene que caminar hacia atrás. Pida la colaboración del mayor para que camine, y proporcione cada vez menos agarre en función de la seguridad que vaya notando a la persona que está ayudando a caminar.

Si existe más seguridad en la deambulación, el cuidador se puede situar al lado del mayor. Dependerá de qué tipo de trastorno exista para caminar (prótesis de cadera/rodilla, hemiplejía, Parkinson...) para ofrecer la ayuda necesaria, que nunca debe ser superior a la requerida, aquí tampoco se debe sobreproteger. El cuidador debe estar informado por un especialista de la rehabilitación (terapeuta ocupacional/fisioterapeuta) para seguir las recomendaciones específicas al caso.

Las ayudas técnicas o productos de apoyo para la marcha deberán estar bien prescritas; en ciertos casos el uso de un bastón puede ser contraproducente:

- Un bastón impide al miembro que lleva el bastón cualquier otra actividad que no sea el apoyo, lo que en el caso del hemipléjico sería más incapacitante porque anula el brazo sano.
- Provoca una asimetría postural, que en el caso del hemipléjico induce a un aumento del tono muscular del hemicuerpo pléjico.
- Impide la aparición de las reacciones de reequilibración necesarias para una marcha estable o para controlar una pérdida de equilibrio prevista.

Por tanto, lo importante es potenciar en la persona las capacidades necesarias para que no tenga que depender del bastón para caminar, y si lo utiliza, que lo haga de un modo correcto y seguro.

Existen en el mercado multitud de dispositivos para ayudar en la movilidad a personas dependientes. Cada caso es distinto. Consulte con el terapeuta ocupacional.

Cambios posturales en paciente dependiente encamado

Consiste en cambiar y girar a la persona mayor dependiente para evitar que permanezca en la misma posición, favoreciendo el confort y evitando la aparición de úlceras por presión.

Las diferentes posiciones que puede adoptar son:

- **Decúbito supino:** se encuentra tumbado sobre su espalda con brazos y piernas extendidos. Evitar que el cuello esté hiperextendido, colocando bien la almohada.
- **Decúbito lateral izquierdo y derecho:** colocado sobre un lado de su cuerpo, la cabeza debe mantenerse en el mismo plano que el cuerpo con ayuda de almohada; los hombros no deben soportar el peso del cuerpo, para ello se traccionarán hacia delante. La posición se asegura colocando una almohada posterior, las piernas deben estar flexionadas y con una almohada entre ellas.
- **Decúbito prono:** se encuentra tumbado sobre su abdomen; es una postura que no es frecuente utilizar por la incomodidad que ocasiona y la contraindicación que tiene en diversas enfermedades.

Debemos tener en cuenta:

- Valorar el nivel de conciencia del paciente, para solicitar su colaboración o no.
- Valorar las personas necesarias para la movilización. Si la persona mayor no es colaboradora, se precisan dos personas, cada una se coloca a un lado de la cama y a la misma altura; si es colaboradora, una sola persona se puede ayudar de la sábana de tiro.
- Siempre hay que evitar la fricción con la sábana y la piel; no arrastrar, sino elevar.

II. Perfil y competencias de un cuidador

- Planificar la rotación de los cambios posturales (consiste en colocarle en decúbito supino-decúbito lateral derecho y decúbito lateral izquierdo, y seguir este orden secuencial) cada 2 horas durante el día y cada 4 por la noche, en caso de que permanezca encamado; si no es así y se levanta al sillón, en este se deberá elevar (ayudarle a mantener bipedestación) cada hora durante 1-2 min para aliviar presión en sacro y caderas.
- Informar a la persona mayor de la movilización a realizar y pedir su colaboración si fuera posible; asegurarnos de que, si presenta dificultad auditiva o problemas cognitivos, nos comprende.
- Proporcionar intimidad.

60

ALINEACIÓN EN DECÚBITO SUPINO

Consiste en mantener la posición corporal correcta para conseguir un incremento en la fuerza muscular y evitar secuelas adicionales. Al mismo tiempo favorecer el estado circulatorio alternando los puntos de presión. Para ello:

- Informaremos a la persona mayor.
- Colocar la cama en posición horizontal.
- El cuidador adoptará la postura correcta, colocando un pie delante del otro y flexionando la rodilla al mismo tiempo.
- Con ayuda de una sábana de tiro (es una sábana doblada transversalmente debajo del paciente), tirar de la persona hasta colocarle en decúbito supino.
- Colocar una almohada debajo de la cabeza; no debe ser voluminosa.
- Colocar una almohada debajo de los gemelos.
- Evitar la rotación de la persona mayor hacia los lados poniendo almohadas a ambos lados o cojines.
- Vigilar la posición de los pies, que deben estar en ángulo recto; si no es así, colocaremos un cojín en forma de rodillo para evitar pie equino.
- Cubrirle con la ropa de cama.
- Se le puede colocar en la posición de Fowler: coloque a la persona en posición de decúbito supino. Eleve la cabecera de la cama entre 45 y 60°, si es posible porque sea articulada, y si no, se pueden colocar almohadas o cojines. Coloque una almohada pequeña detrás de la cabeza y hombros.

Sitúe un cojín en la región lumbar. Ponga una almohada bajo las rodillas, manteniéndolas en ligera flexión, y otro cojín bajo los tobillos para que los talones no se apoyen en la cama. Coloque otro cojín en la parte superoexterna de los muslos para evitar rotación externa de caderas. Si la persona no utiliza los miembros superiores, coloque almohadas bajo los brazos y antebrazos.

- Es posible que la persona se desplace por gravedad hacia los pies de la cama, por ello habrá que colocarlo hacia la cabecera (dos personas): si existe colaboración por parte de la persona a movilizar, coloque la cama en posición horizontal. Ponga una mano bajo los muslos y otra en la cara posterior de los hombros. Pida a la persona mayor que doble las rodillas y apoye los pies sobre la cama. Indíquele que colabore ejerciendo presión con los pies a la vez que se desplaza hacia la cabecera. En los que no puedan colaborar: coloque una sábana doblada a modo de entremetida debajo del paciente desde los hombros hasta los muslos. Los cuidadores se situarán a cada lado de la persona mayor y, con la ayuda de la sábana, se le desplazará hacia la cabecera de la cama, elevándolo para evitar así movimientos de fricción.

DE DECÚBITO SUPINO A DECÚBITO LATERAL

- Enrollar por ambos lados la sábana de tiro hasta llegar cerca del tórax y de las caderas de la persona encamada.
- Levantar ligeramente la sábana y deslizarlo hacia el lado contrario al que se va a rotar.
- Extender el brazo paralelo al cuerpo sobre el que se va a rotar a la persona mayor y el otro brazo se colocará sobre el tórax.
- Flexionar la rodilla de la pierna que va a quedar encima (misma que el brazo).
- Levantar ligeramente la sábana y deslizarle hacia el lado contrario al que se va a rotar.
- Girar a la persona.
- Colocar la almohada longitudinalmente desde el hombro hasta el sacro.
- Colocar una almohada debajo de la cabeza.
- Colocar hacia delante el hombro que está debajo sin tirar del mismo.
- Colocar los brazos flexionados en un ángulo de 45°.

II. Perfil y competencias de un cuidador

- Colocar una almohada entre las piernas.
- Si es posible, elevar la cabecera de la cama según las necesidades y seguridad de la persona encamada; se le colocará en posición de Fowler, como está indicado en párrafos anteriores.
- Recordar: en la posición de decúbito lateral hay que tomar precauciones con orejas, hombros, codos, cresta iliaca, trocánteres y maléolos para que no se produzcan úlceras por presión.

INCORPORARLE PARA SENTARLE

- Colocar el brazo más próximo a la cabeza del anciano y rodear los hombros, el otro brazo se coloca en la cadera más alejada del anciano.
- Se giran la cadera y las piernas hasta el borde de la cama al mismo tiempo que se ayuda a levantar el tronco.
- Se le mantiene sentado en el borde unos segundos para prevenir mareo, mientras se le colocan las zapatillas.

62

Cuidador, cuídese la espalda

Recomendaciones generales que debe tener en cuenta cuando movilice a la persona mayor:

- Separe los pies y apóyelos bien en el suelo con un calzado seguro y cómodo.
- Flexione las caderas o rodillas y mantenga la espalda recta con moderada inclinación, ponga duro el abdomen y la pelvis en retroversión.
- Evite la torsión del tronco, especialmente cuando la espalda está inclinada.
- Mantenga al mayor lo más cerca de usted durante el movimiento.
- Realice la tarea lentamente.
- Utilice el peso de su propio cuerpo como contrapeso.
- Utilice la musculatura fuerte de piernas y brazos para los movimientos que exigen mayor fuerza, y evite usar los músculos de la espalda para efectuar palancas.

Es importante considerar los movimientos dentro de la bañera, evitando desplazamientos innecesarios que supongan riesgo de caída, es decir, se pueden

colocar dispensadores de jabón próximos al alcance de la persona para que pueda enjabonarse. Los grifos también deberán estar accesibles y fáciles de manipular. Si existen problemas en la sensibilidad, habrá que tener en cuenta la temperatura del agua, que deberá estar autorregulada.

Para llevar a cabo el frotado y el secado existen productos de esponjas con mango que pueden facilitar el enjabonado. Para secarse se recomienda el uso de albornoz, que evita esfuerzos y facilita el secado de zonas de difícil acceso.

Cuidado de los productos de apoyo personales

Limpiar y mantener artículos de cuidado personal, tales como aparatos auditivos, lentes de contacto, gafas, ortesis, prótesis y otros productos de apoyo. El cuidador ayudará a la persona mayor a que cuide de estos dispositivos fomentando la autonomía y el control de sus propias pertenencias.

Actividad sexual

Esta actividad hace referencia a la capacidad para realizar actividades dirigidas a la satisfacción sexual.

La sexualidad de la persona mayor debe ser respetada y considerada, se le permitirá tener espacio y privacidad para que la persona pueda tener ocasiones de placer sexual.

Uso del inodoro

La queja más frecuente de los mayores son las dificultades para sentarse y levantarse del inodoro. Si está indicado, se le enseñarán maneras de levantarse, como es llevando los hombros hacia las rodillas e impulsándose hacia delante. La situación varía si hay prótesis de cadera, podría estar contraindicado este movimiento.

No se deben poner productos de apoyo si no son absolutamente necesarios, igualmente se deben retirar en el momento en que la persona haya aumentado su movilidad y pueda prescindir del producto de apoyo.

Existen en el mercado diversos productos que pueden ayudar en este problema, cada caso es diferente, por lo que hay que valorar el más adecuado a la persona que lo vaya usar. Cuando la persona es más dependiente se puede planificar el modificar el aseo para el uso de silla de ruedas, asideros, tablas de transferencia, el uso de grúas, etc. Consulte con el terapeuta ocupacional.

Vestido

Al igual que en el resto de las actividades básicas de la vida diaria, la persona deberá participar en la elección de su ropa, si puede, así como en su colocación. El cuidador deberá dejar tiempo suficiente y proporcionar seguridad (un asiento) en el caso de problemas de equilibrio o cansancio, o facilitar las prendas si existen problemas cognitivos, pero haciendo partícipe al mayor. Recuerde que los mayores no son niños pequeños. Existen productos de apoyo que facilitan esta tarea, como son los abrochabotones, ponemedias, bastón de vestido para facilitar el alcance de prendas.

Las prendas más fáciles de usar son las elásticas, pero hay que tener en cuenta las preferencias del mayor; también se pueden adaptar cambiando los botones y cremalleras por cinta de velcro.

En España existe un servicio específico para orientar a las personas que necesitan información sobre los productos de apoyo o ayudas técnicas, este servicio no conlleva coste, ya lo pagamos con los impuestos. Si tiene dudas, si va a realizar modificaciones en casa, si está pensando en adquirir alguna ayuda técnica/producto de apoyo o necesita información adicional, acuda a www.ceapat.org, o llame al Centro de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEPAT). Telf.: 917 033 100, de Madrid.

- Unidad de Autonomía Personal de Albacete CRMF. C/ Jesús del Gran Poder, 1. 02006 Albacete. Telf.: 967 - 21 65 01/61. Fax: 967 - 21 66 37.
- Unidad de Autonomía Personal de Salamanca CRMF. Avda. de Villamayor, 79. 37007 Salamanca. Telf.: 923 - 23 48 50. Fax: 923 - 12 18 92.
- Unidad de Autonomía Personal de San Fernando CRMF. C/ Pintor Fernando Vela, s/n. 11100 San Fernando (Cádiz). Telf.: 956 - 80 30 01/48 79 50. Fax: 956 - 48 79 54.
- Unidad de Autonomía Personal de Lardero CRMF. C/ Donantes de Sangre, 4. 26140 Lardero (La Rioja). Telf.: 941 - 44 81 13. Fax: 941 - 44 90 15.

Bibliografía

- Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA, et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2.ª ed. [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [-fecha de la consulta-]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).

- Birge James A. Actividades de la Vida Diaria y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. En Willard and Spackman Terapia Ocupacional, 11.ª Edición. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2009.
- Chapinal Jiménez A. Involuciones en el Anciano y otras disfunciones de origen neurológico. Madrid: Masson, 1999.
- Corregidor Sánchez A, Gómez Calero C. Área de Actividades de la Vida Diaria. En: Terapia Ocupacional en Geriátría y Gerontología. Madrid: Ergón. Soc Esp Geri y Geron 2010.
- http://www.bicgalicia.es/procedimientos/pdf/I_SB_XVIII_03_2_cast_CAMBIOS_POSTURAL.pdf. Consultado el 28/05/2013.
- http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/g1_cambio_postural.pdf. Abril 2013.
- Pérez I, Muñoz MJ, Pérez A. Déficit total o parcial de autocuidados en la higiene. Enfermería clínica 2002; 12(3):127-32.
- Procedimiento lavado de cabeza del Hospital Clínico San Carlos.
- Tejero M, Sánchez M. Eficacia de los cambios posturales y su frecuencia en la incidencia de las lesiones por presión. Enfermería clínica 2007; 17(5):278-27.
- Un cuidador. Dos vidas. Programa de atención a la dependencia. Apoyo al cuidador principal. Generalitat Valenciana, Conselleria de Bienestar Social. Obra Social Fundación La Caixa. Barcelona. 2008.

Ana Isabel Corregidor Sánchez

Actividades instrumentales de la vida diaria

Introducción

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son las actividades orientadas a la relación con el medio en el que vivimos. A través de ellas interactuamos con el entorno que nos rodea. Son actividades como el cuidado del hogar, cocinar, temas financieros o realización de compras. En definitiva, estas actividades indican la capacidad que tiene una persona para llevar una vida independiente en la comunidad, identificándose también como indicadores del envejecimiento activo.

Este tipo de actividades son más complejas que las actividades básicas, ya que requieren la interacción con más elementos. Sin embargo, no son tan personales y pueden ser fácilmente delegables en otros. Por este motivo, son las actividades que antes dejan de hacerse cuando aparece alguna enfermedad incapacitante.

A medida que el proceso de envejecimiento avanza pueden aparecer enfermedades, como la patología osteoarticular, el accidente cerebrovascular o la demencia, que afecten al desempeño de estas tareas. La inestabilidad al caminar y la disminución de las capacidades cognitivas, como la pérdida de memoria, son las causas que con más frecuencia identifican las personas mayores y sus cuidadores cuando se les pregunta por qué han dejado de hacer estas tareas.

Ante estos problemas funcionales, la persona ve mermada su capacidad para encargarse de la casa, hacer las compras necesarias o relacionarse con el entorno. De forma progresiva disminuye su implicación y finalmente acaba delegando en el familiar o en el cuidador su realización.

Cuando esta situación ocurra, es importante mantener una actitud comprensiva, pero también proactiva. La sobreprotección por parte del cuidador conduce a mayores niveles de inactividad y dependencia. Aunque la actividad no pueda realizarse en su totalidad, es importante mantener a la persona mayor implicada en alguna de las tareas que componen la misma. Por ejemplo, en el caso de cocinar, aunque la persona no pueda mantenerse de pie durante toda la actividad, sí podría participar parcialmente, realizando tareas en sedestación

como pelar, cortar o sazonar. De esta forma, podría mantenerse su implicación en una actividad que ha venido realizando durante toda su vida.

Este enfoque de la actividad supone concebir a la persona mayor no como un objeto pasivo, sujeto a las fuerzas causales de la dependencia, sino como un ser intencional, que, hasta cierto punto, es capaz de determinar y decidir sobre el curso de su vida y sobre las actividades que quiere que formen parte de él.

Propiciando la participación de la persona mayor en este tipo de actividades se consigue aminorar los sentimientos de *vacío ocupacional* y se generan sensaciones de *control* y *autoeficacia*. En este capítulo se mostrarán técnicas que pueden resultar útiles para fomentar la participación y la autonomía de la persona mayor en las actividades instrumentales de la vida diaria.

Manejo del hogar

La organización y limpieza del hogar, el cuidado de la ropa y el uso de electrodomésticos son las principales tareas que componen el cuidado del hogar. Estas actividades tienen un sesgo de género importante, ya que son asumidas principalmente por mujeres. De hecho, para ellas suelen ser un indicador de funcionalidad e independencia. La mayoría de mujeres mayores identifican estas actividades como muy importantes e integran que son su responsabilidad directa. Además, viven de forma negativa no poder hacerse cargo de estas actividades cuando las limitaciones funcionales se lo impiden.

Por eso, es importante continuar fomentando su participación en el cuidado del hogar y contribuir a que el rol de "director/a del hogar" siga vivo, a pesar de los problemas de dependencia. No hacer las cosas físicamente no significa no poder dirigir las o planificarlas. Cuando la persona experimente importantes problemas físicos que limiten la ejecución de las tareas de casa, el cuidador puede asumir estas tareas desde el respeto y considerando la opinión y los procedimientos habituales de la persona.

Si la dependencia es moderada, pueden utilizarse diversas adaptaciones, como los mangos largos y gruesos de cepillos y plumeros para evitar tener que flexionar la espalda, así como cubos con ruedas y escurridor eléctrico. La longitud de estos mangos ha de permitir llegar al suelo sin tener que inclinarse. También es muy útil el uso de robots que se encargan de detectar la suciedad y absorberla. Este producto comienza a estar muy extendido en el mercado, hay muchos modelos a precios relativamente asequibles.

En cuanto al cuidado de la ropa, puede adquirirse una lavadora de carga superior o elevar la altura de la lavadora, para evitar posturas incómodas y posibles desequilibrios.

Para realizar esta actividad será necesario estudiar el lugar para realizar esta tarea, ya que muchas de las caídas en el hogar se producen al tender la ropa. Si las cuerdas están situadas a gran altura, esto exige tener que elevar los brazos por encima de los hombros y esta postura está identificada como una de las posturas con más riesgo para caerse. Lo más seguro es utilizar un tendedero estable de suelo, que permita a la persona tender la ropa y apoyarse si fuera necesario. Otra opción es utilizar un tendedero de pared regulable en altura.

En el caso del planchado se recomienda hacerlo en sedestación, para ahorrar energía y evitar caídas. Para ello, pueden instalarse tablas de plancha sin pie que se fijan a la pared y permiten que la silla pueda entrar debajo.

Si la actividad de planchado puede realizarse de pie, es conveniente adoptar una postura cómoda para evitar fatiga y dolores musculares. Se aconseja mantener un pie más adelantado y/o elevado que el otro, de forma alternativa, apoyándolo sobre un pequeño taburete que permita mantener las curvaturas naturales de la columna vertebral.

La actividad de planchado no debe prolongarse más de 20 minutos. Para disminuir el tiempo se recomienda tender las prendas lo más estiradas posible. Las blusas, camisetas o camisas pueden tenderse colgadas en perchas para que así se deformen menos al secarse. Por otra parte, el uso de secadoras evita planchar muchas prendas.

Cocinar

Cocinar es una actividad compleja, pero muy satisfactoria. Su dificultad radica en que implica diversas subtareas simultáneas que requieren tener capacidad física y también capacidad cognitiva. Entre ellas cabe destacar:

- Planificar con antelación el menú que se va a cocinar.
- Preparar todos los ingredientes y los utensilios necesarios.
- Limpiar y trocear algunos ingredientes y meterlos en el recipiente para cocinar.
- Poner en funcionamiento, regular la intensidad del calor y apagar la cocina o el aparato en el que se cocine (horno, microondas, robot...).
- Cocinar el tiempo necesario.

II. Perfil y competencias de un cuidador

- Servir los alimentos cocinados.
- Fregar todos los elementos utilizados.

Las personas mayores con movilidad reducida o deterioro cognitivo pueden experimentar problemas a la hora de manejar los electrodomésticos y utensilios de cocina, resistir tiempo de pie, seguir la secuencia de pasos correcta o dar respuesta rápida a los imprevistos que puedan surgir.

Además, la cocina está calificada como uno de los “puntos calientes” dentro del hogar, por la frecuencia de caídas y accidentes en este espacio. Las caídas suelen deberse principalmente a restos de agua en el suelo y los accidentes más frecuentes son los cortes, quemaduras o incendios.

Sin embargo, estas dificultades no deben desanimar a la persona mayor, ni tampoco a su cuidador, para continuar con el desempeño de esta actividad que puede ser tan gratificante. Lo importante es crear un entorno seguro y seleccionar qué tareas puede realizar la persona con seguridad y eficiencia. En la tabla 1 se recogen algunas recomendaciones sencillas que pueden servir para mejorar el desempeño en la cocina.

70

Tabla 1. Recomendaciones para facilitar la actividad de cocinar

- Utilizar una receta con la lista de ingredientes y la secuencia de tareas.
- Colocar los utensilios de cocina siempre en la misma disposición.
- Almacenar los utensilios de mayor uso en estantes fáciles de alcanzar.
- Utilizar los utensilios más pesados, como cacerolas, en estantes bajos y dejar en los armarios superiores utensilios más livianos (plásticos).
- Trasladar elementos pesados mediante arrastre por superficies que estén a la misma altura.
- Usar electrodomésticos, como picadora, batidora con múltiple función o robots de cocina, para ganar tiempo y evitar riesgos.
- Utilizar guantes aislantes del calor para trasladar o arrastrar recipientes calientes.

Uno de los obstáculos más importantes para cocinar es el deterioro de la capacidad física necesaria para mantenerse de pie durante mucho tiempo. Este déficit puede suplirse utilizando un taburete o una silla con respaldo adaptable en altura que permita llegar con los pies al suelo.

Si la persona mayor utiliza silla de ruedas, pueden adquirirse una encimera y muebles regulables en altura que permitan acercarse a la vitrocerámica o al fregadero sin problemas y facilitar el acceso al contenido de los muebles colgados en la pared. En el capítulo “Adaptaciones del hogar” se expone un modelo de cocina adaptada.

También puede habilitarse una zona para que la persona mayor realice algunas de las actividades más sencillas, como sazonar, pelar, cortar o untar, en sedestación, evitando el cansancio.

Cuando la deformidad o la pérdida de fuerza en las manos dificulte la realización de subtareas como cortar, pelar, abrir/cerrar botes, pueden utilizarse productos de apoyo, como peladores, tablas para cortar con pinchos para sujetar el alimento y abrebotes.

En cuanto a la colocación de los utensilios, es interesante colocar las ollas y cacerolas más pesadas en los armarios que estén situados más cerca del suelo y dejar en los armarios de arriba los utensilios de menor peso (plásticos).

Cuando existan problemas de memoria, podrán utilizarse avisadores sonoros de tiempo, como los relojes temporizadores. Los carteles recordatorios para evitar accidentes con el gas suelen ser muy útiles. En la tabla 2 se recogen algunas de las instrucciones específicas para personas con demencia.

Tabla 2. Recomendaciones para practicar la actividad de cocina en personas con demencia

1. Evitar riesgos:

- Usar una vajilla de plástico transparente: ensaladera, cuencos, platos, vasos. Si se caen no se romperán.
- Quitar los cuchillos metálicos y utilizar cuchillos de plástico. Es más fácil pelar una fruta con un cuchillo de plástico.
- Suprima electrodomésticos que tenga cuchillas o resistencias de calor (batidora, tostadora, cafetera, etc.). Un mal uso, podría hacerle daño.
- Tapar los enchufes eléctricos.
- Tener a mano un buen mandil, que cubra el pecho.
- Tener extremo cuidado al abrir latas o utilizar la cocina eléctrica.

2. Preparar la sesión:

- No superar los 20 minutos de duración.
- Ayudarle a seleccionar los alimentos, una vez seleccionados retirar los que no se vayan a utilizar. La eliminación de estímulos innecesarios le ayudará a concentrarse mejor.
- Colocar los alimentos en orden.
- Las ensaladas son ideales para iniciar esta actividad: es fácil deshojar y lavar una lechuga o quitar la cáscara de un huevo. También pueden prepararse postres tipo macedonia u optar por preparar sándwiches para la merienda de sus nietos.

Medios de comunicación

La encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares del INE revela que el 75% de las personas mayores

entre 65 y 74 años utiliza el teléfono móvil. Estas cifras parecen demostrar que el teléfono móvil es el medio de comunicación aunque su uso no está exento de dificultades.

La mayoría de teléfonos móviles son pequeños, con teclas y pantallas de difícil visión. Las funciones son complicadas y exigen un alto nivel de conocimiento para discernir entre unas aplicaciones y otras. En ocasiones, los teléfonos se convierten en verdaderos laberintos, sobre todo si existe algún grado de deterioro cognitivo.

Las personas mayores reclaman teléfonos ergonómicos manejables, con funciones básicas y de acceso sencillo. En respuesta a esta demanda, en el mercado hay distintos modelos que pueden ser utilizados de forma fácil. Existen modelos sencillos, con pocas teclas y con imágenes para realizar rápidamente la llamada. Este teléfono está indicado en personas con deterioro cognitivo, ya que su uso es muy intuitivo.

72

Otro modelo, recientemente certificado con el sello SIMPLIT¹, por el Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV) y la Unión Democrática de Pensionistas (UPD), ha sido el teléfono Emporia. Las principales ventajas que han destacado de este teléfono son: el adecuado tamaño de números y letras, la comodidad para marcar los números, menú fácil de localizar y el poco peso del móvil.

Respecto a los teléfonos fijos, existen en el mercado modelos muy económicos y muy accesibles, con teclas grandes o con imágenes, que permiten llamar a la persona deseada con tan solo pulsar la imagen o conectar con servicios de emergencia.

Un último aspecto en relación a la telefonía tiene que ver con los contratos; suelen ser confusos y poco claros. Las personas mayores no siempre entienden lo que firman y, por tanto, desconocen sus derechos y deberes como consumidores. En este sentido, se reclama a las compañías de telefonía contratos de servicios y productos "económicos", explicados de "forma clara y sencilla", y puntos de atención al cliente más accesibles.

Hacer la compra

Hacer la compra es una actividad instrumental necesaria en la vida de cualquier persona. Las compras más frecuentes son la adquisición de productos alimenticios y prendas de ropa. Llevar a cabo esta actividad consiste en planificar la compra, salir de casa, dirigirse hacia el establecimiento elegido (o, en su defecto, utilizar el teléfono o Internet), seleccionar los productos, pagar el importe y llevar la compra a casa.

¹ SIMPLIT es un sello de calidad que acredita que un producto se ha diseñado pensando en las necesidades de uso de las personas mayores. Ha sido desarrollado por el Instituto de Biomecánica de Valencia. Pueden consultarse todos los productos acreditados en la página <http://www.simplit.es>.

Las dificultades para realizar compras pueden surgir por inestabilidad en la marcha, escasa resistencia física o déficit en la planificación de las compras. Continuando con un enfoque positivo de la actividad, es importante que la persona mayor continúe implicándose en la realización de las compras necesarias para su hogar, aunque no pueda desarrollarla completamente.

Si, por ejemplo, no puede salir a la calle por problemas físicos, puede propiciarse que sea ella misma quien elija los productos a través de un catálogo de supermercado y calcule el coste total de la compra. O, si por el contrario existen problemas cognitivos para planificar la compra, puede acompañar al cuidador a realizarla e intentar que seleccione algunos artículos, de esta forma recibirá estimulación visual que le ayudará a reconocer los productos cuando llegue a casa.

En el mercado pueden adquirirse algunos productos que hacen más fácil poder realizar las compras, como:

- Monederos que separen las monedas según su valor.
- Carros de la compra con asiento incorporado, que sean de empuje.
- Andadores con cesta.
- Dispositivos para reunir las asas de las compras.

Tanto si se utilizan carros con asientos como otro tipo de carro, es conveniente que las ruedas delanteras sean pivotantes para facilitar su manejo.

En el caso de que la salida al exterior comporte un gran riesgo para la persona mayor, no debe desdeñarse realizar la compra a través de Internet, siempre que el nivel cultural y las posibilidades del entorno lo permitan, aunque es cierto que los estudios de mercado reflejan que la población mayor apenas utiliza el servicio de compra por Internet.

Mantenimiento de la salud: control de la medicación

El mantenimiento de la salud se refiere al desarrollo, mantenimiento y control de las rutinas para la salud y la promoción del bienestar. Una de las principales rutinas que contribuye al mantenimiento de la salud es el control de la medicación y la realización de visitas médicas.

La rutina de controlar la medicación incluye, entre otras, la toma de medicación, así como su dosificación y administración adecuadas, la autoadministración de insulina, la autogestión de nutrición/hidratación artificial, etc.

Las personas mayores con algún grado de dependencia pueden ver alterada su capacidad de mantener esta rutina satisfactoriamente, ya sea por problemas físicos que les impidan manipular los blíster de medicación o por problemas cognitivos que les dificulten organizar y recordar la medicación que tienen que tomar.

Para compensar estos déficits, pueden adquirirse productos de apoyo que facilitan el manejo de la medicación, así como productos avisadores para recordar la toma de medicación. En el primer grupo, los más utilizados por las personas mayores son los abreblíster o los cortadores/trituradores, que permiten cortar pastillas y triturarlas. Los dispensadores de gotas oculares facilitan la administración de gotas liberando una única gota cada vez que se accionan.

74

Cuando existen problemas de memoria y se olvidan tomar la medicación, pueden resultar útiles los dispensadores de medicación diarios o semanales. Estos dispensadores pueden adaptarse colocando el día de la semana y el momento del día en el que ha de tomarse la medicación. Utilizar diferentes colores o pictogramas facilitará su diferenciación si existen problemas visuales o cognitivos.

Los dosificadores con alarma (mejor luz y sonido) permiten programar el dispositivo para que nos avise a la hora indicada para la toma de la medicación. Actualmente podemos utilizar dispensadores de medicación programables para franjas horarias. El dispositivo avisa a la persona sonoramente para recordarle la toma de medicación y, en caso de que no se la tome, lanza una alarma automáticamente a través del terminal de teleasistencia.

También se puede contratar con el proveedor de teleasistencia un servicio de “recordatorio de toma de medicación”, que consiste en que se llame al usuario para dar ese mensaje.

Bibliografía

- Corregidor Sánchez AI. Actividades de la Vida Diaria en Geriátría. En Moruno Millares P y Romero Ayuso DM. Barcelona: Masson, 2006.
- Cruz Roja Española y Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Apoyo para las actividades domésticas.
- García Alonso V, y cols. Pregúntame sobre Accesibilidad y Ayudas Técnicas. IMSERSO e Instituto de Biomecánica de Valencia, 2005.

- Sánchez Herrera P, Alegre Ayala A. Área de actividades instrumentales de la vida diaria. En Corregidor Sánchez Al. Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología. Madrid: SEGG, 2010.
- Sebastián Herranz M, Valle Gallego I, Vigara Cerrato A. Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de Apoyo para la Autonomía Personal. CEAPAT. Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales.

Rosa Matilla Mora
Ana Isabel Corregidor Sánchez

Tareas y socialización. Desplazamiento y orientación. Comunicación interpersonal (canales de comunicación), economía doméstica, relaciones personales

Introducción

El ser humano es un ser social y una gran parte de las interacciones humanas las lleva a cabo a través de las ocupaciones.

Existen otros factores más allá de la situación de dependencia que pueda tener una persona mayor; estas son las barreras impuestas por los entornos físicos y sociales, las dificultades al elegir y encontrarle sentido a las ocupaciones, y el reto de participar activamente en tareas de un modo habitual.

Convendría, desde jóvenes, ir aprendiendo a ser mayores. Tener siempre funcionando nuestras neuronas, no decaer en la lectura, estar atento a lo que sucede, no perder la curiosidad por nada, hablar sin descanso con los demás, mantener el contacto con los jóvenes o hacer ejercicio son algunas de las actividades que es necesario practicar desde muy pronto, cultivar durante toda la vida y mantener en la vejez.

De ahí que la cultura sea el oxígeno para respirar mejor en la parte más desgastada de la vida. Es necesario hacer acopio de energías, no solo de energías físicas, sino, sobre todo, intelectual y emocional. En otro plano, habría que hablar de las pequeñas satisfacciones o de los goces apropiados a la edad; una persona mayor no tiene por qué gozar con los mismos momentos que un adulto. El mayor puede disfrutar con el paseo sosegado, con la conversación relajada, con el recuerdo melancólico, con lo que escucha de los otros, con lo que ve a su alrededor. Un anciano con un niño, y si este es un nieto aún más, tiene en sus manos un enorme placer.

Las personas mayores dependientes, debido a su situación, han perdido roles en la vida, "ya no son lo que eran", y esta observación les lleva a un sentimiento de carga (física y/o económica) hacia los demás. Las ocupaciones que primero pierde la persona son las de movilidad exterior a la casa (utilizar transporte público, ir al médico, hacer gestiones, salir, hacer compras...).

El ocio

El concepto de ocio y/o tiempo libre es diferente en los mayores, especialmente en los muy mayores, que para otras personas más jóvenes. Ellos han crecido en un ambiente en el que el trabajo era el único medio y fin de sus vidas. Han crecido utilizando su tiempo sin planteamientos, este estilo de vida ha delimitado su realidad y en la vejez se encuentran sin habilidades para utilizarlo.

Para muchas personas mayores el tiempo libre es una cuestión poco importante en sus vidas, sin embargo, son los que más disponen de él. El grupo de los mayores es el que menos valora el tiempo libre como importante. De ahí el bajo índice de participación en el ocio.

78

No cabe duda de que los modelos de envejecer y de las personas dependientes están cambiando, ya no son los que eran, las personas dependientes demandan cada vez más autonomía y participación en la sociedad. Es decir, a la vez que cambia la sociedad en sus formas de organizarse, en sus redes de relación y en sus modelos de convivencia, las personas mayores también están cambiando los roles tradicionales que desempeñaban en la familia y en la sociedad para construir un nuevo modelo de persona mayor más activa, más relacionada y más comprometida socialmente. Esto exige una continua adaptación para estar al día.

Las personas mayores dependientes necesitan más cosas que cubrir que sus cuidados básicos de alimentación, sueño, higiene, etc. Necesitan hacer cosas cada día que les resulten significativas, y los cuidadores tienen un papel fundamental, aquí también, para facilitar que los mayores se involucren en actividades que tengan sentido para ellos, pero esto no significa que tengan que estar todo el día "entreteniendo" al mayor. Las personas envejecen en la medida en que se apartan de la realidad, por lo tanto conviene facilitarles asuntos que sean de actualidad, leer y comentar las noticias, estar atentos a lo que ocurre con los miembros de la familia y amigos, llamar a los amigos e intentar verles.

Cuando las personas dependientes padecen trastornos mentales y más específicamente trastornos cognitivos, dar una estructura al día es fundamental, es importante tener un método y unas rutinas para facilitar la orientación temporal; le pueden ayudar cosas como poner relojes y calendarios en sitios visibles para que sepa qué momento del día es, hacer todos los días una cruz en el calendario y verbalizarlo, hablar con él sobre acontecimientos actuales, etiquetar los objetos y lugares de la casa, asignar un lugar para los objetos que utilice y mantenerlos siempre en ese sitio. Mantener el ambiente ordenado.

Las actividades básicas de aseo, baño, alimentación, etc. a la misma hora, paseo por el mismo sitio; es decir, rutinas que ayuden al mayor a mantener un orden

de vida. Facilitar el modo de hacer algo cuando le surja la dificultad o si se angustia.

Por otro lado, es necesario dedicar al día unos minutos de trabajo corporal o ejercicio físico adaptado a la persona en la que recaen los cuidados.

Dentro de las posibilidades de la persona dependiente, el ocio debe ser uno de los aspectos a contemplar, esto supone una participación activa por parte de la persona dependiente. No son los obstáculos físicos los que más obstruyen la participación en actividades placenteras elegidas por las personas, aunque a veces también. Aquí son las personas con alguna discapacidad cognitiva las que van a tener más complicado realizar una tarea que tenga continuidad. Siempre que el cuidador se plantee facilitar una actividad de ocio con un mayor dependiente deberá tener en cuenta la libre elección por parte del sujeto y calcular el tiempo que exige la actividad, además de los recursos materiales que exige la propia tarea.

Por ejemplo, un/a cuidador/a de una persona con demencia puede planificar con el/la mayor hacer una tarea de repostería facilitándole y ayudándole a que rememore la receta, a conseguir los ingredientes y a seguir la secuencia de pasos adecuada hasta completar la tarea, con el propósito de invitar a los nietos a merendar. Esta actividad le proporcionará a la persona un sentimiento gratificante de utilidad en su papel de abuelo/a y le animará a seguir haciendo cosas en su vida.

Para las personas mayores con deterioro cognitivo es importante que todos los días estimulen el cerebro en la medida que puedan, leyendo o escuchando noticias que puedan entender u otras actividades que sean de su interés. El cuidador debe estimularle a hacer lo que sepa, y si se bloquea, hay que darle pistas y referencias. Reforzarle de forma positiva cuando ha hecho algo correcto. Corregirle los errores con suavidad y tacto. No cansarle ni agobiarle.

En muchas ocasiones, cuando se le propone a un mayor que haga una actividad de ocio, este se opone con frases del tipo: "¡No tengo ganas!", "¡es muy difícil!", "yo ya no puedo", "esto para qué sirve"; en definitiva, son respuestas de apatía con las que la persona crea una "barrera" para no tener que enfrentarse a una actividad en la que teme fracasar o le exige un esfuerzo; quizás esté ahí la habilidad de un buen cuidador, ser capaz de involucrar al mayor en una actividad que, con ayuda, pueda ir comenzando y con la práctica encontrarle la gratificación. Por eso no se deben escoger actividades demasiado exigentes que sobrepasen las capacidades de la persona o proporcionar la ayuda necesaria para llevar a cabo la actividad.

Un aspecto relevante es la seguridad, es decir, el riesgo que existe al interactuar con los objetos de la tarea no significa que la actividad sea de riesgo en sí

misma, pero sí tiene riesgo el modo de hacerlo de la persona dependiente. El dolor es otra clave en la realización de cualquier actividad, el cuidador deberá estar muy pendiente de esto, también de si se produce fatiga.

Habrá que facilitar la actividad con un entorno adecuado que cuide de la postura del cuerpo, de la posición de los brazos y piernas con respecto a los utensilios, de la organización del espacio con relación a los objetos, para conseguir la máxima eficiencia con el mínimo esfuerzo y riesgo.

Todos sabemos que cada persona es un mundo, y esto se acentúa en los mayores, por eso es difícil dar pautas generales que valgan a todos. El cuidador de una persona mayor ha de conocer quién es la persona a la que cuida, qué le ha interesado en la vida, a qué se ha dedicado, como está viviendo esta etapa de la vida, qué le preocupa, qué espera de la vida y con qué personas queridas puede contar. Cuanto mejor conozca a la persona, más fácil será el trabajo con ella.

Cuidar a un mayor es un trabajo encomiable con el que se pueden aprender aspectos muy valiosos para aplicar a nuestra propia vida. Al fin y al cabo el mayor ha llegado a mayor.

80

Comunicación interpersonal

La necesidad de comunicarnos es primordial, inherente al ser humano y fuente de salud. Los mayores que gozan de una adecuada interacción social, que se comunican sin problemas tanto en la expresión como en la recepción de información, disfrutan de mayor calidad de vida y responden mejor a las atenciones sociosanitarias.

Con frecuencia observamos en algunas personas (profesionales o no) que emplean un lenguaje "especial" cuando hablan a los mayores, parecido al que se emplea con los niños, esto en inglés se ha denominado "*elderspeak*" o habla para mayores, supone una simplificación de los mensajes, una entonación exagerada, volumen elevado, con un ritmo más lento, uso frecuente de diminutivos y con calificativos excesivamente protectores (mi vida, cielo, cariño...). Este tipo de habla se puede observar en distintos contextos, tanto en el ámbito familiar como en hospitales y residencias. Muchos mayores perciben este tipo de habla degradante, y puede influir en que el mayor se sienta con menor autoestima, triste, produciendo inhibición en sus interacciones sociales y aumentando su dependencia. Quien usa este tipo de comunicación se aleja de fomentar la independencia en las personas mayores.

En el otro extremo se encuentra el habla dirigente o autoritaria, en el que se usa un tono imperativo y seco, en este caso tampoco se reconoce la capacidad de autonomía de la persona mayor.

Un punto intermedio es el que se encuentra en el habla constructiva, que emplea un tono emocional constructivo, positivo, que equilibra la atención y el control, transmitiendo al oyente que es capaz de comprender el mensaje y de actuar independientemente.

Como normas generales se evitarán las palabras melosas y los diminutivos, el uso inadecuado del plural (por ejemplo: “nos vamos a poner la chaqueta”; utilizaremos mejor: “se va a poner la chaqueta”).

No se debe gritar a no ser que la persona tenga clara deficiencia auditiva. Si lleva audífonos, esto estará corregido. Una de las características de la pérdida auditiva asociada al envejecimiento es la mayor dificultad ante tonos de alta frecuencia, es decir, agudos.

Un adecuado entorno comunicativo estimula las capacidades cognitivas y funcionales de las personas mayores.

Al lenguaje verbal se le añade el gestual y corporal, no hay que olvidar la importancia de la comunicación no verbal. El contacto visual y el lenguaje corporal aumenta el compromiso de la interacción y fortalecen el mensaje que desea transmitirse, además da coherencia entre lo que se dice y cómo se dice (tono, contacto visual, postura, etc.); aumenta la sensación de autenticidad de la relación. Para lograr una comunicación efectiva hay que complementar el lenguaje verbal con el no verbal.

Las personas mayores con deterioro cognitivo suelen tener problemas con la comunicación verbal.

¿Cómo comunicarnos con una persona con deterioro cognitivo/demencia?

- Es importante que participe en las conversaciones.
- Introducir temas de conversación interesantes y motivadores.
- Fomentar las conversaciones con temas como: contar historias, cantar, ver fotos, hablar del pasado, de la infancia, del trabajo, noticias del día, acontecimientos sociales...
- Alentar las relaciones con los demás.
- Es preferible indagar lo que quiere decir que ignorarlo, ayudarle a que encuentre la palabra precisa.
- Evitar el ruido.
- Repetir siempre que sea necesario.

II. Perfil y competencias de un cuidador

- Utilice frases cortas e ideas simples.
- Dar más tiempo del normal para contestar.
- Hablar despacio y de forma afectuosa.
- Repetir las últimas palabras ante la interrupción de un discurso.
- Acompañar siempre con la comunicación no verbal: siempre mirarle a los ojos, hacer gestos para aclarar las explicaciones, acompañar con contactos afectuosos, entender su tono de voz.
- Utilizar el contacto visual y el táctil para mantener la atención.
- Atender a cualquier demanda con muestras de interés.
- Nunca expresar agobio o inquietud.

82

Ante las situaciones conflictivas

Pueden surgir algunas situaciones conflictivas que produzcan reacciones desmesuradas (irritabilidad excesiva, inquietud, agresión, llanto); ante estas situaciones debe:

- No tomar su conducta o actitud como una acción personal contra usted (no es voluntario y sucede a consecuencia de sus dificultades de pensamiento).
- Buscar la causa que las desencadena.
- Cortar la situación abrazándole (si viene al caso) y calmándole para facilitar que olvide el motivo del enfado.
- Intentar distraerle con otra cosa o pasar a otra actividad.
- Abandonar todo razonamiento lógico, ya que no sirve de nada explicarle que está equivocado.
- Observar en qué situaciones se produce más frustración e intentar evitarlas.
- Ante la falta de cooperación, reflexionar sobre cuál es la causa por la que no quiere cooperar.

Recomendaciones generales

- La actitud ha de ser de continuo estímulo, animándole para que siga utilizando sus capacidades. Hay que tratarle con afecto y cariño. No le exija más

de lo que puede hacer ni le exponga a fracasos, ya que al ser consciente de sus dificultades se puede deprimir.

- Si la persona tiene dificultades con su memoria, puede acarrear problemas en sus relaciones diarias. Si admite que tiene dificultad para recordar, puede encontrar alivio hablando de lo que le ocurre. Es importante escucharle y comprender lo que le está sucediendo.
- Su trastorno no es voluntario, así que no interprete como algo personal los problemas que surjan. Intente no discutir.
- Evite los enfrentamientos. Los malos gestos, gritos, acciones violentas, brusquedad, etc., disminuyen el rendimiento y empeoran las relaciones. En algunos casos es importante desviar la atención hacia otra cosa (algo que le guste), ya que no siempre se puede intentar razonar.
- Conviene reforzar lo positivo de forma llamativa, resaltando los logros y las acciones bien realizadas. Evite hacer comentarios negativos delante de él y corríjale con tacto.
- La inactividad es uno de los grandes problemas, conviene evitarla.
- Fomentar el sentido del humor. No dramatizar ni tomarse las cosas a la tremenda. Se puede quitar importancia (desdramatizar) los olvidos, lapsus o equivocaciones.
- Recuerde hablarle de lo que se está haciendo (por ejemplo: estamos yendo a la compra, estamos en la calle, nos bajamos del metro, hoy es domingo...).

Movilidad en la comunidad

El concepto del envejecimiento activo y productivo supone una serie de deberes o responsabilidades individuales y sociales, y el ejercicio de derechos para no ser excluido del entorno de la toma de decisiones.

A nivel individual es tener la certeza de que la vida no consiste solo en sobrevivir. Hay diferentes factores que permiten, o dificultan, que la experiencia de la vejez sea significativa. La participación social y la satisfacción consigo mismo son claves. Esto debe de ir acompañado del reconocimiento y valoración de la contribución que hacen las personas mayores, tanto en el ámbito familiar como comunitario y social. Las instituciones deben ofrecerles las oportunidades de contribuir y participar activamente. De lo contrario, muchas sentirán que sus habilidades y conocimientos están siendo despilfarradas por quienes les rodean y por la sociedad en general.

Una perspectiva integradora del medio, tanto en las áreas urbanas como rurales, requiere identificar las necesidades de las personas mayores, su ubicación y trayectorias de desplazamiento, de manera que los servicios públicos de los que son usuarios estén a su alcance.

Dentro de las rutinas de la persona mayor dependiente debe estar el salir a la calle todos los días; en el caso de las personas con deterioro cognitivo/demencia, es preferible realizar esto siempre a la misma hora.

La movilidad funcional en la comunidad engloba desde cruzar un paso de peatones, utilizar el transporte público o conducir un automóvil. Asumir por parte del mayor que debe dejar de conducir es un aspecto muy complicado, sobre todo en las personas con deterioro cognitivo, debido a que no reconocen su situación de incapacidad.

84

Coche privado

Algunas personas mayores dependientes pueden resolver los desplazamientos con su coche privado, siempre que esté adaptado a sus necesidades.

Hoy en día existen recursos técnicos que permiten adaptar todo tipo de vehículos a cualquier carencia funcional de la persona. En función de su gravedad, podrá ir acondicionándose el vehículo para que la persona en situación de dependencia conduzca su propio vehículo o viaje como pasajero.

En ambos casos podrá viajar en un asiento normal, especial o en su propia silla de ruedas, y siempre con la máxima comodidad y seguridad.

En el mercado español existen vehículos estándares y adaptados y talleres mecánicos especializados en la transformación de vehículos.

Autobús urbano

El autobús es un medio de transporte alternativo al coche privado también para mayores dependientes, en la actualidad muchos de los autobuses urbanos de los municipios están adaptados. Es necesario enterarse sobre las líneas que cuentan con este servicio.

Se trata de autobuses de piso bajo que tienen una rampa en una de las puertas para facilitar la subida y bajada de la persona usuaria de la silla de ruedas. En el interior del vehículo hay un espacio habilitado con respaldo para que viaje en sentido contrario a la marcha y, a veces, se complementa con cinturón de seguridad.

Paulatinamente se están incorporando medidas para ayudar a las personas con limitación visual o auditiva tanto en las paradas como en el interior de los vehículos.

CÓMO EVITAR PEQUEÑOS ACCIDENTES. CONSEJOS PARA EL CUIDADOR FAMILIAR

Para evitar pequeños accidentes durante la subida y bajada de la rampa se recomienda:

- Llamar la atención del conductor desde la parada, para que aproxime el autobús al andén o acera postiza.
- Asegurar la subida al autobús por la rampa para evitar que la silla vuelque.
- Según el nivel de la persona dependiente, a veces conviene descender del autobús de espaldas.
- Cuando los reposapiés estén bajos, vigilar que la silla no se quede clavada en la calzada al terminar el descenso.

Metro

La información previa de las características de accesibilidad puede realizarse mediante consulta en las puertas de acceso, en folletos informativos o en la página web de las entidades.

MEDIDAS GENERALES PARA VIAJAR EN METRO

- Las puertas extremas de los trenes y tranvías se adecuan con las mejores condiciones de accesibilidad para entrar y salir.
- Dentro del tren en un lugar inmediato a estas puertas, se acondiciona un espacio multiusos para que pueda viajar una persona con silla de ruedas, con respaldo y cinturón de seguridad, de espaldas o de frente al sentido de la marcha y con unas condiciones mínimas de seguridad.

Eurotaxi

La alternativa al taxi para las personas usuarias de sillas de ruedas es el llamado eurotaxi, un vehículo que incorpora unas medidas de accesibilidad y seguridad óptimas, sin que sea necesario que el usuario abandone la silla de ruedas.

Este servicio está disponible, cada vez en mayor número, en todas las dotaciones de taxis de nuestras ciudades. Es importante solicitar telefónicamente el servicio con antelación.

Para que el viaje se desarrolle con seguridad se recomienda:

- Asegurar bien el anclaje de la silla.
- Supervisar que el ocupante lleva colocados los cinturones de seguridad: con mayor cuidado cuanto mayor sea su discapacidad física.

Transporte especial

Para las personas que no pueden utilizar los transportes públicos adaptados debido a la gravedad de su limitación, existen servicios de transporte especial.

Se trata de vehículos totalmente adaptados para responder a todo tipo de necesidades. Operan generalmente a demanda, con carácter fijo o esporádico y puede ser individual o bien apto para grupos.

Este servicio suele prestarse desde la puerta del lugar de origen hasta el destino; cuenta con personal de servicio encargado de acompañar a los viajeros durante el desplazamiento y de realizar todas las operaciones físicas de ayuda que estos necesiten (subir y bajar del vehículo, anclar la silla de ruedas y colocar los cinturones de seguridad).

Consulte las páginas web del ayuntamiento de la ciudad de residencia o de los servicios de atención al ciudadano del mismo. Busque a través de la red Internet los transportes adaptados de su zona.

Tren

Es importante enterarse de las condiciones de accesibilidad de las estaciones y trenes en el origen y destino del viaje que desea realizarse y de los servicios de asistencia de los que puede disfrutar. En general, todas las compañías ferroviarias tienen un régimen de tarifas en beneficio de viajeros con alguna discapacidad.

Avión

En el caso de optar por el transporte aéreo, es necesario tener en cuenta que este sigue una normativa mundial con severas normas de seguridad, por lo que es importante conocer dichas condiciones previamente.

- Antes de comprar el billete es indispensable informarse correctamente de las normas de la compañía con la que se va a viajar, tanto de las medidas de asistencia disponibles a solicitud de los viajeros como de las derivadas de la seguridad a bordo, ya que pueden dificultar la aceptación del viajero.
- El transporte aéreo es controlado por AENA bajo la responsabilidad de la Dirección General de Aviación Civil.

Autocar

Es importante informarse acerca de las condiciones de accesibilidad, dado que no todas las unidades están adaptadas.

Actualmente, la Dirección General de Transporte por Carretera está llevando a cabo una importante iniciativa para aumentar la accesibilidad en las estaciones, en los vehículos de trayecto de largo recorrido y mejorar la asistencia.

Para los viajes en grupo de personas con limitaciones en su movilidad o comunicación, existen empresas que ofrecen servicio discrecional. Estas empresas cuentan con vehículos bien adaptados, personal cualificado y cubren por toda España los viajes demandados.

CONSEJOS PARA VIAJAR EN AUTOCAR

- La situación más peligrosa es el embarque y desembarque. En estos casos, tanto la compañía como el acompañante deben prestar una asistencia física más atenta.
- Antes de decidir un viaje en este medio de transporte, se recomienda obtener la mayor información posible de los medios de accesibilidad y asistencia de los que dispone cada compañía.

Uso de las nuevas tecnologías en el hogar

Cuando el concepto de accesibilidad integral se aplica al hogar, surge de forma natural el concepto de "hogar funcional" como entorno más próximo a la persona en situación de dependencia, que contribuye, por la distribución y configuración adecuada de espacios y elementos, a mejorar los niveles de independencia.

La domótica podría definirse como el conjunto de servicios proporcionados por sistemas tecnológicos e informáticos integrados, bien en nuestras casas u otros lugares (oficinas, hoteles, jardines, etc.), que ayudan en las tareas diarias mejorando la calidad de vida.

Las funciones asignadas a un sistema domótico están relacionadas con el incremento del confort, la seguridad, el ahorro energético y las comunicaciones.

Cuando el acento se pone en las posibilidades de comunicación externa (acceso a Internet, videoconferencia, comercio electrónico, etc.) de la vivienda y en la incorporación de servicios externos (teleasistencia, ocio, telemedicina, vídeo bajo demanda, etc.) gestionados por el sistema, se utiliza el término de “hogar digital”.

Las funciones que cubre la domótica son:

- Control automático de persianas, puertas y luces.
- Aumento de la seguridad, mediante detectores de gas y fuego, detector de intrusos, etc.
- Gestión del consumo energético, combinando el correcto uso de la calefacción o el aire acondicionado con gestión de luces y persianas para conseguir una temperatura y una iluminación óptima del hogar.
- Facilitación de la comunicación y la interacción social, mediante teléfonos inalámbricos, videollamada, acceso a Internet, videoportero, etc.
- Mayor entretenimiento y comodidad permitiendo al usuario controlar los distintos dispositivos (TV, DVD, ordenador, etc.) de forma sencilla. Al mismo tiempo, debe ofrecer una amplia variedad de contenidos audiovisuales, como vídeo bajo demanda (VOD), así como diversos espacios de ocio.

Es cierto que las personas mayores actuales no suelen ser usuarias de este tipo de tecnología, tienen un rechazo tecnológico motivado por el miedo a lo desconocido, por la complejidad que les supone, sentimiento de inseguridad y pérdida de control, y la sensación de precio elevado.

La incorporación de sistemas domóticos, si se realiza de forma adecuada, puede potenciar la vida independiente de las personas mayores y de las personas con discapacidad, facilitando las tareas de los familiares y cuidadores. Cabe destacar en este sentido dos funciones: las destinadas a aumentar la seguridad y las destinadas a mejorar la autonomía personal mediante la facilitación del manejo de los diversos componentes del hogar. El grado de automatización del hogar puede ser más o menos complejo en función de las necesidades y actividades que deseen cubrirse, desde poner un dispositivo que detecte escapes de gas hasta un sistema que permita abrir la puerta de la casa desde la cama, o un sistema que detecte una caída y lance una llamada automática a un servicio de teleasistencia.

Bibliografía

- Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA, et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2.ª edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [-fecha de la consulta-]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
- Corregidor Sánchez A. Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología. Madrid: Ergón. Soc Esp Geri y Geron 2010.
- Nuevas Miradas Sobre el Envejecimiento. Colección Manuales y Guías. Serie Personas Mayores, n.º 31005.
- Un cuidador. Dos vidas. Programa de atención a la dependencia. Apoyo al cuidador familiar. Generalitat Valenciana. Conselleria de Bienestar Social. Obra Social Fundación La Caixa. 2008. Barcelona.
- Vive el envejecimiento activo. Memoria y otros retos cotidianos. La Caixa. 2010. Barcelona.
- Willard and Spackman. Terapia Ocupacional, 11.ª edición. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2009.

Habilidades, competencias y planificación de la actividad del cuidador

Manuel Nevado Rey

Perfil y competencias de un cuidador

Introducción

La mayoría de los estudios que se han realizado en relación a la familia y el envejecimiento indican que casi la mitad de la población anciana considera que la familia, especialmente los hijos, constituyen la principal fuente de ayuda. La familia es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de los ancianos que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal. Es importante que los familiares conozcan cuál es su papel en el cuidado de sus mayores, pues las dificultades con las que se pueden encontrar son, a veces, complicadas y originan estrés, conflictos, etc.

La familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socioafectivas, ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, y ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social.

Tipos de cuidadores

El cuidador principal es aquella persona dentro de la familia que asume la mayor responsabilidad en el cuidado del enfermo.

Cuando la enfermedad llega a la vida familiar, alguien dentro de la misma tiene que comenzar a cuidar del enfermo, a tomar las primeras decisiones y, por lo tanto, a ir metiéndose poco a poco en esta patología.

Atendiendo a si en el momento de la enfermedad están o no conviviendo con el enfermo, se establecen dos categorías de cuidadores:

- 1. Cuidadores tradicionales:** son aquellos que están conviviendo con el enfermo cuando esta patología da sus primeros pasos, comienzan a cuidar

II. Perfil y competencias de un cuidador

prácticamente sin darse cuenta. Estos cuidadores normalmente suelen ser los cónyuges o los hijos que están conviviendo en el domicilio del enfermo.

2. Cuidadores modernos: son los que asumirían el papel de cuidador cuando el enfermo comienza a necesitar de ayuda para la realización de actividades de la vida diaria. Viven fuera del domicilio del enfermo. Estos cuidadores se dan principalmente cuando uno de los cónyuges ha muerto y, por lo tanto, alguien tiene que decidir tomar las riendas de la situación.

En función del parentesco también se pueden observar diferencias muy importantes a la hora de analizar la problemática del cuidador, dado que las reacciones son totalmente distintas cuando el que cuida es el cónyuge o es el hijo/a.

92

Cuando el cuidador principal es hijo: percibe la situación de cuidado como una consecuencia más en la vida y trata de adaptarse a esta enfermedad. Intenta mantener los contactos sociales, su propia familia y tiene más válvulas de escape que cuando el cuidador principal es el cónyuge. Sin embargo, también puede presentar otros problemas, como por ejemplo:

- **Los celos de la pareja:** la enfermedad absorbe tanto al cuidador que a menudo este no concede a su pareja el tiempo que se merece. Ante esta tesitura, la relación familiar se deteriora.
- **Problemas con los hermanos:** a medida que la enfermedad avanza uno de los miembros de la familia o a lo sumo dos son los responsables del cuidado del enfermo, el resto ayuda poco o nada, con lo cual los conflictos familiares aumentan.
- **Rendimiento laboral:** cuando el cuidador es el hijo/a, en la mayoría de los casos trabaja fuera del domicilio familiar, teniendo que reducir en un porcentaje en torno al 25% la jornada laboral para poder atender al familiar enfermo. En los casos en que no se lleva a cabo esa reducción, se observa una importante bajada en el rendimiento laboral por parte de cuidador, como consecuencia de la fatiga y del estrés.

Cuando el cuidador es el cónyuge: los principales problemas con los que se encuentra son los siguientes:

- **Soledad:** en muchos casos las actividades de ocio, las amistades y el tiempo libre eran realizados de manera conjunta con la pareja. Ahora, al estar uno de los dos enfermos de Alzheimer, la parte sana de la pareja no concibe el ocio sin él/ella, lo cual conlleva un aumento de la soledad.

- **Sentimientos contrarios:** de amor y de odio; a veces la familia desearía que el enfermo no despertara y todo terminara de esa manera y otras veces la enfermedad hace que se sienta un amor desmedido por esa persona.
- **Vergüenza:** el enfermo puede perder la conducta social aceptable (por ejemplo, los modales en la mesa), por lo tanto, algunas familias llegan a avergonzarse de la conducta del paciente.

Perfil de los cuidadores

Por lo general, de los miembros de una familia es solo uno el que se encarga de los cuidados del enfermo. Según datos del IMSERSO en 1995, de los enfermos no institucionalizados.

- El 43,5% son cuidados por hijas.
- El 21,7% por los propios cónyuges.
- El 7,5% por las nueras.

Este perfil no ha variado mucho en los últimos años y, por lo tanto, el perfil típico es el siguiente: hija, todavía joven con una edad de entre 40 o 50 años, casada, con hijos y trabajando fuera del domicilio familiar. No tendría ninguna formación específica en el cuidado de personas mayores dependientes, no son remunerados de ninguna manera y poseerían una jornada de trabajo sin límites establecidos.

Precisamente estos límites son difíciles de delimitar; en un estudio realizado sobre cuidadores en el Reino Unido en 1998, se llegó a la conclusión de que aproximadamente un 80% de los participantes pensaba antes en el enfermo que en sí mismo, un 60% afirmaba que no sabía cómo relacionarse con el enfermo y un 52% se sentía culpable por tomarse tiempo libre y dejar en manos de otro el cuidado del enfermo.

El cuidar de un enfermo de Alzheimer es una labor dura y complicada que inevitablemente va a tener sobre el familiar cuidador una serie de repercusiones físicas y psicológicas, tales como:

- **Alteración de las relaciones familiares:** la enfermedad de Alzheimer destruye a muchas familias, sobre todo cuando es una sola persona la encargada del cuidado del enfermo y el resto de la familia se desentiende. Esto conlleva continuas sensaciones contradictorias, sobre todo cuando previamente existían buenas relaciones previas.

II. Perfil y competencias de un cuidador

- **Cambio de roles:** difícil de asumir que tu esposo, padre, madre... no pueda ejercer el rol desarrollado a lo largo de su trayectoria vital y que a partir de ahora le toca al cuidador realizarlo.
- **Disminución del rendimiento laboral:** son muchas las cuidadoras hijas que dejan de trabajar para poder hacerse cargo del cuidado del enfermo. Pero todavía son más las que tienen que reducir la jornada laboral o renunciar a responsabilidades mayores o a nuevos retos laborales por tener que cuidar de una persona en situación de discapacidad.
- **Disminución de la capacidad económica:** el cuidar de un enfermo de Alzheimer supone una sobrecarga económica que no todas las familias pueden asumir: medicación, alimentos complementarios, ayuda a domicilio, centros de día, residencias... Según fuentes de la Conferencia Europea sobre Alzheimer y Salud Pública, el enfermo medio viene a suponer a las familias una media de 565 € mensuales de costes directos de la enfermedad y otros 2.500 € más de costes indirectos.
- **Alteraciones físicas y psicológicas:** ansiedad, depresión, estrés... son alteraciones que los cuidadores de enfermos de Alzheimer padecen en múltiples ocasiones. Las consecuencias de un cuidado sin medida, de querer llegar a todas y cada una de las demandas solicitadas por el enfermo, conlleva una fatiga constante del cuidador y una cada vez más maltrecha salud, y pudiendo llegar a desarrollar trastornos psicofisiológicos, como psoriasis, úlceras, hipertensión o trastornos musculares. Algunas de las repercusiones físicas pueden ser tan dispares como las que observó un grupo de investigadores en un estudio realizado en 1996 en Wisconsin. Estos pusieron de manifiesto que las defensas inmunológicas, tales como el número de glóbulos blancos, estaban claramente disminuidas en los cuidadores de enfermos de Alzheimer con respecto a otras personas de su misma edad y condición social, pero que a diferencia de ellos no tenían ningún enfermo de Alzheimer al que cuidar.

Áreas de sobrecarga del cuidador principal

La sobrecarga en los cuidadores es uno de los aspectos más importantes a la hora de intentar prevenir posibles alteraciones del estado de ánimo de los mismos. A veces el cuidador se va sobrecargando sin darse cuenta, poco a poco, a medida que va asumiendo más responsabilidades de cuidado y menos responsabilidades personales.

El psicólogo Flórez Lozano (2000) establece cuatro áreas de sobrecarga en los cuidadores de pacientes con demencia:

- **Dependencia afectiva:** a medida que el enfermo comienza a demandar atención y ayuda, el cuidador comienza a desarrollar una dependencia afectiva con respecto al enfermo: “nadie puede cuidarle como yo”, “depende de mí para todo”. Con estas autoafirmaciones el cuidador comienza a meterse en un círculo vicioso, del cual le resulta muy difícil salir, y que con el paso del tiempo va a ser una fuente de estrés muy importante que va a limitarle en otras áreas de su vida. En definitiva, a veces va a resultar difícil de saber quién necesita más a quién, si el enfermo al cuidador o el cuidador al enfermo. Fruto además de esta dependencia viene la segunda área de sobrecarga: el aislamiento social.
- **Aislamiento social:** los contactos sociales disminuyen desde que comienza la enfermedad. En un principio es el enfermo quien se niega a salir, debido sobre todo a sus múltiples fallos cognitivos, y poco a poco va intentando que el cuidador se encierre con él. El cuidador acepta este hecho y se encierra con el enfermo. Poco a poco sus amistades, aficiones, e incluso su propia vida laboral se van quedando a un lado, aumentando los sentimientos de soledad, abandono y falta de ayuda, y comenzando a generar el definido como tercer área de sobrecarga: las discusiones familiares.
- **Problemas familiares:** en el punto anterior se nombraron algunas diferencias entre cuidador hijo o cuidador cónyuge. En ambos casos existe una similitud: la sensación de incompreensión de todas las personas que le rodean, incluidos sus propios familiares, hermanos, hijos, esposos... Como consecuencia del cuidado los problemas familiares aumentan, sobre todo a medida que la enfermedad sigue su paso lento hacia fases más avanzadas. Es entonces cuando la falta de ayuda es más percibida, entre otros aspectos porque con el desarrollo de la enfermedad surge la cuarta área de sobrecarga: las alteraciones de conducta, con su consecuente descenso de descanso y autocuidado.
- **Alteraciones de conducta:** la enfermedad avanza y con ella las alteraciones de conducta, vagabundeo, obsesiones, alucinaciones, delirios, agresividad, agitación, despertares nocturnos... Todas estas alteraciones producen en el cuidador una disminución de su descanso, tiene que estar prácticamente las 24 horas del día pendiente del enfermo. Con este ritmo llega un momento en el que el cuidador no puede más, en el cual sus defensas disminuyen y el estrés y otras alteraciones psicológicas comienzan a aparecer.

Razones por las cuales se decide cuidar de un enfermo de Alzheimer

“Es mi obligación”, “es mi madre”, “ella hubiera hecho lo mismo por mí”, “porque le quiero”, son algunas de las frases más características enunciadas

II. Perfil y competencias de un cuidador

por cuidadores de enfermos de Alzheimer a la hora de responder a la pregunta ¿por qué cuidas de tu familiar?

Es una pregunta muy importante que tenemos que hacernos, teniendo en cuenta que todos los motivos son válidos y que no podemos engañarnos a nosotros mismos.

Algunos de estos motivos serían los siguientes:

- 1. Motivación altruista:** serían aquellas personas que deciden cuidar de su familiar por amor y por cariño, son personas que han tenido buenas relaciones previas con la persona afectada por esta patología.
- 2. Por reciprocidad:** son aquellos cuidadores que deciden cuidar al enfermo porque tienen la plena certeza de que hubieran sido cuidados por ellos en caso contrario.
- 3. Por gratitud:** existe un agradecimiento vital, dado que ha existido una relación previa muy buena y notan que deben de agradecerse, y ahora que están enfermos es el momento de hacerlo.
- 4. Por sentimiento de culpa:** sentimientos muy contradictorios los vividos por las personas que cuidan al enfermo con sentimiento de culpa, debido a que en el pasado se comportaron de manera inadecuada con el enfermo.
- 5. Para evitar la censura:** manteniendo la deseabilidad social por parte de otros miembros de la familia o por la comunidad que le rodea. De esta manera obtienen un importante refuerzo social.
- 6. Por obligación:** moral, económica o por que no queda más remedio; en estos casos suele haber habido una mala relación previa que ahora crea un conflicto interno importante sobre si tengo o no que cuidarlo.

Síndrome del cuidador

La enfermedad de Alzheimer es muy larga, y a lo largo de todo el proceso el familiar encargado de los cuidados se ve sometido a mucha presión y a un fuerte abandono personal que le lleva a desarrollar el denominado síndrome del cuidador.

El síndrome del cuidador consta de tres fases o etapas:

- 1. Fase de estrés laboral:** el cuidador vive sin tiempo, vive por y para el enfermo, tratando de demostrarse a sí mismo que puede con todo.

Desarrolla un cansancio físico que equivale a un descenso en la calidad de cuidado. En esta etapa a veces desdeña las ofertas de ayuda de otros familiares porque considera que no necesita ayuda.

2. Fase de estrés afectivo: las primeras consecuencias del cuidado continuado comienzan a hacerse patente en esta etapa. Viene derivada por la sensación de carencia de afecto, de incompreensión y de falta de apoyo de las personas que lo rodean. Para ellos nadie reconoce que está haciendo bien la labor de cuidado, generando una impotencia que puede acabar pagando con el enfermo de Alzheimer, a través de cambios de humor, irritabilidad o dificultad en la toma de decisiones.

3. Fase de inadecuación personal: el cuidador comienza a sentir las consecuencias psicológicas y físicas de un tipo de actuación desmedida y sin ayuda: están constantemente fatigados, puede aparecer insomnio, cefaleas tensionales, crisis de ansiedad y trastornos del estado de ánimo.

4. Fase de vacío personal: esta fase aparecerá en aquellos familiares ante la carencia física del enfermo, bien cuando este haya fallecido, bien cuando haya ingresado en una residencia. A partir de este momento el individuo tiene que volver a aprender a vivir, rellenando todo el espacio de vida que antes era ocupado por el enfermo.

Principales problemas psicológicos del cuidador de enfermo de Alzheimer

Los cuidadores de enfermos de Alzheimer son uno de los grupos más proclives a padecer alteraciones psicológicas.

Podrían definirse la ansiedad y la depresión como los principales problemas psicopatológicos con los cuales tiene que enfrentarse el cuidador de enfermo de Alzheimer. Pero qué son y cómo podemos identificarlas.

Ansiedad

La ansiedad es un conjunto de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras que da toda persona como respuesta a una situación determinada. Ante una situación tensa, desagradable o angustiante se produce una situación de activación de todo el organismo, el corazón empieza a bombear sangre de forma más rápida, el cerebro comienza a generar pensamientos catastróficos, dando vueltas a los problemas sin encontrar la solución adecuada. Al mismo tiempo quizá nos estemos moviendo de un lado para otro, sin sentido, o estemos fumando sin parar.

II. Perfil y competencias de un cuidador

A todo este conjunto de respuestas se le denomina estado de ansiedad. Normalmente la ansiedad es útil, pues gracias a ella podemos actuar y relacionarnos con el medio. Pero cuando esta activación se prolonga en el tiempo, produciendo una sobrecarga al organismo, o cuando no es necesaria para resolver una situación, se genera entonces trastorno por ansiedad.

Las respuestas de ansiedad son respuestas aprendidas que el organismo piensa (cognitivo), hace (motor) o siente (fisiológico).

- **Respuestas fisiológicas:** son aquellas sensaciones que surgen en nuestro organismo ante una situación estresante. Suelen aparecer de manera automática y producen una fuerte sensación de malestar, como las taquicardias, el nudo en el estómago, la sudoración...
- **Respuestas cognitivas:** son todas aquellas ideas o pensamientos que genera la situación y que se disparan en el cerebro de manera automática; no valgo para nada, soy un inútil, porque me ha pasado esto a mí...
- **Respuestas motoras:** son las acciones que se realizan con el fin de controlar la situación y que hacen que aparentemente todo vuelva a la normalidad; sin embargo, este tipo de respuesta de ansiedad puede llegar a desarrollar problemas mayores, como por ejemplo, fumar demasiado, comerse las uñas, beber en exceso, comer, o dar vueltas sin sentido en la cama tratando de buscar la postura adecuada.

En la enfermedad de Alzheimer la ansiedad está presente en todos los momentos del proceso degenerativo, creando un círculo vicioso en el cual los tres tipos de respuestas se solapan y se generalizan, sobre todo los efectos negativos de la conducta.

La generalización se produce cuando se responde igual ante distintas situaciones: "estoy todo el día nervioso", "¡no sé qué me pasa!". En el cuidador de enfermo de Alzheimer la sensación de ansiedad que se tiene cuando se está cerca del enfermo se generaliza a otros campos de su vida, como el trabajo o sus relaciones personales, respondiendo igual ante su familiar enfermo que ante un amigo o un vecino. Si esta activación se mantiene durante mucho tiempo, se generarían fuertes crisis de ansiedad o pánico que pueden dar lugar incluso a la aparición de infartos al corazón o fuertes subidas de la hipertensión.

Depresión

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más frecuentes en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud, su prevalencia alcanza

el 4% en la población general. En los países desarrollados se estima que un 10-20% de la población llega a presentar estados depresivos en alguna época de su vida.

Surge como consecuencia de una serie de acontecimientos que son percibidos como negativos por parte de quien la sufre y que se mezclan con una pérdida de la motivación y de la esperanza que influye en todos los aspectos de la vida. Los síntomas que distinguen a la depresión son la tristeza, la apatía y la incapacidad para encontrar satisfacciones.

Para que haya depresión establecida debe de haber al menos durante un periodo de 2 semanas uno de estos síntomas y que además interfieran en su vida diaria:

- Estado de ánimo deprimido.
- Pérdida del interés y de la capacidad para el placer.

Y cinco de los siguientes:

- Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día.
- Pérdida de interés y placer en todas o casi todas las actividades habituales.
- Aumento o pérdida significativa de peso.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga.
- Sentimientos irracionales de culpa, ruina personal...
- Dificultad en la atención y pensamiento.
- Dificultad en la toma de decisiones.
- Ideas de muerte.

DISTORSIONES COGNITIVAS EN LA DEPRESIÓN

Cuando un cuidador entra en una depresión, la sintomatología y las consecuencias de esta sobre la conducta es la que impedirá ver e interpretar las situaciones como son, es decir, la depresión va a producir en los familiares de enfermos de Alzheimer lo que Beck definió como distorsión cognitiva. Es

II. Perfil y competencias de un cuidador

importante a la hora de trabajar con cuidadores en estado de depresión que identifiquen y asuman cuáles de estas distorsiones se producen con mayor frecuencia en su cerebro. Las más frecuentes son:

- **Pensamientos dicotómicos (sí/no, todo/nada):** es la tendencia a evaluar sus cualidades o situaciones en categorías extremas, o es blanco o es negro. “Todo me tiene que pasar a mí”, “no valgo para nada”. La persona con depresión tiene miedo a cometer un error o imperfección porque se va a considerar un absoluto fracasado.

Esta manera de evaluar la realidad no es realista, pues la vida rara vez es blanca o negra, nadie es absolutamente brillante ni absolutamente tonto, lo que de verdad ocurre es que sus percepciones no se ajustan a la realidad. El cuidador observa la situación de la enfermedad de Alzheimer y dicotomiza, pasa de unos sentimientos a otros totalmente contrarios dependiendo, de la situación, de ahí que los sentimientos de amor y de odio sean tan cotidianos entre los cuidadores de enfermos de Alzheimer.

- **Generalización excesiva o sobregeneralización:** el depresivo generalizará las consecuencias negativas de su conducta. Si un cuidador de enfermo de Alzheimer llama un día a un amigo y este le dice que no puede quedar, evita llamar a otro conocido por que generaliza: “todos los amigos me rechazan porque tengo a mi padre con Alzheimer”.
- **Abstracción selectiva:** la abstracción selectiva se produce cuando ante una situación solamente se percibe aquello negativo. Por ejemplo: cuidador de enfermo de Alzheimer que decide dedicarse un día a él mismo y salir a dar una vuelta. Al llegar a casa el familiar esta fuera de sí, agitado, desorientado y le pregunta una y mil veces dónde ha ido; la abstracción selectiva que realiza la persona depresiva es “no vuelvo a salir porque cuando vuelvo a casa al enfermo no hay quien lo soporte”. Ahí está el error, de repente el cuidador olvida lo bien que se lo ha pasado toda la tarde en ese momento de ocio, y solamente recuerda el momento en el cual ha llegado a casa y se ha encontrado con la reacción catastrófica del enfermo.
- **Descalificaciones de lo positivo:** tienden a minusvalorar las acciones positivas de su conducta, achacándolas de forma ajena a ellos, de esta manera si, por ejemplo, un cuidador de enfermo de Alzheimer acude al especialista y este le dice que su madre está bien cuidada, su respuesta será similar a esta: “bueno, tampoco es para tanto, hago lo que cualquier hijo/a”.

- **Inferencia arbitraria:** la persona con depresión se atribuye todo el mal que pasa alrededor suyo, llegando a generar sentimientos de culpa que causan todavía un malestar aún mayor. El enfermo se cae sin que estén delante, pensamiento automático: "se ha caído porque no estaba presente; si hubiera estado, esto no habría pasado".
- **Magnificación-minimización:** se magnifican los momentos malos, las reacciones adversas y se minimizan los aspectos positivos. Es como si los cuidadores tendentes a la depresión estuvieran agazapados esperando que algo malo ocurra para autoafirmarse en sus apreciaciones.
- **Razonamiento emocional:** no piensan de forma racional y objetiva. El cuidador se deja llevar por la emocionalidad del momento, no se para a pensar en las consecuencias que su conducta o su pensamiento va a tener sobre sí mismo o sobre quienes le rodean. De tal manera que es difícil que puedan apreciar de forma adecuada para el momento adecuado.
- **Etiquetación errónea:** "soy un desgraciado", "no valgo para nada". Con este tipo de etiquetas se autodenominan las personas con predisposición a la depresión cuando algo no sale como esperaban que saliera.

Trabajo con la familia: pautas generales

La enfermedad de Alzheimer puede llegar a desestructurar por completo al núcleo familiar; familias que hasta que llega el momento de enfrentarse a esta patología habían funcionado bien, llegado este momento se rompen por completo saliendo a flote la figura de cuidador principal único y, como mucho, con las ayudas puntuales de otras personas cercanas a ella.

Por lo tanto, hay que tener en cuenta una serie de aspectos importantes para que el afrontamiento a la enfermedad sea el adecuado:

1. Explicar de la manera adecuada qué es y en qué consiste la enfermedad de Alzheimer: desmitificar es fundamental. La información debe de ser veraz y realista, adaptada al momento actual. En este apartado son fundamentales las asociaciones de familiares.
2. Extremar la delicadeza a la hora de transmitir las noticias. A lo largo de la enfermedad el cuidador se va a enfrentar a momentos muy tensos y cambiantes; cuando se están acostumbrando a una etapa de la enfermedad, esta avanza e inmediatamente se tienen que volver a readaptar. Por todo ello es muy importante el tener delicadeza a la hora de transmitir las noticias, con empatía y humanidad.

3. Transmitir una información veraz de las repercusiones que la enfermedad va a tener en sus vidas. No solo se tiene que informar sobre las repercusiones de la patología en el enfermo, sino a su vez en las repercusiones que esta tendrá sobre el núcleo familiar y directamente sobre el cuidador principal.
4. La información debe de ser lo suficientemente amplia para que la familia despeje sus dudas iniciales y lo suficientemente concisa para no agobiarla con vistas al futuro.
5. La enfermedad debe de ser explicada de una manera clara y concisa, se debe evitar meter tecnicismos que impidan la comunicación eficaz con la familia.
6. Se debe acudir inmediatamente a las asociaciones de familiares de cada zona: es en ellas donde se podrá orientar, informar y asesorar en la planificación de la enfermedad.
7. La familia tiene que aceptar que su ser querido padece una enfermedad neurodegenerativa y que por ese motivo va a ir dejando de ser la persona que era.
8. La familia debe aprender a tener paciencia ante los enfados del enfermo, debe aprender a respetar opiniones contrarias a la suya y debe dejarse apoyar por los demás cuando necesite ayuda.
9. No existen dos familias iguales, todas funcionan de manera distinta, y con los distintos miembros que la forman sucederá lo mismo, cada miembro adaptará un rol en la enfermedad y cuanto antes se aclaren estos roles mucho mejor para poder ir comenzando a planificar el día a día y el futuro inmediato.
10. Es muy importante conseguir involucrar desde el inicio a cuantas más personas mejor en el cuidado del enfermo. De este modo se evitará la figura del cuidador único o principal.

Programas

Los familiares de enfermos de Alzheimer necesitan mucha ayuda, y el primer paso para acceder a la ayuda es estar abiertos a recibirlas. A partir de aquí pueden comenzar a trabajar desde el punto de vista individual o grupal.

Las asociaciones de familiares son fundamentales para poder prestar esta asistencia psicosocial ausente en la mayoría de las administraciones públicas.

Terapias individuales

La atención individual de los cuidadores de enfermos de Alzheimer debe estar basada principalmente en dos corrientes, la humanista y la cognitiva conductual. La primera porque es importante empatizar y comprender la situación por la que está pasando. Es fundamental que el cuidador se sienta comprendido y escuchado, permitiendo de este modo que todos sus sentimientos y emociones salgan a la luz.

La segunda porque, por otro lado, siempre se tiene que perseguir el cambio de aquellos patrones del pensamiento y de la conducta que están interfiriendo en el mal afrontamiento del proceso degenerativo de la enfermedad, llevando al cuidador a una mala toma de decisiones que con el paso del tiempo puede desembocar en los trastornos vistos en el punto anterior.

Grupos

Los objetivos sobre los que deben desarrollarse los programas de intervención grupal, para la atención al cuidador, deben estar asentados en estos cuatro puntos principales:

- 1. Perseguir el cambio:** debe intentar modificar conductas, creencias, actitudes, pensamientos y forma de actuar. Esta es la primera premisa para poder avanzar. Los familiares deben querer cambiar, no conformarse con su situación actual nociva y modificar su entorno para desbloquear sus emociones.
- 2. Desculpabilizar:** el cuidador no tiene que sentirse culpable por cambiar, debe descubrir su nuevo yo, aceptar que el cambio parte desde uno mismo y que a la larga este cambio será beneficioso para el cuidador y para el enfermo.
- 3. Formar:** las actividades grupales tienen que intentar formar a los cuidadores a nivel psicoeducativo en aquellas áreas más deficitarias o donde necesiten más formación personal para complementar el desarrollo personal.
- 4. Motivar:** los grupos tienen que ser motivantes y homogéneos; si se logra motivar a los participantes, los beneficios no tardarán en llegar.

Ejemplos de talleres psicoeducativos:

- Taller de manejo de alteraciones de conducta: cuidadores con enfermo en fase moderada.
- Taller de jurídica: para todas las fases.

- Taller de enfermería: solo para cuidadores con enfermo de Alzheimer en fase avanzada.
- Taller de nutrición: para cuidadores con enfermo en fase moderada-severa.
- Taller de masaje y autotratamiento: para enfermos en fase moderada.
- Taller de transferencias: para cuidadores en fase moderada.
- Taller de comunicación: para cuidadores con enfermos en fase leve de la enfermedad.
- Taller de toma de decisiones: para cuidadores en fase leve-moderada de la enfermedad.
- Taller de duelo: para cuidadores cuyo familiar haya fallecido.

Identificación de mis sentimientos

Tenemos que aprender a manejar nuestros sentimientos y emociones, contar con ellos y aprender a manejarlos. Los sentimientos tienen que ser nuestra propia riqueza, no nuestros perturbadores implacables y desesperantes. El cuidador principal a menudo está abrumado y de poco le valen los consejos de otros familiares. Las reacciones emocionales, los sentimientos en los que puede caer como consecuencia de convivir, atender y querer a su familiar enfermo, son variados. Aunque cada persona, cada enfermo y cada familia son diferentes, se exponen a continuación algunas de las perturbaciones del carácter que pueden afectar al cuidador principal y cómo deben ser manejadas estas reacciones.

Tristeza

A pesar de lo doloroso de la situación, el cuidador no debe abandonarse a la tristeza. La melancolía le empañará la vida y no le permitirá disfrutar de otros momentos felices. La tristeza es lógica, pero no puede vivirse como un sentimiento único o prioritario.

Preocupación

El cuidador debe procurar serenarse. Es inevitable estar preocupado, pero hay que vivir el presente, sin dejarse enmarañar por un futuro incierto; no hay que dejar de vivir el presente por pensar en el futuro.

Soledad

Evitar aislarse con el enfermo y no reducir los *hobbies* en exceso. Es lógico y normal la reducción del tiempo de ocio, pero sería conveniente evitar la pérdida total del mismo. Para ello es recomendable intentar gestionar una agenda propia de eventos y actividades a realizar a lo largo de la semana planificando las mismas con antelación.

Irritabilidad

Utilizar técnicas de relajación, aprendiendo a respirar, a contar hasta 10 antes de tener una respuesta de ira que no le conducirá a ninguna parte y que tan solo servirá para aumentar su malestar general y su sensación de falta de control sobre la situación.

Depresión

Se puede acudir a un profesional, principalmente psicólogo, para manejar los sentimientos asociados a la depresión de la mejor manera posible, bien sea mediante programas individuales de tratamiento, o bien, mediante programas grupales o grupos de ayuda mutua.

Consejos para el cuidador

- 1. Descanse cada día lo suficiente.** Si Vd. enferma, las cosas se pondrán peor.
- 2. Evite el alcohol** para animarse o el tabaco, o los psicofármacos para tranquilizarse o relajarse, esto solo hará que la situación empeore.
- 3. Haga todo lo que pueda para conservar su propia salud.** Vaya al médico periódicamente, consúltelo lo que le duele, lo que siente, etc., y explíquele su situación personal. Muchas veces el cuidador debe medicarse por prescripción médica, para evitar el insomnio, la angustia o la depresión. También es frecuente la aparición de lesiones musculares, dolores de espalda, cervicales, etc., por el esfuerzo de mover al enfermo, para levantarlo, ducharlo, etc., que deben ponerse en conocimiento del médico.
- 4. No se aisle.** A pesar de todo, continúe quedando con los buenos amigos que le quedan, acuda a reuniones sociales. El cuidador necesita tener amigos y también nuevos amigos relacionados con la situación que Vd. está viviendo.
- 5. Procure mantener alguna de las actividades** que siempre le han divertido: ir al cine, pasear, tocar el piano, pintar, hacer punto, hacer crucigramas.

6. La risa, el amor y la alegría son fundamentales para su bienestar y para su vida con el enfermo. Si tiene la suerte de sentirse bien “en medio del temporal”, no se avergüence de ello. Procure buscar personas, cosas, situaciones y actividades que le satisfagan. Una persona serena irradia armonía, y si además se ríe, relajará el ambiente. El enfermo vivirá mejor con su alegría.

7. Procúrese un tiempo semanal para Vd. Busque a un familiar, asistente, etc., que cuide del enfermo unas horas a la semana para que Vd. pueda salir y relajarse. Y no olvide tomarse unas vacaciones, al menos anualmente, después de haber descansado verá las cosas con mayor serenidad.

Otros aspectos a tener en cuenta

La dieta

- Conviene comer sano, evitando las comidas que sobrecargan a nuestro organismo con pesadas digestiones u otras consecuencias negativas a corto, medio o largo plazo (obesidad, colesterol, etc.).
- Usar el tiempo de comer como momento de descanso y ruptura con nuestras actividades profesionales.
- Es bueno aprovechar la comida para hacer vida social y familiar.
- No abusar del alcohol en las comidas.

Descanso

- Dormir lo suficiente, en torno a 8 horas.
- Tomar vacaciones y fines de semana como tiempo de ocio y descanso.
- Fomentar las relaciones sociales como alternativa al trabajo.
- Dejar el trabajo en la oficina (tanto los papeles, como las preocupaciones).

Ejercicio físico

- La práctica moderada de algún deporte o ejercicio físico ayuda a relajarnos.
- Andar todos los días al menos 30 minutos.

- Utilizar las actividades de ejercicio físico para airearnos (naturaleza) y airear nuestros pensamientos charlando relajadamente con familiares o amigos.

Organización

- La organización del tiempo y de nuestras actividades estableciendo horarios es fundamental para poder descansar, no estar preocupados, no sufrir continuos sobresaltos, olvidos importantes, etc.
- No llegar tarde a las citas, contando con los pequeños retrasos habituales para estar a tiempo.
- Saber seleccionar actividades cuando no podemos hacer todo.

Solución de problemas y toma de decisiones

- No dejar pasar los problemas: afrontarlos de una manera más activa o más pasiva, pero decidiendo qué es lo mejor en cada caso.
- Tomar decisiones siguiendo un proceso lógico: planteamiento del problema, análisis de alternativas (pros y contras), elección de la menos mala. No volver atrás.
- No analizar continuamente el problema o las alternativas: esto produce ansiedad.

Interpretación de situaciones y problemas

- El estrés que nos produce un problema o situación depende de las consecuencias que prevemos, pero a veces exageramos las consecuencias negativas (hipervaloramos la probabilidad de que ocurra algo malo, hacemos un análisis catastrofista de las consecuencias, realizamos una interpretación negativa de una situación ambigua, llevamos a cabo anticipaciones negativas y empezamos a sufrir un problema que no existe, etc.).
- Si estamos nerviosos: entender que es natural, la ansiedad es tan natural como el miedo, la alegría o el enfado, y no preocuparnos aún más porque estamos activados o nerviosos.
- Actuar con naturalidad, no evitar los problemas, no estar preocupados por lo que los otros puedan pensar de nosotros o de nuestro problema.
- Es bueno saber que los demás no perciben nuestros síntomas de ansiedad con la misma intensidad que nosotros los estamos experimentando.

II. Perfil y competencias de un cuidador

- Es bueno pensar que los demás también tienen ansiedad y que cuando nosotros notamos su ansiedad no les condenamos (¿por qué tenemos que ser más severos con nosotros mismos que con otros?).
- No añadir elementos accesorios al problema.

Atribuciones y autoestima

- Si hemos hecho bien una cosa, reconocer nuestra propia autoría y felicitarnos por ello (no ha sido la suerte, sino nuestro esfuerzo y nuestra capacidad).
- Si hemos hecho mal una cosa, no echar balones fuera, reconocer que hemos actuado mal en esta ocasión, analizar nuestros errores y corregirlos, sin culpas, sin pensamientos negativos sobre uno mismo ("esta vez lo he hecho mal, debo corregirlo").
- Es bueno querernos y tratarnos bien.

Relaciones con los demás (pareja, amigos, compañeros, familia, etc.)

- Reforzar las conductas positivas de las personas de nuestro entorno, con aprobación, halagos, sonrisas, pequeños detalles, etc.
- Corregir las conductas negativas de las personas de nuestro entorno, dándoles la información a tiempo y nuestra desaprobación, pero sin broncas, sin culpas, ni otros castigos.
- No sacar continuamente los problemas del pasado, las culpas de los demás (ya los perdonamos).
- Recordar siempre que una pareja en crisis intercambia muchos castigos y pocos refuerzos, justo lo contrario de una pareja sin problemas.

Entrenamiento específico en técnicas de control de ansiedad y estrés

- Practicar la relajación con cierta asiduidad en los momentos en los que nos encontramos peor, dedicándonos algún tiempo a nosotros mismos.
- Leer algún libro bueno de autoayuda para aprender a pensar bien, eliminando algunos pensamientos erróneos, ideas irracionales, etc., que nos estresan.
- Exponerse poco a poco a las situaciones que tenemos pánico.
- Aprender a decir no cuando nos cuesta mucho, pero sabemos que es mejor decir no.

- Practicar nuestras mejores habilidades sociales.
- Si tenemos dificultades, no sabemos poner en marcha estas actividades que nos pueden ayudar a controlar nuestro estrés, a reducir nuestra ansiedad, ponernos en manos de un buen especialista. Si seguimos sus indicaciones, nos ayudará a recuperar el bienestar y la salud.

Ejercicios

A continuación se presentan una serie de ejercicios con la finalidad de poder ensayar técnicas de control cognitivo y control fisiológico para potenciar y mejorar los procesos de estrés y ansiedad.

Ejercicio de “Enfrentando los pensamientos negativos”

En ocasiones podemos desarrollar determinados pensamientos negativos que no son acordes con la realidad. Sería aconsejable revisarlos y reconsiderar su veracidad. A continuación se describen algunos pensamientos negativos con la manera de enfrentarlos de manera realista. Se anima al cuidador a que escriba determinados pensamientos negativos que pudiera estar teniendo, además de enfrentarlos adecuadamente. Cuando los pensamientos sean realistas (en vez de exigentes, catastrofistas o absolutistas), nuestras emociones nos lo agradecerán.

PENSAMIENTO NEGATIVO	ENFRENTAMIENTO
No podré superar esta situación.	Aunque sea una situación difícil, haré todo lo que esté en mi mano. Si necesito ayuda para superarlo, siempre podré pedirla.
Seguro que lo haré mal.	Puede que me equivoque, nos puede pasar a todos. Intentaré hacerlo lo mejor que pueda. Si cometo algún error, aprenderé de él.
No aguanto más.	A pesar de la dureza, puedo aguantar hasta que vaya encontrando otras soluciones.
¿Y si empiezo a llorar delante de todos? Me avergonzaré.	No sé qué pasará, pero seguro que la mayoría comprende lo que estoy pasando. Además, ¿qué mal hay en mostrar las emociones?
¿Para qué lo voy a intentar? Seguro que no funcionará.	Si no lo intento, nunca sabré si funciona. Además podré aprender nuevas habilidades.
No soy tan buen cuidador como debería.	Nadie es perfecto. Aunque a veces fallo, hago todo lo que puedo por mi familiar. Tengo que graduar mi autoexigencia como cuidador. En general me siento satisfecho con lo que hago.

Ejercicio de relajación

Esta es una técnica incluida dentro de las técnicas fisiológicas. Con ella, el estado de relajación se consigue con la previa tensión y distensión de aquellos músculos que se contraen durante un momento de estrés o ansiedad. Con el entrenamiento en esta técnica se consigue que el sujeto pueda percibir qué músculos se encuentran tensos en algún momento y que, una vez percibidos, los pueda relajar de forma rápida y voluntaria: se le entrena en diversos ejercicios (cada uno de ellos para tensar y relajar los diferentes grupos musculares) e instruye para que sea capaz de percibir y diferenciar las distintas señales fisiológicas de cada estado (tensión y relajación), pasando rápidamente de uno a otro.

Algunos ejercicios que se realizan para tensar los diferentes grupos musculares son los siguientes:

110

GRUPO MUSCULAR	EJERCICIOS
1. Mano, antebrazo y bíceps dominantes	Apretar el puño. Empujar el codo contra el brazo del sillón.
2. Mano, antebrazo y bíceps no dominantes	Igual que en la parte dominante.
3. Frente	Levantar las cejas tan alto como se pueda.
4. Ojos y nariz	Apretar los ojos y, al mismo tiempo, se "arruga" la nariz.
5. Boca y mandíbulas	Abrir la boca todo lo que se pueda. Apretar los dientes al tiempo que se llevan las comisuras de la boca hacia atrás.
6. Cuello	Doblar el cuello hacia delante, atrás, derecha e izquierda.
7. Hombros, pecho y espalda	Inspirar profundamente y, manteniendo la respiración, llevar los hombros hacia atrás (como si se intentara juntar los omoplatos).
8. Estómago	Se mete hacia adentro, conteniendo la respiración, y luego se saca hacia fuera.
9. Pierna, muslo, pantorrilla y pie dominante	Intentar subir la pierna con fuerza sin despegar el pie del suelo. Doblar el pie hacia arriba tirando con los dedos, sin levantar el talón del pie del suelo. Estirar la punta del pie y doblar los dedos hacia dentro.
10. Pierna, muslo, pantorrilla y pie no dominantes	Igual que los dominantes.

Testimonios de familiares ante aspectos de la enfermedad

A continuación se exponen una serie de testimonios de familiares de personas con demencia en las cuales narran situaciones cotidianas en primera persona.

Primeros fallos

Carmen recuerda el inicio de esta manera: “El olvido inicial que más me llamó la atención sucedió 1 año antes de acudir a un especialista. Mi madre siempre ha sido la típica vecina de antes, que se ofrecía a todos los vecinos. En el primero A se instaló una pareja joven, venían de alquiler y mi madre se ofreció a todo lo que necesitaran. Una mañana entró el chico y pidió a mi madre el favor de coger una botella de butano, le dio el dinero y, bueno, hasta aquí todo bien. Cuando el señor del butano subió la botella, mi madre no sabía dónde había puesto las 1.000 pesetas de la botella. Decía que las había puesto en el taquillón de la entrada, pero ahí ya no estaban. Tuvo que coger y pagar la botella de su dinero. Puede parecer una tontería, pero a mi madre era la primera vez que le pasaba y eso que llevaba cogiendo botellas toda la vida. Incluso me llegó a comentar (para ocultar su fallo) que no estaba segura de que el vecino le hubiese dado el dinero. ¡Menos mal que yo lo vi! Entonces no le di mucha importancia, pensé solamente que se estaba haciendo mayor”.

Desorientación

“Lo recuerdo como si fuera ayer, un día que vino a mi casa y se perdió; yo vivo en Alcorcón y se bajó en Móstoles. Se puso a buscar la calle, rectificó y regresó a casa. ¡Pero cómo es posible!, era un trayecto que llevaba haciendo durante los 15 años que llevo casada. Los fallos eran cada vez más continuos, pero sobre todo la veía más disminuida en el lenguaje, decía ‘dame eso, eso’ y hacía el gesto, pero no decía el nombre, ‘eso con lo que se escribe’.”

Qué hacer

“Lo primero que me planteé fue mantener sus funciones por encima de todo. Cada vez que volvía de trabajar hacíamos ejercicios de reorientación con el reloj y el calendario, le compré caligrafías, le estimulaba para que leyera, etc. Lo hacíamos cada noche y yo veía cómo iba perdiendo facultades y cómo cada vez era más difícil terminar las sesiones. Entonces pasé a intentar conservar tareas más domésticas: le obligaba a que se vistiera sola, le corregía cuando se equivocaba, le daba trapitos para que los fregara, le ponía música...”

Familia

M.^a Antonia contó con un poco más de apoyo:

“Mi padre y mis hermanos no tenían la menor idea de lo que era la enfermedad. Yo les informé cuando estuve más preparada y me asocié a AFAL. Mi padre y yo comenzamos a hacer los primeros cursos.

Mi padre comenzó a enterarse de lo que era la enfermedad. Él es un hombre fuerte, de una gran fe y reaccionó con mucha valentía.

Mis hermanos no reaccionaron. Se enteraron de la noticia y dijeron: ‘bueno pues, ya nos dirás’. Pero esto fue el reflejo de una familia poco cohesionada: si antes pasaban de todo, de esto también. Esta reacción no me sorprendió, pero me acobardé pensando en todo lo que se me venía encima. Una enfermedad de tantos años con tantos cuidados y yo sola.”

112

Ingreso en residencia

Toñi nos lo narra así:

“El motivo de ingresar a mi madre fue coyuntural, aprovechando uno de los ingresos en el hospital de papá. Mi padre estaba muy grave y le aconsejaron ir a un centro asistido para cuidados paliativos. Tras una fuerte discusión mi hermano decidió tajantemente no hacerse cargo de nada y yo tuve que atender a mi padre ingresado, a mi madre en casa, mi familia y mi trabajo. Le comenté a mi padre la idea de que los dos ingresaran en la residencia asistida que estaba en el barrio. Él dijo: ‘arregla todo para que esté allí tu madre, porque yo no salgo de esta’. Para mí fue una puerta que se abría. El día 9 de mayo del 97 mi madre durmió por primera vez en la residencia. Yo informaba a mi padre de cómo estaba: mamá está muy bien, hace trabajos manuales, está en la cafetería..., muchas cosas.”

Recuerdos agradables

“La sonrisa más bonita que tenía siempre era para su nieta mayor; aunque estuviera triste o incluso ahora que está muy ausente, sonrío de forma preciosa”. Asimismo, recuerda de manera especial la ayuda prestada por los distintos profesionales que han tratado a su madre: “recuerdo de forma alegre el apoyo de la gente de la residencia, de los residentes, sus familias y el personal, que me han ayudado mucho.”

Toma de decisiones en los cuidadores

Introducción

Siempre hay que tener en cuenta que cada persona afronta la resolución de problemas de una forma diferente, basada en su experiencia y su historia de reforzamiento. Hay modelos clásicos de cómo se toman las decisiones y existe un esquema básico de resolución de problemas (D'Zurilla, Goldfried, 1971) que plantea cómo hacerlo de forma efectiva y se ha incorporado a la terapia cognitivo conductual con todos los méritos (Nezu, 2004). En esta página se va a dar una visión muy sucinta de este modelo, junto con el clásico de toma de decisiones.

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad crónica que somete a la persona enferma y a su grupo familiar a un constante cuestionamiento que implica tomar decisiones, desde el tratamiento médico en sí de las personas hasta decisiones en relación a los ámbitos social, espiritual y de estilos de vida. Aunque toda la familia se ve afectada por esta enfermedad, en la mayoría de los casos solo un individuo asume el cuidado; esta persona, generalmente, es un integrante de la familia, quien asume el rol como cuidador y a su vez necesita adaptarse al estrés de las demandas del cuidador.

En el presente capítulo se pretende dar las herramientas adecuadas al cuidador para facilitar en la medida de lo posible el proceso de toma de decisiones. Para ello resultará fundamental intentar realizar una compensación en su escala de valores, intentando balancear los aspectos racionales y los aspectos emotivos, a la hora de ver la solución más razonable a fin de hacer más llevadera la vida diaria con un enfermo de estas características.

El proceso de la toma de decisiones

El proceso de toma de decisiones es el proceso durante el cual la persona debe escoger entre dos o más alternativas. Todos y cada uno de nosotros pasamos los días y las horas de nuestra vida teniendo que tomar decisiones. Algunas decisiones tienen una importancia relativa en el desarrollo de nuestra vida, mientras otras son gravitantes en ella.

Para los cuidadores de personas en situación de dependencia, el proceso de toma de decisión es sin duda una de las mayores responsabilidades, ¿cuándo incapacitar a un enfermo?, ¿cuándo ingresarle en una residencia?... Son preguntas que con el devenir de la enfermedad todo cuidador se hace.

II. Perfil y competencias de un cuidador

Los familiares hacen de su responsabilidad y de su rol como cuidador su trabajo principal, porque constantemente tienen que decidir lo que debe hacerse, quién ha de hacerlo, cuándo y dónde, y en ocasiones hasta cómo se hará. Sin embargo, la toma de decisiones solo es un paso de la planeación, incluso cuando se hace con rapidez y dedicándole poca atención o cuando influye sobre la acción solo durante unos minutos.

Definiciones clásicas de los procesos de toma de decisiones

Hastie (2001) plantea una serie de definiciones que sirven perfectamente para aclarar el proceso de toma de decisiones, que es una parte de la resolución de problemas:

114

- **Decisiones.** Son combinaciones de situaciones y conductas que pueden ser descritas en términos de tres componentes esenciales: acciones alternativas, consecuencias y sucesos inciertos. Como puede observarse en esta definición, en una patología como la enfermedad de Alzheimer estos componentes se van a ver claramente influenciados por el deterioro de la enfermedad, esto dificultará la decisión a tomar debido a la incertidumbre de la evolución y a la dificultad para encontrar alternativa y prever las consecuencias.
- **Resultado.** Son situaciones describibles públicamente que ocurrirían cuando se llevan a cabo las conductas alternativas que se han generado. Por lo tanto, el resultado va a depender en gran parte de mi sistema de creencias y de valores, de la autopercepción que el cuidador posea sobre la situación a tratar.
- **Consecuencias.** Son las reacciones evaluativas subjetivas, medidas en términos de bueno o malo, ganancias o pérdidas, asociadas con cada resultado. ¿Qué es lo que voy a ganar ingresando a mi madre en la residencia?, ¿y qué voy a ganar yo si incapacito a mi madre?...
- **Incetidumbre.** Se refiere a los juicios de quien toma la decisión de la propensión de cada suceso de ocurrir. Se describe con medidas que incluyen probabilidad, confianza y posibilidad? (*likelihood*): ¿qué probabilidad creo tener de que la decisión que he tomado va a salir bien y va a beneficiar a mi madre enferma de Alzheimer?
- **Tomar una decisión.** Tras realizar evaluaciones continuas de mi alrededor, se refiere al proceso entero de elegir un curso de acción. Tras una evaluación continuada en mi proceso interior.

Según lo anteriormente descrito, los procesos de toma de decisiones se basarían básicamente en encontrar una conducta adecuada para una situación en

la que hay una serie de sucesos inciertos. En la enfermedad de Alzheimer el futuro es totalmente incierto para la familia y también para el enfermo, existen una serie de cuestiones que no dependen del cuidador y sobre las cuales no va a poder hacer nada para alterar su curso, como por ejemplo, todos los factores evolutivos de la enfermedad, y otros sobre los cuales su decisión sí que puede influir en el bienestar físico y psicológico tanto del enfermo como del cuidador, como pueden ser los relativos a la calidad de vida de ambos.

Una vez determinada cuál es la situación para tomar decisiones, es necesario elaborar acciones alternativas, extrapolarlas para imaginar la situación final y evaluar los resultados teniendo en cuenta la incertidumbre de cada resultado y su valor. Así se obtiene una imagen de las consecuencias que tendría cada una de las acciones alternativas que se han definido. De acuerdo con las consecuencias se asocia a la situación la conducta más idónea, eligiéndola como curso de acción.

Aspectos claves a la hora de tomar decisiones

A la hora de tomar una decisión, se deben de tener en cuenta unos aspectos claves, pero sobre todo hay que tener claro que la decisión es responsabilidad de quien la toma y no de quien nos ayuda a tomarla, bien sea un profesional, como el orientador o psicólogo, el maestro o profesor, o un familiar, como nuestros padres.

En segundo lugar, tomar decisiones de cualquier tipo siempre se da bajo condiciones de incertidumbre, es decir, supone ciertos riesgos porque no podemos a priori controlar todos los factores involucrados.

En tercer lugar, para hacer una elección adecuada es necesario recolectar la mejor y mayor información posible, evaluar la misma y analizarla, tomando en cuenta que en su búsqueda nuestra participación debe ser muy activa.

Con todo ello se pueden definir cinco aspectos claves para tomar una buena decisión, acorde a mis intereses, emociones y sentimientos. Los cinco aspectos serían los siguientes:

- **Información:** estas se recogen tanto para los aspectos que están a favor como en contra del problema, con el fin de definir sus limitaciones. Sin embargo, si la información no puede obtenerse, la decisión entonces debe basarse en los datos disponibles, los cuales caen en la categoría de información general.
- **Conocimientos:** si quien toma la decisión tiene conocimientos, ya sea de las circunstancias que rodean el problema o de una situación similar, entonces

estos pueden utilizarse para seleccionar un curso de acción favorable. En caso de carecer de conocimientos, es necesario buscar consejo en quienes están informados.

- **Experiencia:** cuando un individuo soluciona un problema en forma particular, ya sea con resultados buenos o malos, esta experiencia le proporciona información para la solución del próximo problema similar. Si ha encontrado una solución aceptable, con mayor razón tenderá a repetirla cuando surja un problema parecido. Si carecemos de experiencia, entonces tendremos que experimentar, pero solo en el caso en que las consecuencias de un mal experimento no sean desastrosas. Por lo tanto, los problemas más importantes no pueden solucionarse con experimentos.
- **Análisis:** no puede hablarse de un método en particular para analizar un problema, debe existir un complemento, pero no un reemplazo de los otros ingredientes. En ausencia de un método para analizar matemáticamente un problema es posible estudiarlo con otros métodos diferentes. Si estos otros métodos también fallan, entonces debe confiarse en la intuición. Algunas personas se ríen de la intuición, pero si los otros ingredientes de la toma de decisiones no señalan un camino que tomar, entonces esta es la única opción disponible.
- **Juicio:** El juicio es necesario para combinar la información, los conocimientos, la experiencia y el análisis, con el fin de seleccionar el curso de acción apropiado. No existen sustitutos para el buen juicio.

Etapas de la toma de decisiones

“No existe nada bueno ni malo, es el pensamiento humano el que lo hace parecer así” (Shakespeare). Por lo tanto, a la hora de tomar decisiones durante el proceso de duelo, estas van a depender en gran medida del consenso interno, entre la razón y el corazón, que desarrolle el propio sujeto de acuerdo a su personalidad previa.

Durante los primeros meses del duelo el ser humano es solamente emoción, recuerdos, con un corazón a flor de piel que está incapacitado para tomar decisiones que tengan que ver con su futuro. No hay que preocuparse, ya llegará el momento en el que todo esté más tranquilo y se puedan ver las cosas con mayor templanza.

La decisión correcta es aquella en la cual se pueden aparcar a un lado los aspectos emocionales, dejando que sea la razón quien argumente el futuro respecto a nuestra vida.

A la hora de solucionar un problema y de dar herramientas necesarias para cargar de argumentos a la razón en su lucha interna contra los aspectos emotivos, podemos recurrir a estos nueve pasos:

1. Prepararme cognitivamente antes de ocuparme del problema

Ante la solución de un problema, el primer paso a conseguir será el de inhibir la tendencia a responder impulsivamente o de un modo pasivo. Es importante buscar el momento adecuado a la hora de pensar en el problema; por lo tanto, es aconsejable que cuando se vaya a pensar en un problema se procure evitar los momentos de desánimo y cansancio.

Al mismo tiempo, conviene imaginarse el problema y cambiar el diálogo interno con autoinstrucciones del tipo: “bueno, tengo un problema; ¿y qué?, voy a afrontarlo”.

2. Definir el problema

Los problemas tienen que ser manejables y como tal hay que definirlos para poder afrontarlos de la mejor manera posible. Para ello conviene evitar objetivos difíciles de alcanzar o establecidos a largo plazo, sobre todo en los procesos de duelo, de donde se suele salir poco a poco, para lograr un autorrefuerzo conductual que invite a seguir manejando posibles problemas.

Por ejemplo, definimos el problema así: “mi padre se ha muerto”. Problema mal definido, ya que esto no tiene solución. Ahora piense qué consecuencias tiene para usted que su padre haya muerto:

- “Me siento solo, vacío, no sé qué hacer ni cómo actuar.”

El problema comienza a definirse mejor, pero todavía se puede precisar. ¿En qué nota usted la soledad o el vacío?:

- “En que no sé cómo rellenar mi vida sin su presencia.”

Según esto, la definición correcta del problema sería:

- “Quisiera rellenar con actividades el espacio que el cuidado de mi padre ha dejado en mí”.

Ahora el problema se hace manejable. Y si bien el problema percibido es el fallecimiento del padre, el problema operativo es el vacío dejado y cómo rellenarlo. Ahora solo queda recoger información concerniente a ese problema y decidir actuar de acuerdo a mi forma de ser.

3. Recoger el máximo de información sobre el problema

Muy importante es recoger la información concerniente a mi problema, recopilar todo lo necesario y pensar en cómo puedo actuar para planificar la mejor forma de solucionarlo.

Por ejemplo, “mi problema es rellenar con actividades el espacio que el cuidado de mi padre ha dejado en mí”.

Entonces se deberá recoger información propia sobre todas las actividades que, como consecuencia del cuidado del enfermo, tuve que dejar, hasta llegar a saber cuál de ellas es la más fácil de retomar según mi estado actual físico y psicológico.

118

4. Antes de continuar, responder a estas dos preguntas

Un paso importante es la introspección. Se está comenzando a gestar un plan sobre la recuperación vital y para ello se requiere recapacitar a través de estas dos preguntas:

¿Tiene solución el problema?

- No, la muerte de mi padre no tiene solución, pero continuar mi vida sin su presencia sí la tiene.

¿Depende de mí la solución?

- Sí (entonces puedo ocuparme del problema, aceptar las cosas que no podemos cambiar y centrarme en aquellas soluciones y problemas que sí puedo y debo por mi bien cambiar).

En caso de que la solución interna del doliente a estas preguntas sea que sus problemas no tienen solución, entonces habrá que volver con la reformulación desde el punto inicial.

5. Pensar en soluciones

Generar una lluvia de ideas sobre cualquier tipo de solución que se pueda ocurrir sin rechazar ninguna, por absurda que parezca. Se puede pedir ayuda a familiares, conocidos, etc. Cuantas más alternativas genere, mucho mejor.

6. Evaluar cada alternativa

Identifica todas las consecuencias positivas y negativas a corto y a largo plazo. Determina el grado de deseo de que ocurra cada alternativa a la luz de la

información reunida sobre las consecuencias posibles que traerán consigo y mejorar en la medida de lo posible cada alternativa.

7. Toma de decisión

Decídate por una o por una combinación de varias, comprobando que tienes los medios para llevarla a cabo. Por si esta solución falla, selecciona una segunda solución para usarla en caso de que surja algo que impida llevar a efecto la primera. Una vez tomada la decisión, no le des más vueltas y ¡a por ella!

8. Puesta en práctica

Piensa en la elaboración de un plan de acción para llevar a cabo la solución elegida, enumerando los pasos hasta llegar a solucionar el problema, es decir, divide el proceso en su objetivo y márcate plazos.

9. Fase de evaluación

Consiste en analizar los aspectos positivos y negativos de la solución y los resultados del proceso. Retener toda aquella información necesaria para el aprendizaje de toma de decisiones en un futuro cercano y tratar de mejorar para ocasiones futuras consiguiendo cambiar en aquello que consideremos que haya fallado del plan inicial.

Conclusiones

Recordar la siguiente frase: “un fracasado es una persona que tuvo un error y no supo transformarlo en experiencia”. Por lo tanto, una vez evaluada la toma de decisiones, se puede llegar a la conclusión siguiente:

¿Ha merecido la pena intentar resolver el problema? Si la conclusión es positiva, se obtendrá un autorrefuerzo gracias al cual el familiar podrá ir modificando su autoimagen y volverá a ser consciente de que puede volver a retomar su vida, porque tiene el futuro en sus manos.

Bloqueos psicológicos de la toma de decisiones

La toma de decisiones se ve influenciada en la inmensa mayoría de las ocasiones por los denominados bloqueos psicológicos. Estos obstáculos o bloqueos provocan perjuicios en todas las áreas vitales y, en especial, en esta área. Son inconscientes, irracionales y generalmente actúan juntos, nutriéndose unos a otros, lo cual, no obstante, trae la ventaja de que al superar uno o varios de ellos

se pueden enfrentar a los demás. Rubin (1986) presenta 17 bloqueos u obstáculos que a continuación señalamos brevemente y que son claves para entender la dificultad a la hora de desarrollar planes de acción en la toma de decisiones. A continuación se presentan los diez más significativos.

Pérdida de contacto con los propios sentimientos

Se refiere a la incapacidad para sentir y expresar sentimientos y emociones de amor, alegría, rabia, tristeza, miedo. Es un proceso inconsciente que comienza a edades muy tempranas y evoluciona progresivamente a medida que nos hacemos mayores. Por lo general, surge en ambientes abiertamente hostiles y rechazantes, que sabotean el bienestar y la autoestima personal. Muchas veces se expresa a través de mensajes directos o indirectos del tipo “los hombres no lloran” o “no te rías tan alto”, por ejemplo.

En resumen, en la medida en que desconocemos o no tomamos en serio nuestros sentimientos, saboteamos nuestro proceso de toma de decisiones porque, aunque muchas veces ese proceso es racional, no cabe duda de que el afecto ejerce un rol importante.

Evitación de los problemas y de la ansiedad, con la finalidad de no experimentar sufrimiento

A veces resulta que por no hablar de un problema, este no existe, y por lo tanto, desde una perspectiva psicológica se llega al fenómeno de la evitación. Una persona en situación de estrés tiene dos opciones: la lucha o la evasión.

Es probable que cualquier intento de elección conlleve una carga enorme de ansiedad pero, en cuanto se comienza a adoptar decisiones, por pequeñas que sean, la persona se da cuenta de que las terribles consecuencias que imaginaba no ocurrieron. Luego, cuando empieza a participar más activamente en su propia vida –y no como mero espectador– el compromiso ya no resulta tan amenazante y las elecciones se hacen más provechosas y más fáciles de realizar.

Carencia de una escala de valores

Alude al desconocimiento de las cosas que son importantes o no, lo cual incide en lo que apreciamos, cómo utilizamos nuestro tiempo y energía, cuál es nuestro estilo de vida y con qué clase de personas podemos compartir, vivir y trabajar.

No conocer nuestros valores es como si no los tuviéramos. Al evitar cualquier elección se fortalece la carencia de valores, con lo cual las elecciones se hacen cada vez más difíciles, creándose así un círculo vicioso. Por el contrario,

cada vez que tomamos una decisión ordenamos los asuntos de nuestra vida de acuerdo con una determinada escala de valores o prioridades, se fortalece el conocimiento de la propia personalidad y se facilitan las elecciones posteriores.

Escasa autoestima o falta de confianza en sí mismo

La dificultad para hacer elecciones –en especial cuando se salta constantemente de una alternativa a otra– se debe, por lo general, a la convicción inconsciente de que ninguna opción que se elige es lo suficientemente buena.

Muchas personas con baja autoestima dibujan una imagen idealizada de sí mismas, lo que constituye una forma de compensación destinada a disimular y contrarrestar la desconfianza personal.

Sin embargo, tal actitud solo disminuye la autoconfianza y obstaculiza el proceso de la toma de decisiones, ya que ignorar y olvidar las cualidades reales y, por el contrario, actuar sobre la base de cualidades y talentos inexistentes, conduce a elecciones erróneas, debido a que el juicio se encuentra distorsionado.

Desesperanza, depresión y ansiedad

Las tres se presentan por lo general juntas, por lo que Rubin las llama “compañeras de viaje”. Cualquiera que sea su causa, es prioritario identificar su presencia, ya que afectan no solo a la capacidad de seleccionar alternativas, sino a la salud mental en general. Tales problemas son síntomas de dificultades más profundas y muchas veces requieren de la ayuda profesional.

Dependencia de los demás y necesidad obsesiva de agradar

Cada vez que renunciamos a tomar decisiones anulamos nuestro propio yo, lo que en la práctica se traduce en la evitación de los conflictos o de los problemas para no llamar la atención. Esta forma de afrontar las situaciones de conflicto obstaculiza grandemente la conducta de elegir, ya que las decisiones que se toman tienden a evitar el éxito e incluso favorecen el fracaso, ya que este atrae menos atención y provoca menos ansiedad.

En cuanto a la dependencia de los demás, destruye el proceso de elección, puesto que se escogen las mismas opciones de los demás o se trata de que los demás lo hagan por nosotros.

Tener una necesidad obsesiva de agradar a los demás afecta enormemente a la elección, debido a que no se satisfacen los propios gustos; en caso de que una

decisión acertada desagrade a otros o sea impopular, la persona la desecha a favor de otra menos adecuada o se abstiene de elegir.

Perfeccionismo y afán de tenerlo todo

Consiste en la creencia inconsciente de que hay situaciones y decisiones perfectas; ello conduce a demoras debido al deseo de tomar decisiones en condiciones perfectas para tener la seguridad de que el resultado también lo será.

El afán de tenerlo todo es la creencia inconsciente de que se puede alcanzar un estado perfecto en el que estén incluidas todas las opciones y, por tanto, evitar las decisiones y los sacrificios. Este obstáculo conlleva más gasto de dinero, tiempo, energía y talento, y conduce al fracaso.

122

“Ceguera” ante las diversas opciones

A la hora de desarrollar una toma de decisiones adecuada para mí mismo y para la persona a cuidar, se deben desarrollar cuanto menos dos opciones, pero la persona con este bloqueo no se da cuenta de las alternativas a su disposición. En la base de este obstáculo existe una idealización del interior y un temor a los conflictos, por lo que no se “ven” las opciones que entran en conflicto con esta imagen idealizada y se rechaza cualquiera que provoque perturbación y ansiedad.

Por lo general, ocurre cuando la persona se halla sometida a fuertes presiones, en periodos de crisis y en situaciones de estrés, lo cual hace necesario un aplazamiento provisional –hasta que la presión se haya reducido– que no tiene que convertirse en una justificación de interminables dilaciones.

Temor y distorsión de la presión del tiempo

La engañosa creencia de que no hay tiempo se utiliza a menudo con consecuencias negativas, ya que puede producirse una acentuada presión y una reacción de temor. Es uno de los principales obstáculos en el proceso de toma de decisiones, ya que impide hacer uso de los recursos personales que se necesitan para elegir una alternativa.

Cuando la persona consigue liberarse del agobio del tiempo, suele desaparecer la ansiedad y puede utilizar el tiempo provechosamente para analizar y sopesar las opciones, y para relajarse, en caso necesario, durante las distintas fases de la elección.

Falta de integración interna o grave desorganización

Las personas pueden pasar por periodos breves de trastornos emocionales durante los cuales no es propicio hacer elecciones. Pero, cuando se producen trastornos tan pronunciados que conllevan pensamientos intrusos, intereses conflictivos, ausencia de un fuerte sentido del yo, carencia de una escala de valores, etc. que impiden la integración o cohesión de todos los aspectos de una situación, se impone un tratamiento que pueda influir en el desarrollo de una fuerza integradora madura. Esta permitirá que la persona sepa quién es y qué quiere realmente, estableciendo un orden de prioridades, antes de estar en condiciones de tomar auténticas decisiones.

Ante una situación de toma de decisiones, algunas preguntas que nos hagamos podrían servir de guía para ayudar a su identificación: ¿qué siento en este momento?, ¿cómo afecta a mi comodidad?, ¿qué cosas son importantes para mí?, ¿las opciones a mi disposición son suficientemente buenas?, ¿siento una ansiedad incontrolable?, ¿cuáles son mis cualidades reales?, ¿qué pasaría si mi elección no le gustara, por ejemplo, a mi padre?, ¿cómo me sentiré si me equivoco?, ¿le doy más importancia a lo que debería hacer que a lo que quiero hacer?, ¿estoy consciente de las diferentes alternativas a mi alcance?, ¿a menudo pienso que debo darme prisa?, ¿estoy analizando la realidad objetivamente?, entre otras.

Si se responde afirmativamente a estas preguntas, la persona puede darse cuenta de que está atrapada en algún o algunos de los bloqueos, lo que constituye un primer paso para abandonar los hábitos negativos. Como no basta con la toma de conciencia, luego tendrá que empeñarse en un cambio que le permita el ejercicio de un comportamiento decisonal más eficiente.

Sin embargo, cuando ello no es suficiente (porque la persona está desorganizada, cuando hay serios problemas de autoestima, cuando hay trastornos de sentimientos, pensamientos y emociones, cuando más que un problema de indecisión existe un problema de inseguridad, etc.), se requiere de la ayuda profesional que pueden prestar el psicólogo o el psiquiatra, quienes pueden realizar las intervenciones necesarias para propiciar la corrección de la problemática por parte de la persona.

Momentos críticos para tomar decisiones en la enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es una de las enfermedades más críticas para poder desarrollar los procesos de toma de decisiones, entre otros aspectos porque el cuidador responsable de la decisión no puede consultar con el

II. Perfil y competencias de un cuidador

interesado (el enfermo) las claves de su cuidado, debido al proceso degenerativo que la enfermedad conlleva.

Las pérdidas están presentes a lo largo de la enfermedad, hay que aprender a convivir con este duelo anticipado que se produce en las demencias. Asumir es comenzar a recuperar, es comenzar a sobrevivir. Algunas complicaciones son las siguientes:

Pérdida de la comunicación

Con el desarrollo de la enfermedad y el consiguiente deterioro cognitivo asociado a la misma, el lenguaje se deteriora. Se afectan la expresión y la comprensión, que, unido a la pérdida de la memoria, conlleva la pérdida de la comunicación con el enfermo. Este aspecto se hace muy difícil de llevar para la familia.

124

Pérdida de la capacidad jurídica

La incapacitación es otro de esos momentos en los que la familia se da cuenta de que la enfermedad se va llevando al ser querido prácticamente sin darse cuenta, supone eliminar la capacidad de tomar decisiones al enfermo, con todo lo que ello supone desde el punto de vista psicológico por parte del cuidador principal.

Pérdida del rol, intercambio de papeles

El cambio de rol en la enfermedad es una de las pérdidas más características de la misma. La esposa –por ejemplo– tiene que asumir las funciones desarrolladas hasta entonces por su marido; el hijo tiene que cuidar a su padre... Este cambio de papeles se siente como una pérdida.

Pérdida de los conocimientos adquiridos

Da igual que el enfermo sea abogado, fontanero, electricista o economista, la enfermedad le hará perder los conocimientos adquiridos durante toda la vida y el rol social que antes tenía; y todo esto es difícil de asumir por la familia.

En ocasiones estas pérdidas hacen referencia al rol social que ocupaba el enfermo en su entorno cercano.

Ingreso en residencia o centro de día

Supone tener que delegar los cuidados en una institución, tener que tomar una decisión importante a nivel social, económico, psicológico y afectivo. Quizá sea una de las decisiones más duras a tomar a lo largo del proceso de la enfermedad.

Pérdida del ahora

La enfermedad de Alzheimer se lleva el presente, el ahora. La incapacidad para recordar es lo último que alguien puede robar. Al no poder almacenar información vive sin presente.

Pérdida del ayer

La enfermedad de Alzheimer provoca la caída de los recuerdos; no reconocer a familiares, amigos, allegados, en definitiva, recuerdos, genera fuertes frustraciones e impotencia en el cuidador principal.

Pérdida del mañana

Esta es una percepción constante en el cuidador: el miedo al futuro, el miedo a lo que vendrá, sobre todo teniendo en cuenta lo que se ha ido y lo que se está perdiendo (pasado y presente). La enfermedad augura un futuro incierto, lleno de decisiones difíciles que el cuidador tiene que resolver.

Pérdida de la capacidad de decisión

La familia tiene que saber que las decisiones importantes en la vida del enfermo van a recaer en la figura del cuidador principal; el afectado no puede decidir, y menos en cuestiones importantes.

Pérdida de la autonomía

La pérdida de la autonomía del enfermo es complicada para los implicados en mayor grado: el enfermo y el cuidador. A veces esta pérdida de la independencia hace que el enfermo reaccione con agresividad ante la presencia de su familiar.

Pérdida familiar

La ruptura familiar es una de las pérdidas más dolorosas. El cuidador principal no solo tiene que hacer frente a una despedida del ser querido, lenta y prolongada en el tiempo, sino que también, y como consecuencia de la incompreensión de otros miembros de la familia y de la escasez de ayuda de la misma, se producen rupturas que acabarán con las relaciones entre hermanos, hijos u otros miembros familiares.

Las pérdidas comienzan desde el momento del diagnóstico, desde ese día se comienza a perder al enfermo de Alzheimer, y el proceso de duelo anticipado no terminará hasta que el cuidador se reinserte socialmente, después del

II. Perfil y competencias de un cuidador

fallecimiento del mismo y habiendo retomado las actividades que, como consecuencia de su enfermedad, se dejaron de realizar para poder cuidar del ser querido. Aun así, es importante ir asumiendo que la pérdida se va a producir porque día a día se va apagando un poco más.

Las pérdidas están presentes a lo largo de la enfermedad, hay que aprender a convivir con este duelo anticipado que se produce en las demencias. Asumir es comenzar a recuperar, es comenzar a sobrevivir.

Necesidades de los cuidadores a lo largo de la enfermedad

Introducción

La enfermedad, de una gestación lenta e insidiosa, va afectando poco a poco a la persona en la que se manifiesta, la cual va perdiendo su personalidad habitual, haciéndose ostensible un cambio de carácter, mutismos, retracción en sus relaciones sociales, miedos y pérdida paulatina de sus habilidades para el desempeño de las actividades de la vida diaria, lo que a su vez va generando una mayor dependencia de cuantos le rodean, llegando en un momento determinado de la enfermedad a que su dependencia para la supervivencia sea total, por lo que otra persona ha de asumir cuantas decisiones hayan de tomarse en todo el proceso de la enfermedad.

Necesidades

Las necesidades y carencias de las familias surgen de forma paralela y simultánea con el desarrollo de la enfermedad, siendo las mismas:

- Incomprensión, angustia, pena y sensación de desamparo ante el hecho.
- Carencia de conocimientos sobre lo que la enfermedad significa, el cómo hacerle frente y adónde acudir en demanda de esa ayuda médica, humana e institucional que mitigue en lo posible la sensación de impotencia y dolor en el que se ven sumidos los familiares.
- Es homogénea también la necesidad de contar con una persona que en lo sucesivo va a ir ocupándose cada vez más del enfermo.
- Otra necesidad ineludible es la de contar con medios adecuados, tanto económicos como materiales y de asistencia externa, que permitan ir haciendo más soportable la carga para esta persona, cuidador principal del enfermo, que sin padecer personalmente la enfermedad, sí se ve afectado de una manera total en el desarrollo futuro de su proyecto vital, ya que la situación en la que se ve inmerso, la mayoría de las veces en contra de su voluntad, afecta a su psiquis, a su economía, a su trabajo, a su futuro y a su vida privada y familiar.

Estas necesidades y carencias, comunes a todos, se diversifica en función, sobre todo, de la edad de iniciación del proceso, de la persona que ha de constituirse

en cuidador principal y del grado de parentesco, afinidad o relación que se haya mantenido a lo largo de la vida con el enfermo.

El diagnóstico como punto de partida

A partir del momento del diagnóstico se articula el mecanismo sanitario por el cual el enfermo recibe asistencia médica y tratamiento farmacológico. Podríamos decir que este es el punto de partida tanto para el enfermo como para el familiar para asumir y afrontar la enfermedad de Alzheimer.

Para llevar a cabo todo este proceso, tanto estos pacientes como sus familiares precisan un tratamiento y una orientación multidisciplinar de su situación. Esta orientación multidisciplinar comienza con una buena información sobre todos los aspectos relacionados con la enfermedad y su evolución con el fin de realizar una correcta planificación de atenciones y cuidados adecuados a la fase de la enfermedad y al momento y características que el enfermo presenta.

128

Esta información debe ser proporcionada correctamente y de forma que sea entendible y esclarecedora para el familiar. Las nuevas tecnologías como Internet han posibilitado un acceso a la información al conjunto de la población, sin embargo, esta información "en bruto" presenta varios inconvenientes. En primer lugar, las fuentes de donde procede la información sobre la enfermedad no son siempre fiables y, por lo tanto, dicha información puede ser incorrecta o distorsionada. Por otro lado, dicha información está sesgada por la disciplina profesional desde la que se presenta, esto significa que si, por ejemplo, la información procede de una "página" médica el punto de vista va a ser inevitablemente clínico y farmacológico, donde se va a poner de relieve el proceso de deterioro biológico, las consecuencias para el enfermo y el inevitable final de la enfermedad. Esta situación, lejos de ayudar a la familia, supone para el cuidador una mayor angustia al anticipar un futuro para el cual no se ofrecen alternativas ni opciones de intervención (solamente tratamientos farmacológicos) y donde quedan excluidos otros enfoques igualmente importantes y complementarios, como son los aspectos sociales y legales de la enfermedad de Alzheimer, prevención y tratamiento de situaciones de sobrecarga del cuidador, terapias no farmacológicas, toma de decisiones, etc.

En conclusión, la información que el familiar recibe debe servir para tener una visión lo más completa y realista sobre las características que la enfermedad presenta, evolución y alternativas de intervención y manejo del enfermo en las diferentes fases de la enfermedad. La correcta información proporcionada adecuadamente constituye el primer escalón para el cuidador en el proceso de asumir y afrontar la enfermedad de Alzheimer. Las asociaciones de familiares

de enfermos de Alzheimer y otras demencias son una buena alternativa para que la familia obtenga la información y el asesoramiento correcto sobre los diferentes aspectos de la enfermedad y faciliten el acceso a recursos no solamente sociales, sino desde los diferentes ámbitos desde los cuales se debe abordar la enfermedad.

Necesidades de cada una de las fases

En el estadio inicial o fase leve

Dirigir tanto a los enfermos como a sus cuidadores, ya que ambos precisan un apoyo para superar el impacto que supone el diagnóstico, con programas de intervención dirigidos a que enfermos y cuidadores intercambien sus vivencias, hablen del diagnóstico, del temor ante un futuro incierto.

En esta etapa es conveniente que el cuidador pueda contar con la ayuda de otros miembros de la familia, realice una planificación de su tiempo y realice algún tipo de actividad fuera de lo que es el cuidado del enfermo. Un recurso apropiado es el de un auxiliar para acompañamiento del enfermo o apoyo de familia para que el cuidador pueda descansar, respirar y no abandonar en lo posible sus aficiones y, en definitiva, su vida.

En la segunda fase o fase moderada

Las necesidades que surgen en esta fase son una asistencia domiciliaria, ya que el cuidador principal no puede atender solo las tareas y la carga psicológica que conlleva la atención al enfermo, por lo que se precisa un apoyo al cuidador principal en:

- Algunas actividades básicas de la vida diaria, como el aseo del enfermo, vestido.
- Turnos en la atención diaria al afectado con el fin de que el cuidador principal tenga tiempo libre para actividades alternativas al cuidado.
- Descanso y mantenimiento de periodos de descanso del cuidador, sobre todo ante la aparición de alteraciones de conducta y cambios en los ciclos de sueño del enfermo.

Como respiro para la familia y tratamiento no farmacológico para el enfermo es conveniente el Centro de Día como recurso. De esta manera el cuidador puede a su vez mantener su trabajo asalariado, relaciones familiares, ocio, etc., y además conseguimos una descarga del cuidador que repercute directamente en la calidad de vida del enfermo y tiene como objeto el mantener

a la persona en su entorno habitual el mayor tiempo posible. La puesta en marcha de centros cada vez más especializados y con personal más cualificado hace que se puedan dar cobertura a las necesidades del enfermo adecuando las actividades a las capacidades de la persona y atenuando las alteraciones de conducta presentadas por el enfermo principalmente en esta fase.

Las complicaciones cotidianas que conlleva la enfermedad y el hecho de que las necesidades del paciente de Alzheimer se incrementan de modo paulatino provocan que el cuidador principal se vea sometido a un estrés psíquico y físico en aumento. El cuidador, a medida que pasa el tiempo, sufre las consecuencias de no poder dar la asistencia que quisiera, bien por falta de medios o fuerza, bien porque las necesidades que demanda el enfermo supera sus posibilidades.

130

Por consiguiente, necesita compartir, aunar criterios de actuación, agruparse con diferentes personas que están en su misma situación y comprenden la enfermedad, además de saber ponerse en su lugar. En esta fase el apoyo psicológico al cuidador y la participación en grupos de ayuda mutua son importantes para el correcto equilibrio en los cuidados y evitar la sobrecarga del cuidador. Estos servicios son prestados por las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer y cada vez más por los Centros de Día, que entre sus servicios cuentan con estos programas, como veremos más adelante.

En la fase avanzada o grave

La situación del enfermo en cuanto a memoria es la de una función que se va extinguiendo. El enfermo no tiene conciencia de sí mismo ni de lo que sucede a su alrededor; sus palabras pasan a convertirse en una jerga o galimatías, muy difíciles de entender.

Durante este periodo un solo cuidador es difícil que pueda atender las necesidades de un enfermo con una movilidad muy reducida o encamado, porque la higiene y otras atenciones requieren un mínimo de dos personas y una formación específica en el manejo del enfermo. En esta fase la cobertura de las necesidades vendría dada desde:

- Ayuda a domicilio de personal especializado para atender los cambios posturales, higiene, etc.
- Ayudas técnicas: cama articulada, colchón antiescaras, grúa de movilizaciones.
- La atención del enfermo en una residencia de personas asistidas.

El enfermo en casa

La atención del enfermo en el núcleo de la familia es siempre deseable, siempre y cuando esta lo acepte, esté preparada para afrontar todo lo que ello comporta y reciba el apoyo suficiente a diferentes niveles.

Así mismo, mantener al enfermo en el hogar tiene unos límites, siendo estos su propio estado, nivel de deterioro, idoneidad de las condiciones que para su cuidado tenga la vivienda y disponibilidad de recursos asistenciales suficientes que tenga la comunidad, ya que el afrontar su cuidado implica que habrá que enfrentarse a momentos de conflictividad y de actitudes de rechazo por parte del enfermo, generará frustración y angustia y puede ocasionar desmoronamiento familiar. El cuidador necesitará de una gran ayuda y soporte, ya que se sentirá muy afectado por el estado del enfermo debido al vínculo emocional que les une y su dedicación constante le ocasiona un fuerte agotamiento y un profundo estrés.

El Alzheimer provoca cambios significativos en la vida de las familias, y afecta tanto a las relaciones que se establecen entre sus miembros como en sus relaciones sociales. Todos se convierten de alguna manera en cuidador, incluso los más jóvenes; las actividades cotidianas se convierten en difíciles e incluso imposibles de realizar, la estructura económica de la familia se resiente por el coste que lleva aparejado el cuidado del enfermo. Por ello es muy importante recibir la máxima ayuda exterior posible a través de los mecanismos y servicios de que dispone la sociedad, pero también y de forma muy especial, de los amigos y de todas aquellas personas que conformen su círculo social, ya que sienten soledad y aislamiento, tienen mucha necesidad de ayuda y reparo en pedirla, incapacidad de afrontar por sí solos todas las tareas y obligaciones cotidianas, y necesidad de encontrar a alguien que les escuche.

Será preciso equilibrar la balanza, y que el cuidador pueda dedicar tiempo y energía a sus intereses, a su salud, a su familia. Pensar de este modo no es un síntoma de egoísmo. Al enfermo le interesa que el cuidador esté relativamente relajado y tranquilo, manteniendo su interés por la vida y el contacto con el exterior, ya que todo ello enriquecerá su relación con el enfermo.

Recursos

A lo largo de los siguientes puntos se desarrollan los servicios de teleasistencia y ayuda a domicilio importantes a la hora de mantener a la persona en su entorno social y comunitario.

Teleasistencia y Servicio de Ayuda a Domicilio

El Servicio de Teleasistencia Domiciliaria está incluido dentro del catálogo de servicios y prestaciones que se prestan a través de Dependencia y es una prestación básica en los programas que Servicios Sociales ha referenciado en todos los municipios españoles, dado que puede ser solicitado en ellos (o en la instancia administrativa correspondiente); se gestiona a través del Centro de Servicios Sociales que corresponda en función del lugar de residencia de la persona solicitante.

Este servicio domiciliario está dirigido a personas dependientes, principalmente personas mayores que viven, o pasan gran parte del día, solas en sus domicilios, discapacitados físicos, personas con problemas de movilidad y enfermos crónicos. Este recurso se define como un servicio de atención y apoyo personal y social que detecta determinadas situaciones de emergencia del usuario garantizando la comunicación permanente con el exterior.

El Servicio de Teleasistencia Domiciliaria es un medio para prevenir el aislamiento y las situaciones de riesgo de aquellos ciudadanos cuya fragilidad, discapacidad o circunstancias personales requieran una atención permanente que no precise de institucionalización, garantizando así su independencia personal y aumentando, por tanto, su calidad de vida.

Las principales características de este servicio son:

- Funciona a través del teléfono.
- Un pulsador permite conectarse con un Servicio de Atención Social las 24 horas/365 días.
- Personas mayores solas.
- Conexión desde el domicilio a un servicio de atención permanente.
- El equipo que se instala en el domicilio es pequeño, cómodo y fácil de usar.
- Va conectado a una línea telefónica.
- Se entrega un pequeño pulsador que se lleva al cuello.
- Tiene alcance suficiente para cualquier punto de la casa.
- Sistema de manos libres.

- El equipo de teleasistencia se pone en contacto con los servicios de emergencia ante cualquier incidencia, e incluso acuden ellos mismos si el usuario lo precisa.

Respiro familiar para fin de semana

Atención sociosanitaria especializada en Centro de Día para descanso del cuidador. Abren sábados y domingos.

Residencias temporales

Cuando determinadas circunstancias familiares de carácter transitorio, como ingresos hospitalarios, viajes, etc., hacen imposible que los cuidadores dediquen a sus mayores la atención que les prestan habitualmente. Duración máxima: en función de cada Comunidad.

Residencias de verano

Atención temporal del mayor dependiente en residencia para el descanso de la unidad familiar durante el periodo estival. Se concede mediante convocatoria anual.

La contratación de cuidadores privados

En ocasiones, el Servicio de Ayuda a Domicilio propuesto por parte de la administración puede resultar insuficiente, bien porque no llega a cubrir todas las necesidades que presenta el enfermo, o por que la intensidad del servicio es escasa para dar la cobertura necesaria; es entonces cuando se hace necesaria la presencia de un cuidador/a privado. Valorando esta situación, el planteamiento inicial es el de identificar en qué aspectos o para qué actividades necesitamos completar la ayuda que recibe nuestro familiar. Una vez identificadas las necesidades, hay que valorar la frecuencia y la intensidad de dicha ayuda, interna, diaria, días alternos, fines de semana, etc.

Pero esta situación hace que inevitablemente surjan dudas sobre cuál puede ser la persona más indicada para realizar estas funciones y cómo va aceptar el enfermo la presencia de alguien diferente a su cuidador principal y ajeno al entorno familiar. Es importante tener en cuenta que la presencia en el domicilio de una persona ajena al mismo va a introducir cambios, en función del número de horas y días a la semana, en la dinámica del hogar, de ahí la importancia de elegir correctamente a la persona adecuada.

La adaptación del hogar

A lo largo de la exposición de este curso hemos ido viendo las limitaciones físicas y psicológicas que tienen este tipo de enfermos, que convierte un lugar insuficientemente adaptado a la nueva situación en un lugar potencialmente peligroso, por lo tanto, es importante proponer medidas y soluciones que apoyen al enfermo. El ambiente es el que se ha de adaptar al enfermo y no el enfermo al ambiente.

A modo de pauta general, el entorno debe ser sencillo, estable, seguro para hacer más agradable la vida de nuestro enfermo y de los cuidadores y familiares que están con él.

Algunas generalidades a tener en cuenta son:

- Personalizar su estancia con recuerdos, fotos, objetivos personales, que preserven su intimidad, que le hagan sentir que es su casa, que le hagan permanecer en contacto con la realidad.
- Es importante que la casa tenga un ambiente estimulante, esto se consigue con el aprovechamiento de luz natural por la mañana y artificial por la noche. Esto será una manera de orientarles en el tiempo, sabrán si es de noche o de día, si hace frío o calor, etc.
- Colocar relojes grandes de pared y un calendario en el que se identifique claramente el día que es, con números muy grandes y que se pueda leer con facilidad, le ayudarán en los momentos en los que pueda padecer trastornos de orientación temporal.
- Es recomendable tener una música relajante ambiental y deben evitarse los ruidos y sonidos de fondo, como los de la televisión o la radio, ya que pueden desorientarle.
- El entorno no debe estar sobrecargado de muebles ni de adornos, para que puedan circular libremente. Así se incrementa su autonomía, se reduce la angustia, etc.
- Es necesario cerrar las habitaciones por donde no deben pasar para no perderlos, y por el contrario, dejar abiertas aquellas por las que van a permanecer.
- Los espejos y las superficies brillantes pueden llegar a asustarle; puede no reconocerse o confundirse con un extraño y angustiarse. O puede no reconocer cuándo una puerta o una ventana de cristal está abierta o cerrada.

- Llegado el momento resulta de gran ayuda que las diferentes habitaciones de la casa, los recorridos para ir al baño o a su habitación, o los contenidos de los armarios y cajones que utiliza, estén señalizados con rótulos o pictogramas: esa pequeña modificación le ayuda a sentirse más seguro.
- Retirar todos los objetos cortantes, punzantes, eléctricos, con los que se pueden hacer daño en caso necesario. También habrá de retirarse otros productos nocivos para la salud, como los de limpieza, medicamentos, pinturas, etc.
- Proteger los radiadores de la casa. No debe haber ninguno por el suelo, ya que podrían quemarse.
- Los espacios deben ser simplificados. Las puertas son preferibles de 80 cm en adelante. Las ventanas que sean de seguridad y a ser posible con mecanismo de seguridad.
- Los enchufes eléctricos deben estar protegidos u ocultos a la vista de los enfermos.
- Si se utilizan escaleras, los escalones no es conveniente que superen la altura de 12 a 15 cm; colocaremos pasamanos a ambos lados. Los escalones deben llevar al inicio del peldaño un antideslizante.
- Evitar las esquinas de los muebles, debemos forrarlos o quitarlos. A veces no se pueden retirar porque sirven de apoyo durante la marcha, en ese caso protegerlos.

El valor de las ayudas técnicas

El deterioro físico se va haciendo patente según avanza la enfermedad, puede hacer que la persona llegue a sufrir una incapacidad física completa, necesitando de su cuidador hasta para las más elementales actividades de la vida diaria, como comer o asearse. La utilización por parte del cuidador de ayudas técnicas y productos de apoyo puede suponer la permanencia del enfermo en el hogar durante más tiempo.

- **Ayudas para la casa:** seguridad (avisador de puertas, detector de gas, cubreenchufes, alarma infrarroja, etc.), información y señalización (luz nocturna, material refractante, superficie antideslizante, etc.).
- **Ayudas para el cuidado y protección personal:** aseo e higiene (barra fija para WC, barra abatible con apoyo, elevador de WC con reposabrazos, lavacabezas de cama y de silla, sillas para ducha, silla giratoria para bañera, etc.).

II. Perfil y competencias de un cuidador

- **Ayudas para la deambulación:** andadores, muletas, bastones.
- **Ayudas para el transporte:** sillas de ruedas, utensilios para sillas de ruedas (bandeja, cinturón inguinal, tensor de respaldo, chaleco para silla).
- **Ayudas para la movilización y transferencias:** tabla, disco giratorio y silla de transferencias, silla de ambulancia, grúas, sillones.
- **Ayudas para el descanso:** cojines antiescaras, camas articuladas, colchones antiescaras, sábanas deslizantes para transferencias, taloneras antiescaras, etc.
- **Accesibilidad:** escala móvil, ascensores y plataformas elevadoras, rampas, etc.
- **Para facilitar el trabajo a cuidadores,** ya sea en el ámbito familiar o en el profesional, existe ropa adaptada como solución a múltiples problemas, ya que aportan comodidad y autonomía a los usuarios, ya que se confeccionan a medida en función de las necesidades o condición física del enfermo.

136

Bibliografía

- American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
- Areán PA. Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones. Psicología Conductual, 2000; 8(3):547-59.
- Bar-On R, Parker JDA (eds.). The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: DDB, 1979/1983.
- Beck AT, Shaw BF. Enfoques cognitivos de la depresión (edición original: 1981). En: Ellis A y Grieger R. Manual de terapia racional-emotiva. Ed. DDB, 1985.
- Cano-Vindel A. Orientaciones en el estudio de la emoción. En Fernández-Abascal EG (Ed.). Manual de Motivación y Emoción. Madrid: Ed. Ramón Areces, 1995.
- Chip, Raymond, Con Tafrate. Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a Ud. Cita del Press, 1998.
- Ellis, A. Razón, Emoción en Psicoterapia, revisado y actualizado. Secaucus, NJ: Carol Publishing Group, 1994.

- Ellis A. *Overcoming Resistance: A Rational Emotive Behavior Therapy Integrated Approach*, 2nd ed. NY: Springer Publishing, 2002.
- Fernández Ballesteros R (Dir.). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide, 2004.
- Fernández-Castro J. Control percibido y estrategias para afrontar el estrés: Influencias sobre la salud. En: Fernández-Abascal EG y Palmero F (Eds.), *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel, 1999.
- Flórez Lozano JA. *Los enfermos silentes en el Alzheimer: aspectos clínicos y psicoterapéuticos*. Madrid: Grupo E Entheos, 2001.
- Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (eds.). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators*. Nueva York: Basic Books, 1997; 3-31.
- Nevado M, Medina J. *Alzheimer: Hechos y Dichos de sus cuidadores*. Madrid: Edita AFAL, 2003.
- Nevado M. *Aprendiendo a despedirse*. Madrid, 2005.
- Nevado M. *Intervención psicológica en la enfermedad de Alzheimer*. Dentro del libro *Guías para la Enfermedad de Alzheimer*. Madrid, 2004.
- Ochoa E, Losada P, Nevado M, Bonilla R, Hernández Coronado A. *La enfermedad de Alzheimer: Una guía Práctica*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 1996.
- Palmero F, Fernández-Abascal EG. *Emociones y Adaptación*. Barcelona: Ariel, 1998.
- Rogers CR. *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós, 1994.
- Rogers CR. *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin, 1951.
- Ruiz MA, Villalobos A. *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Fundación Universidad Empresa, 1994.
- Stuart L. *Razón y Emoción en Psicoterapia*. NY, 1962.
- Vázquez C. Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos. En F. Fuente-nebro y C. Vázquez (eds.). *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1990; vol. II.



III

Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- ▶ Salud
- ▶ Derecho al buen trato
- ▶ Sexualidad, afectividad y socialización
- ▶ El hogar adaptado y la accesibilidad a los espacios
- ▶ Apoyo a la dependencia en el medio rural
- ▶ Alfabetización informática
- ▶ Actividades para ocupar el tiempo libre

▼ Salud

*Alba García Cuesta
Virtudes Niño Martín*

Cuidados de la piel. Manejo de las úlceras por presión y otras lesiones de la piel. Prevención y tratamiento

Introducción

El paso del tiempo se refleja en la piel de forma tanto o más evidente que en el resto del organismo, ya que la piel está sometida no solo al envejecimiento natural, sino también a las continuas agresiones externas, sobre todo a la exposición solar.

La piel humana es fina y de grosor variable, salvo en las palmas de las manos y la planta de los pies, funciona como una barrera, gracias a los componentes de colágeno y elásticos de la dermis.

La piel proporciona un escudo o defensa única que protege, dentro de ciertos límites, frente a las fuerzas mecánicas y a la penetración de diversos agentes químicos, controla la pérdida de agua del organismo y lo protege contra los efectos de la luz, del calor y del frío.

La piel intacta y sus secreciones constituyen una barrera defensiva y bastante eficaz frente a los microorganismos, siempre que no se altere por lesiones químicas o mecánicas.

Cambios fisiológicos en la piel

Los procesos involutivos que sufre la piel tienen su sustrato microscópico en alteraciones en cada una de las estructuras anatómicas que la componen. Podemos destacar como más importantes las siguientes:

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

En la epidermis

- El tamaño y número de capas del estrato córneo permanecen idénticos. Por el contrario, los queratinocitos aparecen mayores.
- Menor proliferación de células epidérmicas y una disminución del contacto dermoepidérmico, facilitando la presencia de ampollas.
- Cambios en la forma, tamaño y propiedades de las células basales, disminuyen las células de Langerhans (macrófagos epidérmicos).
- El número de melanocitos disminuye un 10-20% por cada década de la vida, se produce una pigmentación irregular.

En la dermis

- Reducción del grosor.
- Disminución de las glándulas sudoríparas.
- Atrofia de los folículos pilosos.
- Pérdida de fibras de colágeno (se hacen más anchas y quebradizas) y elastina.
- Disminución de la vascularización.

Como consecuencia de ello se producen las siguientes manifestaciones

- Piel seca, atrófica, laxa, frágil y arrugada, con pérdida de coloración.
- Prurito, palidez y placas seborreicas.
- Presencia de arrugas, poca elástica y flexible.
- Hiperqueratosis epidérmica.
- Disminución de la sudoración.
- Alteración de la regulación de la temperatura, contribuyendo a una mayor sensibilidad al calor y al frío.
- Disminución de las reacciones inflamatorias de la piel, alteraciones de la cicatrización de las heridas por disminución de la vascularización.

- Percepción sensorial disminuida que conlleva a una reducción de la capacidad de protección de las prominencias óseas y, de esa forma, al aumento de la susceptibilidad a las úlceras por presión.

La importancia de los cuidados de la piel

El cuidado de la piel es un tema de gran interés que debemos tener presente en todas las etapas de nuestra vida. La piel envejece fundamentalmente por dos razones: por la edad y por la exposición al sol. Las personas mayores necesitan de una mayor atención y resulta imprescindible que cuenten con los cuidados y productos necesarios para que puedan disfrutar de una piel saludable y una buena calidad de vida. El cuidado de la piel evita problemas de la dermis que tienen su origen por diversas circunstancias. Entre las lesiones cutáneas de la piel más frecuentes podemos destacar:

- Las úlceras por presión afectan a un 9,1% de los pacientes que reciben atención domiciliaria, a un 8,91% de los pacientes ingresados en hospitales de agudos y a un 10,9% de los pacientes ingresados en residencias asistidas, lo que ha llevado a describirlas como la epidemia debajo de las sábanas, según el estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión realizado en España.
- Úlceras venosas: representan el 80-90% del total de las úlceras vasculares y el 69% de las úlceras de pierna en España.
- Úlceras arteriales: se estima que el 7,2% de las lesiones localizadas en extremidades inferiores son de etiología arterial. La prevalencia de las úlceras arteriales se sitúa alrededor del 5% de todas las úlceras vasculares, y la incidencia suele situarse entre 20 y 40 por cada 100.000 personas y año.
- Lesiones cutáneas asociadas a la humedad: frecuentemente infravaloradas como consecuencia de un alto desconocimiento de las evidencias que sustentan su valoración, diagnóstico, prevención y tratamiento. En la práctica se manifiesta en una gran variabilidad clínica y, muchas veces, en deficientes resultados tras su abordaje preventivo o curativo.

Definiciones

Úlceras por presión

Se define como cualquier lesión de origen isquémico provocada por la presión, la cizalla, la fricción o la combinación de las mismas sobre un plano o prominencia ósea que da lugar a un bloqueo sanguíneo en el tejido subyacente,

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

y como consecuencia de la isquemia se produce una degeneración rápida de los tejidos.

Las úlceras por presión son áreas de necrosis tisular que se desarrollan cuando una zona de tejido es comprimida entre una prominencia ósea y una superficie externa durante un prolongado periodo de tiempo.

ESTADIAJE

El estadio propuesto por la *National Pressure Ulcer Advisory Panel* es el siguiente:

Estadio 1: aparecen alteraciones sensitivas (dolor, escozor) y los tejidos presentan edema o induración. Destaca la presencia de eritema cutáneo en la zona afectada, que desaparece cuando se elimina la presión. Pueden existir cambios en la temperatura.

Estadio 2: se caracteriza por pérdida cutánea que abarca la epidermis y/o dermis. La úlcera es superficial y se presenta clínicamente como una abrasión, flictena o pequeño cráter superficial.

Estadio 3: la úlcera se presenta como un cráter profundo. Hay pérdida cutánea masiva, produciendo daño o necrosis de tejido subcutáneo sin afectar a la fascia.

Estadio 4: se caracteriza por pérdida cutánea masiva con destrucción extensa, daño muscular, necrosis tisular y óseo o de estructuras adyacentes.

El desarrollo de una úlcera por presión requiere la aplicación de fuerzas externas a la piel. Las fuerzas no son por sí solas suficientes para causar una úlcera, deben interactuar con otros factores externos que conducen al desarrollo de dicha úlcera; entre estos factores se incluyen la presión, las fuerzas de tracción y la fricción.

La presión

La aplicación de presiones superiores a 32 mmHg disminuye el aporte de O₂ y nutrientes a los tejidos, produciéndose acúmulo de desechos metabólicos. El paciente encamado hospitalizado puede generar presiones superiores a 150 mmHg, pudiendo llegar hasta 300 mmHg sobre la tuberosidad isquiática en pacientes sentados.

La susceptibilidad a las lesiones inducidas por presión es diferente según el tipo de tejido: el músculo es el tejido más susceptible, seguido por el tejido celular subcutáneo y, por último, la dermis.

Fricción

Ocurre cuando se arrastra a los pacientes sobre una superficie externa, produciéndose una abrasión de la capa más superficial de la piel, facilitando la aparición de la úlcera.

Existen varios factores que pueden contribuir al desarrollo de una úlcera de presión, entre ellos tenemos: la inmovilidad, la incontinencia, el estado nutricional, la patología circulatoria y las enfermedades neurológicas.

Úlceras venosas

El origen está desencadenado por dos procesos: de un lado, las varices esenciales o primarias (úlceras varicosas), y de otro, la enfermedad posflebítica secundaria a trombosis venosas profundas (úlceras posflebíticas o postrombóticas). Se estima que del 30 al 40% son consecuencia de venas varicosas superficiales.

Las teorías más aceptadas sobre su origen la relacionan con el desencadenamiento sobre una base preulcerosa de un proceso isquémico, que desencadenaría una exudación de proteínas de alto peso molecular hacia el exterior de los vasos, acompañando la extravasación de hematíes. Las proteínas se organizarían, convirtiéndose en fibrina, o bien neutralizarían a otras proteínas. La hipertensión venosa provocaría un acúmulo de leucocitos y fenómenos de trombosis local de las vénulas.

Úlceras arteriales

Lesiones que aparecen como consecuencia de un déficit de riego sanguíneo y procesos isquémicos crónicos, siendo la obstrucción arteriosclerótica la causa más importante de los procesos obstructivos arteriales de la extremidad inferior, de pequeño tamaño, con la piel circundante sin vello y atrofiada. Con frecuencia se localizan en zona pretibial, entre los dedos de los pies y talón, y generalmente aparecen más de una en el mismo miembro.

Presentan generalmente dolor intenso con tendencia a profundizarse, bordes bien definidos, piel circundante atrofiada con escaso tejido de granulación.

FACTORES QUE DESENCADENAN LA PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD ISQUÉMICA

Extrínsecos: tabaco, alcohol, falta o escasez de ejercicio, traumatismo y compresión.

Intrínsecos: predisposición genética, trombo, hiperviscosidad plasmática, émbolo, fístula arteriovenosa, diabetes mellitus, hipertensión y dislipemias.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Lesiones cutáneas asociadas a la humedad

La presencia de humedad como consecuencia del contacto prolongado de la piel de los pacientes con determinados fluidos orgánicos (orina, heces, exudado de heridas y sudor) produce maceración y predispone al desarrollo de una úlcera superficial.

Es una situación muy frecuente en la práctica diaria que, si no es abordada de manera correcta y decidida, puede traducirse en:

- Lesiones cutáneas por contacto como consecuencia, por un lado, de la humedad intrínseca de los fluidos, y por otro, por el carácter irritante de las sustancias que contienen.
- El agravamiento o potenciación de otras lesiones, como pueden ser las úlceras por presión, las úlceras venosas y otras heridas, tanto agudas como crónicas.

Estas lesiones habitualmente se presentan como:

- Una inflamación de la piel. A menudo no se detectan hasta que aparece inflamación significativa, maceración o erosión de la piel. Las lesiones no presentan necrosis, son irregulares y difusas y se presentan en más de un lugar.
- Eritema, erosión o pérdida de piel, que puede afectar a la dermis y epidermis, originando heridas superficiales o de espesor parcial.
- Presencia de vesículas, flictenas, prurito y dolor.

146

Prevención

En muchos casos, las lesiones cutáneas se pueden evitar, o retrasar su aparición, con los siguientes consejos:

Medidas preventivas en las úlceras por presión

- Identificar a las personas en riesgo de desarrollar lesiones cutáneas:
 - Valoración de forma periódica del riesgo del paciente: estado general, valoración de la piel, movilidad, grado de humedad e incontinencia, nutrición y dolor.
- Mantener y mejorar la tolerancia de los tejidos a la presión para prevenir lesiones:

- Revisar diariamente las condiciones de la piel y se registrará cualquier cambio tan pronto como se observe.
- Higiene de la piel: mantener la piel limpia y seca en todo momento. Lavar la piel con agua tibia, aclarando y secando meticulosamente sin friccionar, utilizar jabones de pH neutro sobre ellas o pequeñas heridas, rozaduras, ampollas, especialmente en las prominencias óseas (sacro, talones, caderas, tobillos, codos y occipucio).
- Aplicar cremas hidratantes hasta su completa absorción (excepto donde haya heridas), valorar el uso de ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo.
- Aprovechar el momento del aseo diario para examinar el estado de la piel en busca de zonas que continúan enrojecidas después de un rato sin estar apoyado.
- Identificar el estado de la piel (sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura e induración).
- Evitar masajes enérgicos sobre las prominencias óseas, ya que ello no previene las úlceras por presión y puede causar daños adicionales.
- Buscar el origen de excesos de humedad debidos a problemas como las incontinencias, transpiración o drenajes de heridas y eliminarlos en la medida de lo posible. Cuando la humedad no puede ser controlada, deberán utilizarse intervenciones que pueden ayudar a que la piel no se lesione.
- Las lesiones de la piel debidas a rozamiento y fuerzas de cizallamiento deben minimizarse con una correcta posición del paciente, cambios posturales y buenas maniobras de transferencia del paciente.
- A medida que las condiciones del paciente evolucionen de manera satisfactoria, existe la posibilidad de mejorar su estado en cuanto a movilidad y actividad mediante actividades de rehabilitación siempre que sean coherentes con los objetivos globales del tratamiento.
- Es importante el mantenimiento del nivel de actividad y de deambulación, así como un importante abanico de posibles movimientos.
- Proteger ante los efectos adversos de las fuerzas mecánicas externas: presión, fricción y cizallamiento:
 - Cambios posturales que se deberán realizar minimizando el impacto en las prominencias óseas.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Conseguir que el paciente adopte posiciones correctas, así como la utilización de superficies especiales para el alivio/redistribución de la presión y así minimizar el rozamiento y fuerzas de cizallamiento tanto en la cama como en la silla.
- Utilización de posiciones adecuadas o de medios complementarios, tales como cojines, colchones o soportes de espuma, que deben ser utilizados para proteger las prominencias óseas (por ejemplo, rodillas, tobillos o muslos), no interfiriendo con la acción de cualquier otra medida que se esté utilizando para eliminar o reducir la presión, como pueden ser las superficies de apoyo. Utilizar sistemas complementarios para ayudar a la manipulación manual durante la realización de los cambios posturales y las transferencias que minimicen las fuerzas de cizallamiento.
- Los pacientes con riesgo de desarrollar lesiones cutáneas debido al tiempo de permanencia sentados en una silla deben utilizar una silla con la altura correcta además de unos medios complementarios que eliminen o reduzcan la presión.
- Cualquier persona con una enfermedad aguda y que tenga riesgo de desarrollar una úlcera por presión debería evitar sentarse fuera de la cama ininterrumpidamente (no será superior a 2 horas) y se le animará a cambiar de postura por sus propios medios en la medida de lo posible.
- Cuando pase largos períodos de tiempo en una silla de ruedas deberá de disponer de medios complementarios para redistribuir la presión y redistribuir el peso cada 15 minutos.

148

Alimentación equilibrada: las intervenciones en mejorar el estado nutricional disminuyen el riesgo de padecer úlceras por presión. La alimentación de la persona debe ser rica y variada, teniendo en cuenta los gustos y preferencias, valorando las limitaciones que encontremos en el mismo (dificultad para tragar, dentadura). Deben proporcionarse diariamente proteínas (carne, huevo o pescado, leche y derivados), vitaminas de frutas y verduras y una ingesta de líquidos adecuada. Después de una correcta valoración nutricional y de los problemas nutricionales, se les ha de establecer un plan de soporte nutricional y/o suplementación que cubra sus necesidades individuales y sea coherente con los objetivos globales del tratamiento.

Medidas preventivas en las úlceras venosas

- Informar, capacitar y adiestrar al paciente y/o familia.
- Abordar los factores de riesgo, especialmente tabaquismo y obesidad.

- Reposo con las piernas elevadas durante un mínimo de 3 horas diarias.
- Realizar ejercicio de flexión de tobillos para activar el bombeo muscular de forma regular: caminar como mínimo ½ hora diaria, natación...
- Gimnasia antiestasis.
- Evitar estar de pie inmóvil mucho tiempo.
- Tratar el dolor, si existe.
- Utilizar medias y vendajes elásticos (según criterio profesional).
- Terapia compresiva para el control de la insuficiencia venosa, de la úlcera venosa y evitar las recidivas.
- Evitar el uso de ropa muy ajustada (pantalones, fajas, ligas, medias...) que dificulten el retorno venoso.
- Evitar tacones altos.
- Evitar traumatismos y exceso de peso.
- Dieta pobre en sal, rica en fibra para evitar estreñimiento.
- Evitar exposición a altas temperaturas y exposiciones prolongadas al sol.
- Mantener una buena higiene (baños en las piernas alternando con fría y caliente, terminando con el agua fría).
- Aplicar diariamente cremas hidratantes.

Medidas preventivas en las úlceras arteriales

- Informar y adiestrar al individuo y/o familia.
- Control de las enfermedades asociadas y factores de riesgo (diabetes, hipertensión arterial, obesidad, ácido úrico, colesterol y tabaco).
- Evitar el tabaco.
- Dieta adecuada.
- Evitar prendas ajustadas de cintura para abajo.
- Ejercicio físico durante 30 a 60 minutos (caminar...).

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Protección de la piel para evitar las úlceras y las infecciones.
- Evitar traumatismos.
- Inspección diaria de los pies y mantener los pies limpios y secos.
- Cuidado meticuloso de las uñas.
- Utilizar zapatos cómodos (no abiertos).
- No exponer los pies a temperaturas extremas.
- En caso de aparecer juanetes, callos o durezas, acudir al podólogo.
- Tratamiento médico de las infecciones.
- No utilizar esparadrapos ni vendas adhesivas.

Medidas preventivas en las lesiones cutáneas asociadas a la humedad

- Limpieza de la piel perineal diaria y después de cada episodio de incontinencia importante con un limpiador sin aclarado o de un solo uso.
- No frotar la piel y evitar el lavado agresivo, usar un paño, toallita suave o desechables.
- Aplicar una crema hidratante que contenga humectante/hidratante y emoliente.
- Aplicar un protector de la piel para minimizar el contacto entre la orina y/o las heces, como pomadas/ungüentos que contienen vaselina, óxido de zinc, dimeticona, o una combinación de estos productos. Utilizar un producto limpiador además de una crema hidratante con o sin protector de piel.

150

Manejo de las úlceras por presión y otras lesiones cutáneas: tratamiento

Realizar una inspección y una exploración visual de la piel, acompañada de un examen físico, puede ayudar a determinar la causa que origina la lesión y a realizar un diagnóstico diferencial con otros tipos de lesiones.

Es importante monitorizar la evolución de la lesión en el tiempo, mediante la utilización de instrumentos validados, como la escala de Braden, escala de Norton, *Incontinence-Associated Dermatitis and Severity Instrument*, escala visual del eritema (EVE), escala de medida de la lesión perineal (PAT). Las escalas de

valoración del riesgo se deben utilizar como un complemento del juicio clínico y no de forma aislada respecto a otros aspectos clínicos.

Tratamiento

1. Lavar la herida

- Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.
- Aplicar sobre la úlcera suero fisiológico a temperatura corporal con la mínima fuerza mecánica eficaz.
- Secar suavemente para evitar traumatismos en el tejido de granulación.
- No limpiar con antisépticos locales, ya que son citotóxicos y pueden retrasar la cicatrización.

2. Eliminar tejido necrótico

- Tejido desvitalizado: avascular, insensible y maloliente.
- Tipos de desbridamiento: quirúrgico, mecánico y autolítico.

3. Disminuir la carga bacteriana

- Si se sospecha signos de infección, realizar un cultivo y por prescripción médica administrar antibiótico vía sistémica; cambio de apósito con frecuencia hasta que desaparezcan los signos clínicos de infección.
- En ocasiones las pomadas antibióticas acaban generando resistencias en tratamientos largos.
- Herramientas más eficaces: desbridamiento y apósito de plata.

4. Temperatura y humedad adecuadas

- Si existe poco exudado: añadir humedad. Hidrogel más apósito que aisle la herida.
- Si el grado de humedad es idóneo: apósito que aisle la herida.
- Si hay mucho exudado: disminuir el exceso de humedad (apósitos de alginato cálcico o hidrofibra de hidrocoloide capaces de absorber grandes cantidades de líquido).

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

5. Proteger los bordes y el área perilesional

- Mantener bien limpia e hidratada la piel perilesional y valorar la utilización de un producto barrera no irritante para la protección de la piel perilesional.
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados o pomadas resistentes al agua (pasta lassar, anticongestiva). El exceso de humedad en los bordes dificulta la migración de células epiteliales.

6. Aislar la herida

- **Apósitos:** la utilización de apósitos de tul no adherentes compuestos por silicona evitan la adherencia al lecho lesional respetando las zonas colindantes ya epitelizadas.

Tipos de apósitos:

- **Hidrocoloides:** constituidos por carboximetilcelulosa sódica, gelatina, elastómeros y peptina. Se utilizan en presencia de exudados, absorben líquidos y forman gel de color y olor peculiares. Están indicados en lesiones con poco exudado o nulo. Proporcionan un ambiente húmedo que favorece el desbridamiento autolítico y la cicatrización. Disminuyen el dolor por formación de gel bacterioestático. Su función principal es la de prevenir y proteger la piel.
- **De hidrofibra de hidrocoloide:** formados por fibras de carboximetilcelulosa sódica en forma de tejido. Se recomiendan para lesiones exudativas, cavidades o profundas y se utilizan para rellenar la lesión. Disminuyen el dolor por formación de gel, bacteriostático y hemostático, favorecen la cicatrización y producen desbridamiento autolítico.
- **Hidrogeles:** polisacáridos, polímeros sintéticos y con gran contenido de agua (70 al 90%). Suministran humedad e hidratación a la lesión para facilitar el desbridamiento autolítico. Rellenan e hidratan las lesiones poco exudativas.
- **Arginato cálcico:** polisacáridos naturales, se basa su composición en fibras de arginato cálcico que absorben y retienen los exudados hasta 15-20 veces su peso, transformándose en un gel traslúcido que se retira con facilidad cuando hay exudación.
- **Espuma de poliuretano o foams:** apósitos de espuma polimérica de poliuretano, con gran capacidad de absorción. No dejan residuos y están indicados para exudados moderados o abundantes. Producen una disminución de la presión, ejercen una acción protectora y favorecen el proceso natural de la cicatrización.

- **Bioactivos:** aportan elementos activos a la herida. Inhibidores de metaloproteasas, colágeno, ácido hialurónico, reservorios de zinc y manganeso. Están indicados para las lesiones descontaminadas y sin signos de colonización crítica.
- **De plata:** la plata es un potente agente bactericida, se usa para la carga bacteriana y de las lesiones infectadas. Produce una inhibición de la colagenasa, por lo que no se debe usar con ella. La plata se libera y actúa en el lecho de la lesión, neutraliza las bacterias del exudado absorbido por el apósito. Ejerce una función antibacteriana de amplio espectro.

Es importante informar al cuidador de cómo evitar o prevenir los errores más frecuentes que se producen en las personas mayores con deterioro importante:

- No dar masajes en las zonas de presión que estén enrojecidas.
- No utilizar productos abrasivos; cuando la piel esté sucia, limpiarla, pero utilizando una fuerza mínima.
- No colocar a la persona mayor recostada de lado, en un ángulo de 90°, para impedir que en el trocánter femoral recaiga todo el peso.
- No arrastrarle cuando se desliza en la cama para evitar el cizallamiento.
- No utilizar flotadores en la zona sacra.

Cualquier síntoma que note la persona afectada distinto a lo que su equipo sanitario le haya informado lo debe consultar con este, como puede ser: enrojecimiento, cambio de olor, fiebre, aumento del dolor, el exudado sobrepasa el borde del apósito.

Bibliografía

- Aranton Arecosa I, Bermejo Martínez M, Manzanero López E, Salvador Morán MJ, Segovia Gómez E. Úlceras por presión. Prevención y tratamiento. Madrid: Mayo, 2010.
- Grupo Nacional Para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Doc VIII. Recomendaciones sobre la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas crónicas.
- Johnson M, Bulechek G, Butcher H, et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2.ª ed. Elsevier Mosby, 2008.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Juall Carpenito-Moyet L. Planes de Cuidados y Documentación Clínica en Enfermería. 4.ª ed. McGraw-Hill Interamericana, 2005.
- Marinello Roura J. Úlceras de la extremidad inferior. Barcelona: Ed. Glosa, 2005.
- Niño Martín V. Cuidados enfermeros al paciente crónico. Serie Cuidados Avanzados. Ed. Difusión Avances de Enfermería (DAE). ISBN: 978-84-92815-20-3. Madrid, 2011.
- Soldevilla JJ, Torra JE, Rueda J, Arboix M. Etiopatogenia de las úlceras vasculares. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds.). Atención Integral de las Heridas Crónicas. Madrid: SPA, 2004.

*Alba García Cuesta
Virtudes Niño Martín*

El paciente diabético. Pie diabético

Introducción

En España, la prevalencia de diabetes mellitus es del 9,9% en la población general y del 25% en los mayores de 70 años, con cifras de diabetes desconocidas (no diagnosticadas) de hasta el 5,9% de la población, según el territorio. Casi 9 de cada 10 casos de diabetes son de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) o diabetes mellitus no insulino-dependiente. La prevalencia española es superior a la media de la Comunidad Europea, donde se sitúa en el 7,5%. La frecuencia de diabetes está aumentando de forma paralela al incremento de la obesidad.

La DM2 es la principal causa de ceguera, insuficiencia renal terminal y amputación no traumática de las extremidades, y uno de los principales factores de riesgo para enfermedad cardiovascular y cerebrovascular.

Concepto

La diabetes mellitus (DM) es una alteración metabólica crónica con un gran impacto socioeconómico por su elevada morbimortalidad. Se la define fisiopatológicamente por la deficiencia absoluta o relativa de insulina que conduce al aumento de la glucosa sanguínea (hiperglucemia) y alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas.

Sintomatología

- Poliuria.
- Polidipsia.
- Astenia.
- Pérdida de peso.
- Polifagia.

Factores de riesgo relacionados

- Inactividad física.
- Sobrepeso.
- Antecedentes de intolerancia a la glucosa, glucemia basal alterada o elevación de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) > 5,7%.
- Dislipemia (colesterol HDL < 35 mg/dl y/o triglicéridos > 250 mg/dl).
- HTA > 140/90 mmHg.
- Tabaquismo.
- Enfermedad cardiovascular.
- Historia familiar de diabetes (primer grado).

Los cuidadores juegan un papel fundamental en la educación del paciente al fomentar un cambio de actitud y de comportamientos que promuevan la responsabilidad del paciente en el manejo de su enfermedad.

Tipo de diabetes

El defecto común a todos los tipos de DM es la deficiencia de insulina, que impide el control de la glucemia. En el caso de la diabetes tipo 1, este defecto puede ser absoluto (en la que existe una secreción cuantitativamente insuficiente) y en la diabetes tipo 2, relativo (en la que la secreción no está abolida, existiendo una resistencia a su acción).

Diabetes mellitus tipo 1

Suele aparecer en personas jóvenes y comienza de forma aguda con una hiperglucemia grave, clínica de cetosis y pérdida de peso, acompañada de poliuria y polidipsia.

Se caracteriza por un déficit absoluto de insulina, debido a la destrucción de los islotes de Langerhans por mecanismos autoinmunes. Los pacientes precisan siempre tratamiento de insulina.

Diabetes mellitus tipo 2

Se debe a un déficit progresivo de la secreción de insulina asociado a un estado de resistencia a su acción. La DM2 puede cursar, por tanto, con niveles normales

o elevados de insulina. La insulinoresistencia se debe fundamentalmente a un defecto posreceptor asociado a la obesidad y, con menor frecuencia, a una disminución del número o de la afinidad de los receptores insulínicos. El nexo entre la obesidad y la diabetes podría encontrarse en la resistina, una hormona adipocitaria que provoca resistencia insulínica. Otro defecto detectado en los pacientes con DM2 es una alteración funcional de la célula beta, caracterizada por una respuesta anómala en la liberación de insulina tras la estimulación con glucosa. Puede permanecer asintomática durante años, por lo que se suele diagnosticar por el hallazgo de una hiperglucemia en alguna analítica casual.

En las personas mayores nos encontramos, en principio, con la diabetes tipo 2 como resultado de que el organismo no produce la cantidad suficiente de insulina para metabolizar la glucosa o la que produce actúa de forma inadecuada, produciendo una sintomatología subaguda característica (polidipsia, poliuria y polifagia).

Existen otros tipos de DM: enfermedad del páncreas exocrino, enfermedades endocrinológicas, defectos genéticos de la función β o de la acción de la insulina, inducidas por fármacos o por infecciones.

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos de DM son:

- Síntomas clásicos de la diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicable) y glucosa plasmática en cualquier momento ≥ 200 mg/dl.
- Glucosa plasmática en ayunas de al menos 8 horas ≥ 126 mg/dl.
- Glucosa plasmática ≥ 200 mg/dl a las 2 horas de una sobrecarga oral de 75 g de glucosa.

Estos criterios deben confirmarse en un segundo análisis.

La DM se define por los criterios diagnósticos de la American Diabetes Association (ADA), revisados en 2010 y que se reflejan en la tabla 1.

- **Hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$.** Determinada por un método certificado por el *National Glycohemoglobin Standardization Program* (NGSP) y estandarizada al ensayo de referencia del *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT). Calcula la cantidad de glucosa unida a los hematíes. Como estos viven en el torrente circulatorio unos 120 días, la prueba mide la cantidad de glucemia media en las últimas semanas. Su control de forma sistemática es un indicador de calidad asistencial.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de diabetes

1. Hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$
2. Glucosa plasmática en ayunas o basal (GPA) ≥ 126 mg/dl
3. Glucemia posprandial a las 2 horas ≥ 200 mg/dl
4. Síntomas de diabetes más una glucosa plasmática al azar ≥ 200 mg/dl

CATEGORÍAS DE MAYOR RIESGO DE DIABETES

Alteración de la glucosa en ayunas o basal (AGA): GPA entre 100-125 mg/dl

Alteración de la tolerancia a la glucosa (ATG): glucosa plasmática a las 2 h entre 140-199 mg/dl

HbA1c 5,7-6,4%

- **Glucosa plasmática en ayunas o basal (GPA) ≥ 126 mg/dl.** Definida como ninguna ingesta calórica en las últimas 8 horas.
- **Glucemia posprandial a las 2 horas ≥ 200 mg/dl.** Test de tolerancia oral a glucosa, realizada con 75 g de glucosa anhidra siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.
- **Síntomas de diabetes más una glucosa plasmática al azar ≥ 200 mg/dl.** Poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicable o crisis de hiperglucemia. Definida como cualquier momento del día independientemente del momento de la última ingesta.

158

Anamnesis

- Edad y características de inicio de la DM (cetoacidosis, analítica de control, etc.).
- Historia de educación sobre la DM, de alimentación, estado nutricional y peso.
- Revisión de programas terapéuticos previos y respuesta a los mismos (registros de HbA1c).
- Cetoacidosis: frecuencia, gravedad y causas.
- Hipoglucemia: frecuencia, gravedad y causas, conciencia de la hipoglucemia por parte del paciente.
- Tratamiento actual de la DM, resultados de monitorización de la glucosa y uso dado a los datos por el paciente.

- Historia de complicaciones: retinopatía, nefropatía, neuropatía sensitiva, neuropatía autonómica (incluyendo disfunción sexual y gastroparesia), enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica y otras (problemas psicosociales, enfermedad dental).

Exploración física

- Peso, talla e IMC (índice de masa corporal).
- Tensión arterial, incluyendo medición ortostática si está indicada.
- Fondo de ojo.
- Palpación tiroidea.
- Exploración de la piel: *acantosis nigricans*, lugares de inyección de insulina.
- Exploración completa de los pies: inspección, pulsos (pedio dorsal y tibial posterior), reflejos (patelar, aquileo), sensibilidad (propioceptiva, vibratoria, al monofilamento).

Exploraciones complementarias

Análisis de laboratorio:

- Si no se dispone de resultados en los últimos 2-3 meses: HbA1c.
- Si no se dispone de resultados en el último año: Perfil lipídico: colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos. Pruebas de función hepática. Albuminuria y cociente albúmina/creatinina en orina. Creatinina en sangre, cálculo de la tasa de filtrado glomerular. TSH: en DM1, dislipemia y mujeres > 50 años.

Remisión a especialistas:

- Oftalmología: exploración anual con dilatación pupilar.

Tratamiento

El tratamiento de la DM está planteado para conseguir unos valores de glucosa en sangre próximos al rango no diabético tanto como sea posible.

Hay que tener en cuenta que un buen control glucémico se asocia con un descenso de la incidencia de retinopatía, nefropatía y neuropatía, pero aumenta el riesgo de hipoglucemia y dificulta el control ponderal.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Los componentes del tratamiento son:

Educación diabetológica

La educación del paciente diabético es uno de los aspectos más importantes del tratamiento. Es un proceso continuo que comienza en el momento del diagnóstico y continúa durante toda la vida, estando implicadas la Atención Primaria y la Especializada. La educación en diabetes es la base del tratamiento y pretende conseguir la implicación del paciente para su autocuidado.

El objetivo de la educación es que sea el paciente el conductor de su proceso y el equipo asistencial pase a un segundo plano como apoyo acompañante para lograr ser autosuficiente en las decisiones diarias.

Cambios en el estilo de vida

Las intervenciones centradas en programas de cambios de estilo de vida dirigidos a la práctica del ejercicio físico habitual y a la disminución del peso en pacientes con sobrepeso u obesidad han demostrado ser eficaces en la diabetes tipo 2 en pacientes de riesgo elevado reduciendo su incidencia. Los requerimientos de energía diaria disminuyen con la edad, incluso durante el envejecimiento sano.

160

ALIMENTACIÓN

La DM tipo 2 puede prevenirse evitando el sobrepeso. Es importante que la persona mayor conozca:

- Los alimentos que influyen sobre la glucemia, las grasas y la presión arterial.
- Intercambiar por equivalencias alimentos con igualdad de hidratos de carbono.
- Cuáles son los alimentos que contienen mayor nivel de calorías.

Podemos destacar como puntos principales de la alimentación para la persona con diabetes:

- Control del peso.
- Alimentación equilibrada (hidratos de carbono o azúcares 50-60%, lípidos o grasas 25-35% y proteínas 15%).

- Restricción de alcohol. No está recomendado, en todo caso una cantidad moderada, inferior al 5% de la cantidad de calorías totales. Una medida de alcohol, es igual a 1 g de alcohol = 7 kcal.
- Restricción de hidratos de carbono de absorción rápida y edulcorantes nutritivos.
- Distribución de los alimentos en diferentes ingestas:
 - Realizar cinco comidas al día.
 - Consumir diariamente de 4 a 6 raciones de legumbres e hidratos de carbono (pan, cereales, pasta o patata). De 3 a 5 raciones de verdura. De 2 a 4 piezas de fruta de tamaño mediano. De 2 a 3 raciones de lácteos.
- Escoger las cocciones suaves, más recomendables para facilitar la digestión.
- Si acude a actos sociales o celebraciones, procurar tomar poca cantidad de dulces o helados y siempre de postre de una comida principal.
- Limitación en la ingesta de grasas, en especial las saturadas.
- Incrementar la ingesta de fibra (legumbres, arroces integrales) preferiblemente de origen natural.

EJERCICIO FÍSICO

El ejercicio físico regular se considera un componente importante en la prevención y tratamiento de la DM tipo 2 por los beneficios derivados de sus efectos sobre la sensibilidad a la insulina, el control glucémico, la adiposidad, así como otros factores de riesgo cardiovasculares y psicológicos.

TABACO

El hábito tabáquico presenta un riesgo cardiovascular aún mayor que la obesidad, por lo que se debe intentar su abandono de forma activa en los pacientes con DM tipo 2.

Consejos para dejar de fumar: tomar conciencia para un cambio de actitud: lo primero que debe hacer es cambiar una mentalidad que le lleva a un hábito que perjudica muy seriamente su salud. Cuidar su alimentación. Dormir bien: le ayudará a relajarse y recuperar la tensión que le produce las ganas de fumar. Preparar un buen programa para ocupar su tiempo. Moverse, hacer ejercicio y tomar agua. Aprender a superar el impulso de fumar: no automedicarse y aprender a relajarse.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Autoanálisis de glucemia capilar/medidas de autocontrol

Es una sencilla técnica realizada por el propio paciente o su cuidador. El autoanálisis es una parte muy importante del autocontrol, pudiendo observar y medir mediante un glucómetro las variaciones de glucosa a lo largo del día.

Finalidad:

- Conocer niveles de glucemia en el tiempo. El nivel normal de glucosa en ayunas se eleva porque las células se vuelven menos sensibles a los efectos de la insulina.
- Relacionar niveles de glucemia, tratamiento y hemoglobina glicosilada.
- Realizar los ajustes terapéuticos necesarios.
- Enseñar al paciente a reconocer y actuar ante situaciones especiales: hipo/hiperglucemia.

Instrucciones individualizadas al paciente sobre frecuencia del autoanálisis

En diabéticos bien controlados o estables se recomendará:

- Tratados con dieta: habitualmente no indicado.
- Tratados con fármacos orales:
 - No secretagogos (metformina, inhibidores de las alfa-glucosidasas, glitazonas): habitualmente no indicado.
 - Secretagogos (sulfonilureas, glinidas y gliptinas) solos o combinados: 1-3 determinaciones/semana.
- Tratados con insulina: 6-7 determinaciones pre y posprandiales/semana (perfil glucémico).

El paciente dispondrá de una libreta de anotaciones donde registrará los resultados de las determinaciones de glucemia capilar y los perfiles glucémicos, así como cualquier incidencia que le ocurra.

Se recomienda aumentar la frecuencia de determinaciones en pacientes mal controlados, en cambios/ajustes del tratamiento y en caso de enfermedad recurrente.

En las visitas de seguimiento por parte de su médico o enfermero se evaluará la utilización, indicación, frecuencia y técnica del autoanálisis. Se educará al paciente

en el manejo y técnica correcta del medidor de glucosa, así como en las solicitudes de entrega de todo el material: reflectómetro, tiras, agujas, lancetas, etc.

Tratamiento farmacológico

En los pacientes con DM2, si después de 3-6 meses con medidas no farmacológicas no se ha conseguido un control apropiado, se recomienda asociar antidiabéticos orales (ADO). En la actualidad, los ADO van dirigidos a corregir alguno de los mecanismos implicados en la hiperglucemia (la disminución de secreción de insulina por la célula beta pancreática, el aumento de la resistencia a la insulina en tejidos periféricos y en hígado, o la absorción de hidratos de carbono con la ingesta de alimentos). Los principales grupos son:

- **Secretagogos.** Estimulan la secreción de insulina:
 - Sulfonilureas.
 - Derivados de las meglitinidas (repaglinida, nateglinida): son secretagogos de acción rápida.
- **Insulinsensibilizadores.** Disminuyen la resistencia insulínica:
 - A nivel de hígado, disminuyendo la neoglucogénesis y, consecuentemente, la liberación hepática de glucosa: biguanidas (metformina).
 - A nivel de tejidos periféricos, aumentando la captación de glucosa y disminuyendo la liberación de ácidos grasos libres: tiazolindionas (glitazonas).
- **Inhibidores de las alfa-glucosidasa intestinales.** Disminuyen la absorción de hidratos de carbono al inhibir el desdoblamiento de disacáridos (acarbose, miglitol).

Los criterios de selección del tipo de medicamento a utilizar dependerán del tipo de alteración metabólica subyacente, el estado funcional de la secreción de insulina y de las características del paciente (principalmente edad, función hepática y renal y alergias).

Los pacientes que no pueden controlarse adecuadamente con tratamiento oral y dieta necesitan insulina de forma adicional o como sustitución del tratamiento oral. La insulina también puede sustituir a un tratamiento oral para cubrir periodos de estrés importantes, como en el caso de infecciones graves, traumatismos o cirugía mayor.

- **Insulina.** Se utiliza solo en la diabetes tipo 1, puede administrarse sola o en combinación con fármacos hipoglucemiantes orales en la DM tipo 2. La

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

mayoría de las personas mayores con DM tipo 2 no van a necesitar insulina, puede utilizarse en cualquier persona anciana cuya diabetes no puede controlarse adecuadamente solo con agentes orales. La insulina se administra con jeringas especiales. Un dispositivo de inyección de insulina multidosis utiliza un vial que contiene la dosis para varios días. La insulina que no se esté utilizando debe conservarse en la nevera entre 2 y 8 °C, no debe guardarse nunca en el congelador ni cerca de elementos refrigerantes de la nevera. Debe protegerse de la luz y del calor.

La insulina se inyecta bajo la piel (administración subcutánea), nunca directamente en vena o músculo. Las mejores zonas para la inyección son: la zona del abdomen, la parte frontal del muslo, la parte externa superior del brazo y la región glútea. El efecto de la insulina será más rápido si se realiza la inyección en el abdomen.

Se debe variar constantemente el punto de inyección dentro de la misma región, para evitar abultamientos de la piel.

Apoyo psicológico y social

- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Determinar los sistemas de apoyo formal e informal actualmente en uso.
- Implicar a la familia/seres queridos en los cuidados y la planificación.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar, etc. (si procede).

164

Complicaciones agudas

Cetoacidosis diabética

Como consecuencia de la disminución de insulina y el aumento de hormonas contrainsulares se estimula la lipólisis, produciéndose ácidos grasos libres que originan cuerpos cetónicos.

Manifestaciones clínicas

- Hiperketonemia, cetonuria, fotor cetonémico (olor a manzanas debido a la presencia de cuerpos cetónicos en el aliento).

- Acidosis metabólica (que cursa con hiperventilación o respiración de Kussmaul, vómitos e hiperpotasemia).
- Sensación de malestar (náuseas y vómitos).
- Piel seca y enrojecida.
- Hiperglucemia, glucosuria y diuresis osmótica que acentúa las alteraciones hidroelectrolíticas ya existentes.
- Puede producirse una disminución del nivel de conciencia y coma.

Factores desencadenantes

- La producción/administración insuficiente de insulina.
- La administración insuficiente de fármacos hipoglucemiantes.
- Las situaciones estresantes que aumentan la producción de hormonas contrainsulares, como infecciones, infarto agudo de miocardio o traumatismos.

Actuación

- Controlar el nivel de azúcar en sangre.
- Controlar el nivel de acetona en orina, si es posible.
- Consulte inmediatamente al médico.

Coma hiperosmolar

Se debe a la disminución de insulina y el aumento de hormonas contrainsulares, pero el cuadro incluye solamente las consecuencias de la hiperglucemia extrema, es decir, la depleción hidrosalina, con una deshidratación intracelular a nivel cerebral que puede conducir a la disminución del nivel de conciencia y el coma.

Hipoglucemia

Se define como una glucemia < 50 mg/dl en sangre capilar (o < 60 mg/dl en sangre venosa).

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Manifestaciones clínicas

- Síntomas y signos neurogénicos: se presenta de forma rápida (palidez, sudoración, ansiedad, temblor, palpitaciones, taquicardia e hipertensión), intensidad relacionada con la brusquedad de la instauración.
- Las manifestaciones de la neuroglucopenia (privación cerebral de glucosa): cefaleas, mareo, irritabilidad, dificultad para la concentración, agresividad, somnolencia, confusión, visión borrosa, convulsiones y pérdida de conocimiento.

Factores desencadenantes

- Cambio de horario de las comidas.
- Prescindir de alguna comida o no tomar hidratos de carbono suficientes.
- Realizar más ejercicio físico del habitual.
- Una dosis excesiva de insulina o de algunos medicamentos para la diabetes.
- Tomar alcohol en exceso.

Actuación

- Deberá tomar pastillas de glucosa o un producto azucarado (galletas, zumo de fruta, caramelos).
- Si sospecha que se avecina una hipoglucemia, no debe administrarse insulina.
- Deberá informar a los familiares o cuidadores que si está inconsciente no deben darle nada de comer o beber, que le recuesten de lado y busquen rápidamente asistencia médica.
- Puede recuperar el conocimiento más rápido si le administra una inyección de glucagón una persona que sepa cómo hacerlo.

Complicaciones tardías

La mayoría de las complicaciones de la diabetes de larga duración se deben a alteraciones vasculares (por micro y macroangiopatía) en diferentes órganos, aunque también se producen lesiones directas localizadas en el sistema nervioso periférico.

La microangiopatía se asocia por igual a ambos tipos de DM; por el contrario, la macroangiopatía aparece con mayor frecuencia en la DM2.

Microangiopatía

- **Retinopatía diabética.** Es la complicación más frecuente de la diabetes, estando presente en un 20-40% de los casos en el momento del diagnóstico y en un 60% a los 20 años. Se ha calculado que su aparición tiene lugar alrededor de 12 años después del comienzo de la enfermedad.
- **Nefropatía (enfermedad renal diabética).** Aparece en el 20-40% de los pacientes con DM, provocando un incremento de la morbilidad y de la mortalidad prematuras. Es una alteración de la función renal (elevación de los niveles de albúmina urinaria y/o elevación de la creatinina sérica) asociada a cambios morfológicos, lo que puede conducir a una insuficiencia renal.
- **Neuropatía.** Es una complicación frecuente, casi siempre de aparición tardía, que altera considerablemente la calidad de vida del paciente diabético. Puede manifestarse como una neuropatía sensitivo-motora (poli-neuropatía), generalmente simétrica, que comienza por las extremidades inferiores de forma distal, contribuyendo, junto a otros factores, a la fisiopatología del “pie diabético”. Se relaciona con el tiempo de evolución de la diabetes y con la hiperglucemia, asociándose muy frecuentemente a la nefropatía y a la retinopatía.

Macroangiopatía

- Los pacientes diabéticos presentan una alta incidencia de complicaciones macrovasculares debidas tanto a la enfermedad como a las comorbilidades asociadas. Además, la enfermedad vascular en los diabéticos cursa muy frecuentemente de forma silente o atípica, por lo que su presencia reviste especial gravedad. En todos los pacientes diabéticos deben buscarse con periodicidad signos o síntomas de arteriopatía periférica, enfermedad coronaria o enfermedad cerebrovascular, además de dolor abdominal posprandial (isquemia mesentérica) e insuficiencia cardiaca.
- Respecto a la arteriopatía periférica, su espectro clínico va desde la ausencia de sintomatología a la claudicación intermitente (con limitación de la capacidad de ambulación) y, finalmente, a la isquemia crítica de las extremidades, que puede llegar a requerir la amputación del miembro.

Cuidados de los pies

El pie diabético es una alteración clínica de etiología neuropática e inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, se produce lesión y/o ulceración en el pie.

También se le puede definir como el “síndrome del pie diabético”, resultante de la interacción de factores predisponentes (neuropatía y angiopatía), desencadenantes (traumatismos y deformidades) y agravantes (infecciones y alteraciones isquémicas).

Las úlceras en los pies de los pacientes diabéticos son una de las complicaciones más frecuentes y aparecen en el curso de la enfermedad en el 15% de estos pacientes.

La base inicial para la aparición del pie diabético es la hiperglucemia mantenida en el tiempo. Podemos diferenciar tres tipos de factores que intervienen en la aparición de úlceras en el pie diabético:

Factores predisponentes: favorecen la lesión

168

PRIMARIOS

Neuropatía diabética: se define como la presencia de síntomas y signos de disfunción nerviosa periférica, afectando a las fibras nerviosas sensitivas, motoras y autonómicas.

Neuropatía sensitiva: causa la insensibilidad del pie a estímulos normalmente dolorosos. En sus inicios se altera la sensibilidad profunda (sentido de la posición de los dedos y los reflejos intrínsecos de los mismos). Posteriormente se altera la sensibilidad superficial (táctil, térmica y dolorosa).

Neuropatía motora: causa la atrofia de la musculatura intrínseca de los pies, provocando acortamiento tendinoso, que produce diferentes deformidades y altera la distribución de las cargas en los mismos. Da lugar al engrosamiento de la piel o hiperqueratosis en los puntos de apoyo.

Neuropatía del sistema nervioso autónomo: se produce por una afectación de las fibras simpáticas eferentes del arco reflejo que acompañan a los nervios periféricos. Contribuye al síndrome del pie diabético, disminuyendo la sudoración local. La piel pierde hidratación y aparecen fisuras (generalmente en los talones) que suelen ser el inicio de úlceras y la puerta de entradas de infecciones.

Macroangiopatía diabética: es debida a la arteriosclerosis acelerada de las arterias de mediano y gran calibre, produciéndose un estrechamiento y obliteración arterial. Se caracteriza por un engrosamiento fibroso celular y lipídico de la capa íntima de las arterias. Suele ser más frecuente en la arteria femoral profunda y las distales a la rodilla. Esta disminución conduce a la necrosis cutánea, que da lugar a la úlcera isquémica o neuroisquémica.

Microangiopatía diabética: afecta a los capilares, arteriolas y vénulas de todo el organismo. Es debido a la hipertrofia en la capa íntima de estos vasos, sin estrechamiento de la luz vascular. El engrosamiento de la membrana basal en los capilares produce una alteración en la permeabilidad, esto conduce a un deterioro en el normal intercambio metabólico celular. En el riñón se manifiesta por microalbuminuria (nefropatía) y en el ojo por la formación de exudados (retinopatía).

SECUNDARIOS

Artropatía neuropática diabética: es debida a la denervación osteoarticular. Origina una desestabilización articular, que conlleva un mal reparto de las cargas de presión en los pies.

Nivel socioeconómico: cuando existe un bajo nivel cultural, social y familiar del paciente y su entorno condiciona una mayor incidencia de lesiones y complicaciones a la vez de una peor evolución.

Factores desencadenantes: precipitan la lesión

Traumatismos: los más frecuentes son los mecánicos causados por el calzado. La mitad de las úlceras neuropáticas y neuroisquémicas se originan sobre callosidades o hiperqueratosis en los dedos de los pies. Los traumatismos térmicos se producen al introducir el pie en agua demasiado caliente, andar descalzo en arena caliente, utilizar bolsa de agua muy caliente, descansar muy cerca de una estufa... Los químicos son causados por la aplicación inadecuada de agentes queratolíticos (callicidas y ácido salicílico).

Deformidades en los pies: debidas a la neuropatía motora y artropatía (dedos en martillo, *hallux valgus*, etc.) favorecen el aumento de presión en la zona, provocando hiperqueratosis. Éstas se consideran en el pie diabético lesiones preulcerosas.

Factores agravantes

No son los responsables del inicio de la úlcera, excepto en las situaciones en que la ruptura de la piel es causada de forma directa por infecciones fúngicas, pero

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

sí intervienen en la evolución de la misma una vez aparecida. Son la infección y la isquemia.

La infección en una úlcera en el pie diabético retrasa su curación y modifica radicalmente el pronóstico evolutivo de la lesión. Los procesos de respuesta a la infección (incremento de perfusión local, formación de edema e infiltración leucocitaria) están alterados en el paciente diabético. Por ello sus heridas no evolucionan igual que en un paciente sano.

La isquemia originada por la macro y microangiopatía compromete el aporte de oxígeno a la lesión.

Diagnóstico

Requiere una previa inspección y exploración de las extremidades inferiores por parte del facultativo y de los profesionales de enfermería.

En la exploración de la neuropatía se valora:

- La sensibilidad a la presión ligera se realiza determinando el umbral de percepción cutánea mediante el monofilamento de Selles-Weinstein.
- Sensibilidad vibratoria. Se explora mediante un diapasón o un neuroten-símetro.
- La sensibilidad térmica.

En la exploración de la macroangiopatía: palpación de los pulsos, índice tobillo/brazo y la presión parcial de oxígeno trascutánea (prueba que mide el suministro de oxígeno desde el sistema respiratorio hasta los tejidos a través del flujo sanguíneo).

Intervenciones

CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO

Abandonar el hábito tabáquico: el hecho de dejar de fumar aumenta considerablemente la distancia recorrida del paciente ante la cual aparece la sintomatología dolorosa.

Incrementar las actividades físicas: recomendando un ejercicio moderado, cuando estos no estén incapacitados por lesiones o úlceras en los pies. Este ejercicio debe ser andar como mínimo 1 hora al día. Los pacientes con claudicación intermitente deben caminar hasta que aparezca el dolor, detenerse

hasta que este ceda y volver a reiniciar la marcha. No es recomendable andar con dolor, pues no aporta ningún beneficio.

Control de la dieta para evitar el sobrepeso y obesidad.

Buen control de la glucemia y de la hemoglobina glicosilada (debajo de 6,5 o 7%).

HIGIENE Y RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO

HIGIENE

- **Lavado:**

- Los pies deben de ser lavados a diario.
- Utilizar agua a una temperatura de 30-37 °C (templada) y jabón neutro.
- No se debe de alargar el lavado más de 5 o 10 minutos, puede desencadenar maceraciones entre los dedos.
- Lavar todo el pie sin olvidar las zonas interdigitales.
- Se recomienda no frotar, lo ideal es realizarlo con las manos, esponjas o manoplas suaves.

- **Secado:**

- Se recomienda secar bien los pies, sobre todo entre los dedos.
- No utilizar fuentes de calor (secadores).
- Evitar fricciones y usar toallas suaves, especialmente de algodón.

- **Hidratación:**

- Se aconseja la utilización de cremas hidratantes, aplicar una capa fina mediante un masaje suave en sentido ascendente desde los dedos hasta las rodillas.
- Evitar restos de crema entre los dedos para evitar la maceración.

CUIDADO DE LAS UÑAS

- Una vez finalizado el lavado de los pies, se recomienda el corte de las uñas por estar blandas.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Las uñas mal cortadas, demasiado largas o cortas pueden causar infecciones y problemas. No recortarlas demasiado. El corte debe ser horizontal, dejando rectos los bordes.
- Utilizar tijeras con punta roma o lima de cartón, nunca utilizar alicates de manicura, limas metálicas, hojas de afeitar o tijeras con punta.

CUIDADOS DIARIOS

Diariamente se explorarán con cuidado los pies, asegurándose de una buena fuente de luz, poniendo especialmente hincapié en la zona plantar y los talones.

Vigilar el estado de la piel:

- Ampollas.
- Grietas, heridas o úlceras.
- Cambios de coloración en la piel.
- Hiperqueratosis plantar y de los talones.
- Onicocriptosis (comúnmente llamada uña encarnada, es una afección bastante corriente que ataca por lo general al dedo gordo).
- Lesiones y helomas dorsales o interdigitales (clavos, ojos de gallo), que aparecen con frecuencia en los puntos de los pies que reciben presión intermitente y repetida, lo que estimula el crecimiento de la capa córnea de la piel como mecanismo de defensa.
- Piel seca (xerosis).
- Controlar las deformidades existentes como dedo en martillo, *hallus valgus*...

CALZADO

- Debe ser de cuero, flexible, ligero, cerrado y ajustable con cordones o velcro.
- Suela antideslizante y tacón firme.
- Sin costuras interiores, que se adapte bien a la forma del pie (ni demasiado holgados ni demasiado justos).
- Cada día explorar el interior del calzado para identificar zonas de roce o cuerpos extraños.

- No conviene caminar descalzos.
- Se aconseja tener dos pares para alternarlos y airearlos entre cada uso.
- Cuando los pies tienen deformidades, se debe utilizar calzado especial.
- Cuando se disponga de zapatos nuevos, se usarán poco tiempo los primeros días para posteriormente ir aumentando su uso.
- Recomendar los zapatos posquirúrgicos.

CALCETINES

- Mantener los pies calientes y cambiar diariamente los calcetines o medias.
- Deben ser suaves, preferiblemente de algodón, lana o hilo, sin costuras ni dobleces.
- Los elásticos no deben ser fuertes, ya que dificultan el retorno venoso.

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE LOS PIES

- Examen rutinario de los pies.
- Valoración del déficit de autocuidados. Higiene deficiente de los pies. Calzado no adecuado.
- Valoración desde punto de vista clínico: la localización de la úlcera, su aspecto, la presencia de exudado (seroso, hemático, serohemático y purulento).

CURA LOCAL DE LAS LESIONES EN EL PIE DIABÉTICO

Lavado exhaustivo de todo el pie: con esponja jabonosa de colágeno, desde el lecho hacia la periferia.

La limpieza de la herida: consultar con la enfermera de referencia. No se recomienda ningún producto antiséptico en el lecho de la herida, debido a su capacidad citotóxica sobre los queratocitos y fibroblastos. Los antisépticos tópicos solo tienen utilidad para disminuir la carga bacteriana en las heridas infectadas. Su uso en el tratamiento de pie diabético es hoy en día muy controvertido.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Descargas de la presión: el aumento de presión en puntos de apoyo es una de las causas que ocasionan las úlceras neuropáticas, representando aproximadamente el 70% de las lesiones.

Bibliografía

- American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2010; 33(Suppl. 1):S62-9.
- Cánovas Gaillemín B, Peña Cortés V, Llamazares Iglesias O, Vázquez Martínez C. Diabetes mellitus. Recomendaciones internacionales. Dietas por raciones y equivalencias. En: De Luis Román DA, Bellido Guerrero D, García Luna PP (Eds.). *Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 2010; 163-72.
- Chou KL, Chi I. Functional disability related to diabetes mellitus in Older Hong Kong Chinese population. *Gerontol* 2005; 51:334-9.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA n.º 2006/08.
- Hernández Martínez-Esparza E, González García F. *Prevención del lecho de la herida: Úlceras Vasculares y Pie Diabético*. Madrid: Adalia Farma, 2004.
- Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S, Swanson E (Eds.). *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC 2.ª Ed.* Barcelona: Elsevier España, 2007.
- Moorhead S, Jonson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de resultados de enfermería*. 4.ª ed. Barcelona: Ed. Elsevier Mosby, 2008.
- Niño Martín V. *Cuidados enfermeros al paciente crónico. Serie Cuidados Avanzados*. Ed. Difusión Avances de Enfermería (DAE). ISBN: 978-84-92815-20-3. Madrid, 2011.
- Sánchez Aragón FJ, Rivas San Martín G, Ramos Blanco, L, Martín Lázaro JL. *Jornadas de Actualización sobre el Pie Diabético*. Abril 2005. Madrid.
- Valero Zanuy MA, León Sanz M. *Nutrición en la diabetes mellitus*. Gil Hernández A (Dir.). *Tratado de Nutrición. Tomo IV. Nutrición Clínica*. 2.ª ed. Madrid: Médica Panamericana, 2010; 471-90.

Alteraciones de la marcha y el equilibrio. Prevención de caídas. Osteoporosis

Introducción

La función de caminar constituye una actividad básica de la vida diaria (ABVD), que no por serlo, deja de ser una de las más complejas que realizamos las personas. Es la más importante para desplazarnos y la que verdaderamente por sí misma define la movilidad. Junto a esta ABVD, la capacidad para mantener el equilibrio y la posición erecta constituye la base fisiológica imprescindible para llevar a cabo la deambulación eficaz y eficiente a cualquier edad. El envejecimiento por sí mismo no debe acompañarse inevitablemente de alteraciones patológicas de la marcha y el equilibrio, ya que la reserva funcional debe ser suficiente como para evitar que se produzcan. Por otra parte, el mantenimiento de la marcha y el equilibrio es uno de los requisitos más importantes para un envejecimiento activo, positivo y satisfactorio, ya que los trastornos de la marcha y el equilibrio son causa importante de pérdida de la independencia.

Probablemente uno de los problemas más frecuentes, graves y preocupantes que se presentan en las personas mayores, tanto si viven en sus domicilios como si permanecen ingresadas en instituciones residenciales o Centros de Día, sean las caídas, y junto a ellas como mayores responsables, las alteraciones del equilibrio y la marcha. Son múltiples las circunstancias y consecuencias asociadas a estos dos problemas, clásicamente considerados síndromes geriátricos, nominación que se han ganado por ser muy frecuentes en la vejez, infrecuentes en otras edades, obedecer a etiología o causas múltiples, ser frecuentemente ignorados como problemas tratables, propiciar la cascada de desastres que abocan al individuo a la inmovilidad y deterioro funcional subsecuente y, sobre todo, porque el abordaje desde la Geriátrica, como especialidad médica, proporciona comprobados beneficios al disminuir la mortalidad y morbilidad asociada a ellos, ya que, mediante un proceso exhaustivo de valoración, se consigue descubrir causas tratables de los mismos, que con un plan de cuidados adecuado proporciona las claves para evitar, paliar o mejorar dichos síndromes geriátricos. Así pues, resulta muy procedente considerar conjuntamente el estudio de los trastornos de la marcha y equilibrio con las caídas y la propia osteoporosis, puesto que todos ellos y la inmovilidad o deterioro funcional se

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

relacionan y suelen presentarse juntos, especialmente en las personas muy mayores y más frágiles.

Sobre la frecuencia de estos problemas o prevalencia y epidemiología hay que decir que es muy alta y variable, con diferencias tanto por rangos de edad y sexo desde los 65 años en adelante como dependiendo del espacio vital o lugar de vida del anciano (domicilio, institución u hospitales). Para hacernos una idea sobre lo frecuente que son en los ancianos, podríamos decir:

- Para trastornos de la marcha y equilibrio: un 15% entre 60-65 años, un 20-30% entre 65 y 75 años, y un 40-50% en mayores de 80 años.
- Para osteoporosis: la prevalencia aumenta claramente con la edad, llegando al 80% en los mayores de 85 años.
- Para las caídas: los datos conocidos aportan que un tercio de los mayores de 65 años que viven en sus casas se caen una vez al año (1 de cada 3) y casi la mitad de ellos se caen más de una vez. En las Residencias se estima una frecuencia de 0,6-3,6 caídas por residente y año, siendo también aproximadamente un 50-60% los que se caen en las Residencias más de tres veces.

Por otra parte, debemos decir que los citados síndromes geriátricos son los mayores causantes del ingreso en Residencias, después de la propia inmovilidad o síndrome de deterioro funcional, y que todos ellos pueden ser la forma de manifestación inicial en los ancianos de enfermedades graves o importantes que tienen tratamiento y a veces son ignoradas por el anciano, la familia y el propio médico que los trata habitualmente.

176

Consideraciones sobre alteraciones de la marcha

El simple hecho de observar cómo caminan las personas mayores nos da la pauta sobre cómo la marcha va cambiando con la edad de manera normal o fisiológica y se hace más lenta, más prudente y algo diferente que en edades previas. ¿Cuándo empieza a cambiar?: esta pregunta es difícil de responder, pues depende de muchos factores, como la edad biológica y las características particulares de cada individuo, su sexo y la reserva de sus órganos, aparatos y sistemas, etc. Lo que sí es cierto es que los cambios normales que acontecen sobre la forma de caminar con el paso de los años se van instaurando paulatinamente, igual que se va adquiriendo la marcha normal en el proceso de desarrollo y crecimiento, el cual se estima en unos 3-7 años desde el nacimiento; pero igual que no siempre se adquiere una marcha segura y normal a los 3 años y madura a los 7, esta no decrece o cambia a una edad fija. No obstante, conviene destacar que la lentitud de la marcha ha sido un parámetro corroborado por muchos autores como "indicador de fragilidad", y el enlentecimiento

de la misma como “signo de vitalidad” del anciano, por otros. La velocidad de la marcha, en ausencia de enfermedades y sin antecedentes de caídas, podríamos decir que permanece estable aproximadamente hasta los 60-70 años para declinar un 15-20% por década a partir de los 70.

Independientemente de los cambios normales o fisiológicos que ocurren en la persona mayor con la edad, se presentan con bastante frecuencia problemas patológicos o enfermedades que afectan irremediablemente a la marcha, como la enfermedad de Parkinson o las secuelas de ictus con hemiplejía, etc.

Mención especial merecen las alteraciones de la marcha que ocurren en los ancianos con demencia. Esta se afectará de diferentes formas, como claramente insegura en las demencias subcorticales o claramente incontrolable en las demencias como la enfermedad de Alzheimer.

Así podemos diferenciar:

- **Un patrón de marcha “normal” en la ancianidad** que acontece según van pasando los años y, como se ha dicho, no suele instaurarse bruscamente sino paulatinamente a partir de la edad media de la vida y debe entenderse como una adaptación de la marcha a fin de conseguir una mayor seguridad y confianza en los desplazamientos, y no como una marcha patológica. Se conoce como marcha senil o marcha prudente y se caracteriza por: disminución de la velocidad (por debajo de 0,6 m/s), disminución de la longitud del paso, disminución del braceo, disminución de la cadencia (número de pasos por minuto), aumento de la base de sustentación, aumento del tiempo de apoyo en los dos pies y disminución de la rotación de cadera, rodilla y tobillo.
- **Distintos tipos o patrones de marcha patológica** que tienen distintas causas: neurológicas, cardiovasculares, osteomusculares, sistémicas e inespecíficas; son conocidas con diferentes nombres que aluden a su expresividad clínica y se resumen, algunas de ellas en la tabla 1.

Sistemas de control de la marcha

Para poder caminar adecuadamente es preciso mantener un sistema de control neurológico superior, medio e inferior, además de una adecuada función cardiorrespiratoria, que representa la integración básica entre las estructuras neurológicas, el sistema musculoesquelético, los sistemas sensoriales y las funciones vitales; o sea, la información que recibimos por vías aferentes (sistema propioceptivo) y la que emitimos u ordenamos por vías eferentes; todo ello coordinado y regulado por distintas estructuras y sistemas complejos que podríamos esquematizar como sigue:

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Tabla 1. Marchas patológicas

Marcha atáxica	Con pies separados, pasos lentos e inestables y tendencia a caer, ayudándose o no de la mirada moviendo la cabeza. Puede ser cerebelosa, vestibular o sensitiva.
Marcha apráxica o de Brums o marcha imantada o magnética	La persona ignora las piernas para caminar, como si un imán lo fijara al suelo. Es propia de trastornos que afectan al lóbulo frontal del cerebro y también es la típica de la hidrocefalia normotensiva.
Marcha tambaleante o de pingüino	Forma de caminar parecida a la de un pato o pingüino, propia de distrofias musculares.
Marcha espástica o en tijeras	Caminar rígido con los pies hacia dentro y arrastrando; propia de las lesiones medulares inferiores como la espina bífida.
Marcha equina o en estepaje	Caracterizada por elevación exagerada de la rodilla al caminar, dejando caer el pie, de forma pendular.
Marcha hemiparética o de segador	Propia de pacientes con hemiplejía y caracterizada por caminar con una pierna en extensión, el cuerpo inclinado como si llevara una carga y el pie arrastrando que describe un semicírculo en el suelo.
Marcha paraparética o de gallo	Semeja la forma de caminar de los gallos, en bloque y abriendo mucho los dedos del pie y apoyándolos en la punta (apoyo digitigrado).
Marcha distónica	Apoyando al caminar la parte externa del pie, en mayor o menor grado; propia de lesiones como parálisis cerebral.
Marcha coreica	Caracterizada por bruscos movimientos propulsivos de la pelvis para caminar. Es propia de la enfermedad de Huntington (corea).
Marcha parkinsoniana o festinante	A pasos cortos y rápidos como buscando el centro de gravedad y alternando con periodos de congelación o parada brusca. Es propia de la enfermedad de Parkinson.
Marcha en Tendelenburg	Con sacudidas bruscas hacia atrás del glúteo medio al caminar y apoyar el miembro afectado; propia de trastornos de la articulación de la cadera o de lesiones secundarias a poliomielitis.

Tabla 1. Marchas patológicas (cont.)

Marcha antiálgica o instintiva	Múltiples modalidades de apoyo y formas de caminar para evitar el dolor.
Marcha miopática o balanceante	Balanceando el cuerpo de un lado a otro y exagerando mucho la curvatura lumbar.
Marcha de danzante	Como a pequeños brincos; es propia de la esclerosis múltiple debido a rigidez y falta de coordinación.
Marcha en estrella	Con desplazamientos laterales incontrolables que semejan una estrella al caminar; propia de los trastornos vestibulares.
Marcha taloneante	Apoyando sobre todo los talones y ayudándose con la mirada para controlar los movimientos; es propia de la lesión de los cordones posteriores de la médula.
Marcha en péndulo	Propulsando ambas piernas juntas como un péndulo, apoyándose para ello en dos muletas o bastones.

1. Centros superiores localizados en el encéfalo (corteza cerebral, ganglios basales, tálamo, cerebelo, tronco cerebral).
2. Redes complejas de neuronas localizadas en la médula espinal, responsables de la coordinación rítmica y subconsciente de los grupos principales de músculos implicados en la marcha, así como de la variación y adaptación del patrón de la misma.
3. Sistema somatosensorial, el cual desempeña un papel activo y reactivo importante durante la deambulación; de modo que: las aferencias sensoriales recibidas de los propioceptores de los músculos y articulaciones y de los receptores cutáneos son fundamentales para el control reflejo de la marcha, ya que informan sobre la posición del cuerpo y las extremidades durante las distintas fases del ciclo de la marcha.
4. Sistema vestibular situado en el oído interno, que, junto con la vista (aferencias visuales), desempeñan un papel importante en la estabilización de la cabeza durante la marcha por medio del reflejo vestíbulo-ocular. Este importante reflejo permite estabilizar la vista incluso cuando la cabeza se mueve durante la deambulación.
5. Sistema musculoesquelético, el cual desempeña un papel primordial en la marcha aportando la fuerza muscular necesaria no solo para sostener el

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

cuerpo durante la fase ortostática o de quietud y enderezamiento, sino para desplazarlo hacia delante en la fase de balanceo o cambio de postura.

6. Sistemas cardiovascular y respiratorio que permitan caminar.

Consideraciones sobre alteraciones del equilibrio

Se denomina equilibrio al estado en el cual se encuentra un cuerpo cuando las fuerzas que actúan sobre él se compensan y anulan recíprocamente; y referido concretamente al ser humano, previo a la adquisición de la marcha autónoma, es la capacidad de adoptar la posición vertical y de mantener la estabilidad. Podríamos decir que es el proceso por el cual controlamos el centro de gravedad del cuerpo respecto a la base de sustentación y puede ser dinámico o estático; es decir, cuando estamos de pie en el espacio, nuestro objetivo es mantener el centro de gravedad alrededor de la base de sustentación (equilibrio estático), mientras que cuando iniciamos la marcha, desplazamos continuamente el centro de gravedad respecto a la base de sustentación, y la restablecemos en cada paso (equilibrio dinámico). Múltiples causas conducen a una menor eficacia del control del equilibrio en las personas mayores, como:

1. El deterioro del sistema musculoesquelético y en especial la presencia de sarcopenia (disminución general de fibras y fuerza muscular) y osteopenia (disminución de densidad y resistencia del hueso).
2. La disminución de la fuerza en los miembros inferiores por disminución de fibras musculares tipo II, encargadas de las contracciones rápidas y potentes, que, añadida a los cambios estructurales que se producen en las articulaciones, dificulta una adecuada respuesta ante demandas imprevistas.
5. El fallo de los sistemas de control del equilibrio estático y dinámico, debido a una menor y más lenta respuesta central y periférica a la información recibida a través de los propioceptores (vista, oído, piel...).

Concepto de inestabilidad

La inestabilidad la podríamos definir como esa situación a veces típica y frecuente en los ancianos que se caracteriza por la inseguridad, el titubeo, la falta de equilibrio y la tendencia a caer, especialmente cuando cambian de postura. Se han descrito dos factores de riesgo relacionados con este problema:

- La disminución del diámetro de la pantorrilla.
- La imposibilidad del individuo para mantenerse sobre una pierna durante 5 segundos.

Estas dos circunstancias, frecuentemente, coinciden en el mismo anciano y traducen dos mecanismos fisiopatológicos relacionados con las caídas: uno, la disminución de la capacidad de respuesta y/o velocidad del arco reflejo responsable del mantenimiento del equilibrio, y otro, la atrofia muscular y la deficiente mecánica articular que dificulta la ejecución de una respuesta rápida y efectiva. Es decir: “el anciano carece de mecanismos eficientes para evitar un obstáculo o circunstancia, existente o no, con la misma velocidad y eficacia que lo evita un individuo joven”.

Alteraciones de la marcha y equilibrio en el anciano

Atendiendo a lo expuesto, asumimos que es difícil separar las alteraciones de la marcha y equilibrio por su estrecha relación en el proceso de envejecimiento y, por tanto, las causas y consecuencias tampoco, por lo que se tratan conjuntamente.

Causas de alteración patológica de la marcha y equilibrio

Citamos enfermedades y síntomas o condiciones que alteran la forma de caminar y/o el mantenimiento correcto del equilibrio (tabla 2). También se citan fármacos muy frecuentemente utilizados por el anciano que contribuyen a alterar su marcha y equilibrio (tabla 3) y circunstancias ambientales: barreras arquitectónicas, ayudas técnicas (como sillas de ruedas, andadores, bastones, muletas etc.) en mal estado, mal prescritas o mal adaptadas; cambios de domicilio o residencias y situación de inestabilidad clínica, sobre todo si precisa ingreso hospitalario.

Consecuencia de las alteraciones de la marcha y equilibrio

- **Físicas:** desarrollo brusco o paulatino de un patrón claramente anormal de marcha o forma de caminar. Inmovilismo, caídas, fracturas y deterioro funcional y mental.
- **Funcionales:** deterioro progresivo de la función primordial de la movilidad, limitación en autocuidados, y por tanto, dependencia.
- **Mentales:** afectación psicológica, como depresión, inseguridad, baja autoestima y especialmente el síndrome poscaída, representado por el trauma psicológico del miedo a volver a caerse.
- **Sociales y o sociofamiliares:** sobrecarga del cuidador, mayor probabilidad de ingresos en Residencias, aislamiento, aumento de requerimiento de servicios sociosanitarios, etc.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Tabla 2. Enfermedades que influyen en marcha, equilibrio y caídas

GRUPO	ENFERMEDADES
Neurológicas	Parkinson, demencia, parálisis supranuclear progresiva, corea de Huntington, hidrocefalia normotensiva, secuelas de hemiplejias o ictus en general, esclerosis múltiple y esclerosis lateral amiotrófica (ELA), polineuropatías, etc.
Psiquiátricas	Depresión, síndrome confusional agudo y otros trastornos de conducta.
Cardiovasculares	Valvulares, enfermedad del seno, hipotensión ortostática, fibrilación auricular y otras arritmias, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, arteriopatía periférica y enfermedad venosa crónica avanzada.
Osteomusculares y articulares	Artrosis y osteoporosis (como causa y consecuencia), artritis y deformidades del canal medular que pueden causar estenosis o estrechamientos, discopatía, artritis reumatoide, etc.
De órganos de los sentidos	Cataratas, glaucoma degeneración macular, hipoacusia o sordera, otosclerosis, etc.
Metabólicas	Obesidad, trastornos tiroideos, diabetes mellitus y síndrome metadiabético, etc.
Nutricionales y carenciales	Malnutrición, déficit de vitaminas D y B ₁₂ .
Sistémicas debilitantes	Neoplasias avanzadas.
Enfermedades que causan dolor	Fibromialgia, polimialgia reumática, arteritis de la temporal, etc.
Enfermedad avanzada de órgano vital	Insuficiencia cardiaca avanzada, enfermedad pulmonar crónica, y la propia insuficiencia renal crónica, etc.
Condiciones especiales	Inestabilidad clínica, deformidades graves, anemia, deshidratación.
Problema podológicos	<i>Hallux valgus</i> , dedo en martillo, trastornos ungueales, úlceras, deformidades plantares, espolón calcáneo, esguince recidivante, etc.

Tabla 3. Fármacos que influyen en marcha, equilibrio y caídas

GRUPO DE FÁRMACOS	PRINCIPIOS ACTIVOS
Diuréticos	Furosemida, torasemida, indapamida, clortalidona.
Benzodiazepinas (sedantes, tranquilizantes)	Diazepam, bromazepam, alprazolam, flurazepam, lormetazepam, cloracepato dipotásico.
Antidepresivos	Nortriptilina, amitriptilina, venlafaxina, fluoxetina.
Neurolépticos	Haloperidol, risperidona, tioridazina, olanzapina.
Inductores del sueño	Zolpidem y zopiclona.
Antihistamínicos	Hidroxicina, prometazina, difenhidramina.
Antiepilépticos	Fenitoina, valproato, gabapentina.
Urológicos	Doxazosina, prazosina, terazoxina.
Hipotensores	IECA (enalapril, lisinopril, captopril...). ARA II (eprosartan, valsartan, losartan).
Antiarrítmicos	Amiodarona, flecainamida, digoxina.
Vasodilatadores	Amlodipino, nimodipino, diltiazem, verapamilo.
Beta-bloqueantes	Propranolol, bisoprolol, atenolol.
Opiodes	Tramadol y codeína.
Antianginosos	Dinitrato de isosorbide, nitroglicerina y nitritos.

Caídas

Concepto y epidemiología

Caída: se considera caída todo episodio que ocasiona un cambio de posición del individuo, que ocurre de forma brusca y no intencionada y que lleva al sujeto a quedar tendido en un nivel inferior al que ocupaba previamente, sobre un objeto o superficie, que frecuentemente es el suelo.

Cuando se cuida de un anciano, es preciso diferenciar entre el anciano que se cae y el que "se nos cae" (los que están inmovilizados); excluir intencionalidad (empujón); entre caídas con consecuencias y caídas sin consecuencias; y sobre todo, entre caída accidental, donde un factor extrínseco o intrínseco actúa sobre la persona en situación de alerta y sin dificultad para deambular (tropiezo o resbalón, etc.), y caída no accidental. La caída no accidental no es considerada como tal por todos los autores; esta puede ser de dos tipos: aquella que ocurre en individuos activos y sin trastornos previos de marcha o equilibrio (mareo, convulsión, síncope, etc.) y aquella que ocurre en personas con demencia y alteración de la conciencia (delirium).

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Circunstancias de las caídas

La mayoría de las caídas en los ancianos se producen en lugares cerrados y no se ha encontrado una relación clara con el momento del día ni la época del año. Los lugares más frecuentes son el baño, el dormitorio y la cocina, durante la realización de actividades cotidianas. La actividad que más favorece las caídas es, lógicamente, caminar "o intentarlo". Aproximadamente la mitad de las caídas suponen una perturbación de la base de apoyo de la persona que se cae, como es el caso de un resbalón o un tropezón. Por otra parte, más de la cuarta parte de las caídas en los ancianos se producen durante un desplazamiento moderado del centro de gravedad, como ocurre al inclinarse, al extender alguno de los miembros para alcanzar un objeto, al subir o bajar escaleras o al levantarse de la silla. Aproximadamente el 10% de las caídas en ancianos se producen en las escaleras; siendo más frecuentes al bajar que al subir y siendo más peligrosos los primeros y últimos escalones. En las personas mayores, cualquier caída es potencialmente grave y por ello es preciso pensar en cada caso, las circunstancias que han propiciado la misma y el mecanismo o forma en la que se ha producido. Por otra parte, hay que decir que las caídas que acontecen en personas mayores que gozan de buena salud y presentan un envejecimiento exitoso, a veces son más violentas y revisten mayor gravedad.

184

Factores de riesgo de caídas en el anciano

Las caídas se producen por factores muy diversos que deben ser analizadas en cada caso y que para su mejor comprensión se dividen en factores intrínsecos o propios del anciano y factores extrínsecos o externos al mismo. La coincidencia de estos factores en el mismo anciano aumenta linealmente el riesgo de caer; es decir: *el riesgo no se suma sino que se multiplica*.

FACTORES INTRÍNSECOS O PROPIOS DEL ANCIANO

El más importante es el trastorno de la marcha y equilibrio y es predictor de las caídas. La pérdida de fuerza en los miembros inferiores, el deterioro cognitivo y las alteraciones visuales (pérdida de la agudeza visual y la dificultad de acomodación a los cambios de luz) le siguen en frecuencia e importancia; además de los cambios propios del envejecimiento, ya citados. Los procesos patológicos citados para alteración de marcha y equilibrio son los mismos implicados en las caídas, así como los fármacos al interactuar en el organismo anciano.

FACTORES EXTRÍNSECOS O EXTERNOS AL ANCIANO

En un 22% de los casos de caídas hay factores extrínsecos determinantes, como irregularidades en suelos y viviendas, obstáculos, excrementos de animales,

pavimentos en mal estado en las calles, superficies deslizantes, bolsas o papeles, hojas, terreno húmedo en época de invierno, ayudas técnicas mal adaptadas, calzado inadecuado, desniveles, alfombras y cables sueltos, iluminación insuficiente o excesiva, escaleras muy altas o de peldaños de altura irregular sin pasamanos y con o sin descansillos, tiempos cortos para atravesar un semáforo, transportes públicos mal adaptados con o sin asideros, movimientos bruscos de vehículos, asientos sin reposabrazos, bancos excesivamente altos o bajos, camas altas y estrechas, muebles con ruedas, objetos en el suelo, lavabos y retretes muy bajos, ausencia de barras en ducha y aseos, etc. Conviene recordar que el 95% de las caídas de los mayores ocurre durante la realización de actividades cotidianas.

Prevención de caídas

Cualquier problema geriátrico debe verse desde la perspectiva global:

- **Prevención primaria:** dirigida a evitar que se produzcan y a intervenir sobre los factores de riesgo expuestos en este capítulo.
- **Prevención secundaria:** dirigida a una atención precoz e integral cuando se producen, para evitar que se repitan y para evitar consecuencias a corto, medio y largo plazo, siendo la inmovilidad la más temible, incluso más que las fracturas.
- **Prevención terciaria:** dirigida a tratar las consecuencias de las caídas de forma individualizada, a corto, medio y largo plazo.
- **Prevención cuaternaria:** dirigida a evitar cualquier fármaco o intervención terapéutica, asistencial o ambiental que no haya sido comprobada necesaria y eficaz, incluso para evitar las caídas.

Actuación ante las caídas

Atención precoz de la persona que se ha caído y valoración inmediata de circunstancias, mecanismos, factores implicados y consecuencias. Registro adecuado de la caída, sobre todo si es en el medio residencial, utilizando para ello un formato específico que recoja todos los pormenores de la caída. Iniciar el proceso diagnóstico y las intervenciones terapéuticas que se proponen al final de este capítulo, si se trata de caídas de repetición. Por otra parte, aunque sabemos que la mayoría de las caídas del anciano no tienen consecuencias graves, cuando esta se duda o sospecha debe proporcionarse la valoración médica en un plazo no mayor de 24 horas, especialmente en casos de traumatismo craneoencefálico (TCE) o personas en tratamiento con anticoagulantes (Sintrom®).

Osteoporosis y fracturas

Osteoporosis: el concepto de osteoporosis ha ido evolucionado a medida que se han ido conociendo nuevos datos sobre esta entidad clínica, considerada la enfermedad sistémica del metabolismo óseo más frecuente, también en el anciano.

Concepto actual: trastorno sistémico del esqueleto, caracterizado por una alteración de la resistencia ósea, que predispone a la persona a un mayor riesgo de fractura. La resistencia ósea depende de la densidad y la calidad del hueso y esta última viene determinada por la microarquitectura del mismo, la cual se encuentra alterada en la osteoporosis, especialmente en los mayores, aumentando el riesgo de fracturas.

La OMS recomienda realizar el diagnóstico de osteoporosis sobre la base del cálculo de la densidad mineral ósea (DMO) mediante técnica DEXA (absorciometría radiológica) en columna y cadera. Así, **osteoporosis** se diagnostica cuando los valores de DMO determinados mediante densitometría con técnica DEXA en columna y/o cadera se sitúan por debajo de $-2,5$ desviaciones estándar (DE) del valor medio de la masa ósea de la población normal de referencia (pico máximo de masa ósea), y **osteopenia** cuando estos valores se sitúan entre -1 y $-2,5$ DE. No obstante, a efectos prácticos y especialmente en las personas mayores, se puede hacer el diagnóstico de **osteoporosis establecida** ante la presencia de una o varias fracturas osteoporóticas típicas, aunque no se disponga de densitometría DEXA.

Factores de riesgo de osteoporosis: el principal de ellos es la disminución de la densidad mineral ósea (osteopenia u osteoporosis densitométrica), seguido del antecedente de fractura osteoporótica típica previa, el antecedente familiar de fractura de cadera (fractura que es típica de osteoporosis), el tratamiento crónico con determinados fármacos como corticoides, antiepilépticos o inhibidores de la aromatasa (estos últimos utilizados en el tratamiento del cáncer de mama), la presencia de enfermedades osteopenizantes (artritis reumatoidea, hiperparatiroidismo, trastornos tiroideos, etc.), El bajo índice de masa corporal o bajo peso, el sedentarismo y la deficiencia estrogénica, especialmente en las mujeres (menopausia precoz); en los varones, el excesivo consumo de alcohol y tabaco, además del hipogonadismo, y en ambos sexos la dieta pobre en calcio y la deficiencia de vitamina D.

Fractura osteoporótica: la mayoría de las fracturas en personas mayores se asocian a osteoporosis y caídas, siendo lo característico de las mismas el **bajo impacto** (golpe leve) que las produce y la **localización típica**. Así, la fractura osteoporótica más frecuente es la fractura vertebral y la más grave la fractura de cadera. Cronológicamente la primera que aparece es la fractura de muñeca

o fractura de Colles (debido a la forma de caer hacia delante en las personas mayores más jóvenes); le siguen las fracturas vertebrales, que en la mayoría de los casos ocurren de manera silente, es decir, se van produciendo aplastamientos vertebrales que disminuyen la estatura y condicionan cambios anatómicos como la vulgarmente conocida “joroba senil”, sin que la persona haya notado grandes molestias; finalmente, la que aparece más tarde es la fractura de cadera o fémur (por la típica forma de caer hacia atrás o de lado en las personas más mayores). Se consideran también fracturas osteoporóticas las de pelvis, costilla y húmero en las personas mayores. La mayoría de fracturas de cadera ocurren tras una caída, solo en pocos casos (< 10%), el hueso se fractura antes de caer. También pueden producirse fracturas en localización distinta a las mencionadas, como tibia y peroné, huesos propios de la cara, etc., que se asocian a osteoporosis y a déficit de vitamina D en ancianos.

Por otro lado, mención especial merecen las **fracturas patológicas**, las cuales se producen sin impacto evidente y ocurren con alguna frecuencia en personas de edad avanzada y grave deterioro sistémico, como enfermedad neoplásica, tratamiento con corticoides, osteoporosis muy severa, etc.

Proceso diagnóstico

Ante la presencia de los problemas citados en el anciano, debe consultarse al médico, el cual, independientemente de la especialidad (geriatra, neurólogo o médico de familia), deberá llevar a cabo una valoración geriátrica integral que ponga de manifiesto las causas del problema o los problemas del anciano. El médico deberá realizar una historia clínica completa y una exploración exhaustiva, así como una anamnesis y exploración específicamente dirigida al problema que nos ocupa, sin obviar los siguientes 10 pasos:

Diez pasos para orientar los trastornos de la marcha y problemas asociados

- 1. Exploración neurológica:** la exploración tiene que incluir necesariamente la observación de una adecuada función neurológica: cortical, subcortical, motora y sensorial; es decir, cribar los factores y enfermedades expuestos en este capítulo, haciendo especial hincapié en la exploración de la marcha y equilibrio.
- 2. Exploración cardiovascular:** que debe comenzar con la exploración de la frecuencia y el ritmo cardiaco. Realizar un electrocardiograma (ECG), un ecocardiograma si se precisa y un registro continuo de tensión arterial (TA) y ritmo ECG (Holter), si estuviera indicado. Siempre se debe descartar hipotensión ortostática midiendo la TA en ambos brazos y dos posiciones.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

3. **Exploración osteoarticular, muscular y podológica:** deformidades, anquilosis, fuerza muscular y amplitud articular, problemas específicos de los pies, como juanetes, dedos en martillo, ulceritas, uñas en malas condiciones y arcos plantares alterados o espolón calcáneo, etc., deben ser analizados. Se debe observar el grosor de la pantorrilla y no olvidar comprobar la competencia de los músculos flexores y extensores de la rodilla y cadera.
4. **Valoración nutricional:** la obtención de parámetros antropométricos (IMC) y una historia dietética que ayude a reconocer posibles carencias o errores en la alimentación y nutrición son de gran importancia.
5. **Exploración sensorial:** especialmente de la vista y oído: agudeza visual, campo visual, fondo de ojo, audiometría, etc., son muy necesarios.
6. **Valoración mental:** cognitiva (demencia), afectiva (depresión), conductual (alteraciones de la conducta, confusión).
7. **Valoración funcional:** observando la capacidad del anciano para llevar a cabo actividades básicas de autocuidado, actividades instrumentales para interactuar en su entorno inmediato y actividades más complejas o avanzadas que le permitan socialización e interacción en entornos menos habituales.
8. **Historia farmacológica:** reciente y actual, pues hay fármacos cuya retirada o instauración brusca se ha relacionado específicamente con estos problemas.
9. **Valoración social y del espacio vital del anciano:** entendiéndolo por ello el lugar o lugares donde pasa sus días y sus noches y las posibilidades que tiene para mejorarlo o adaptarlo a sus necesidades reales; el apoyo familiar y su seguridad.
10. **Analítica:** completa de sangre y orina, que incluya hemograma y bioquímica habitual con función renal y hepática; además, debe incluirse función tiroidea, vitamina B, hierro y ácido fólico, y si se sospecha osteoporosis, PTH y vitamina D.

En cualquier caso, siempre se deberá tener en cuenta la función cardiorrespiratoria y la posible presencia de alteraciones hemodinámicas, como anemia, o alteraciones metabólicas, como la diabetes descompensada; prestar especial atención a situaciones clínicas que agravan o favorecen estos problemas, como infecciones, deshidratación, diarrea y descompensaciones de enfermedades crónicas.

Mención especial a la exploración específica de marcha y equilibrio

La mejor forma de reconocer alteraciones de la marcha y equilibrio en las personas mayores es observar cómo se levantan de una silla con y sin reposabrazos, ver cómo caminan 3-4 metros y observar cómo dan una vuelta completa y vuelven a sentarse en la misma silla, si es que pueden. Cualquier signo de alarma salta ante esta observación, que no por simple deja de ser muy técnica. Se conoce como el test de "levántate y anda", en sentido coloquial, test de Lázaro, recordando el pasaje bíblico.

Existen multitud de test con este objetivo:

Test de equilibrio en posición estática y durante la marcha

- Test de Romberg o "test del empujón" (tiempo máximo de aguante estático 30 segundos). Sirve para evaluar el control postural básico y los sistemas propioceptivo y vestibular.
- Test de Estación Unipodal o "test del flamenco": un pie apoyado y pierna contraria flexionada; debe permanecer unos 30 segundos (en mayores de 60 años al menos 5 segundos).
- Marcha en tándem a lo largo de 3-4 metros.
- Test del Alcance Funcional: la distancia alcanzada con el brazo extendido < 10 cm indica fragilidad y riesgo de caer. Está validado como predictor de caídas de repetición y se puede utilizar para valoración en casos de dependencia funcional cuando el anciano no puede realizar otros test más complejos.
- Test de *Get up and go* (levántate y anda): se puntúa de 1-5 para el riesgo de caídas, 1 es normal. Consiste en observar al individuo mientras se levanta de una silla, camina 3 metros y vuelve a la silla, después de dar una vuelta de 360° sobre su posición.
- Test de *Time get up and go*: igual que el anterior, pero cronometrando el tiempo de ejecución de la prueba. El valor normal es de 10 segundos. En ancianos frágiles, 10-20. Más de 20 indica alto riesgo de caer.
- Test de Tinetti (equilibrio y marcha): evalúa 13 situaciones posturales (normal, adaptativa y anormal) y nueve situaciones en la marcha (normal o anormal). Sirve para detectar ancianos con alto riesgo de caer; las puntuaciones entre 19 y 24 indican riesgo de caídas, siendo muy elevado por debajo de 19.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- *Physical Performance Test*: hay dos versiones, de nueve y siete ítems, la última se utiliza en ancianos frágiles (institucionalizados y hospitalizados). Evalúa múltiples situaciones de la vida diaria, desde a qué velocidad se escribe una frase hasta el número de escalones subidos o bajados.
- Prueba Corta de Desempeño Físico (SPPB): la cual incluye pruebas cronometradas de balance en posición de pie, un recorrido cronometrado en 4 metros, y el movimiento de levantarse de una silla, primero en un único intento y, si la persona lo puede realizar, se le pide que lo repita cinco veces lo más rápido posible.

Otras exploraciones de interés en este capítulo no siempre son fáciles de obtener por precisar instrumental específico y no se encuentran disponibles en todo ámbito asistencial, aunque sí en las Unidades de Caídas; son dispositivos asistenciales especiales de atención a las personas que se caen con frecuencia, y estas, mientras no se demuestre lo contrario, son las personas mayores, por lo cual son muy útiles en las Unidades Geriátricas. Referiremos:

- La posturografía: que ofrece una información funcional y gráfica sobre el equilibrio estático y dinámico de la persona.
- La densitometría: que ofrece el valor de la densidad mineral ósea del paciente que se cae y facilita el diagnóstico de osteoporosis u osteopenia si se realiza con técnica DEXA (absorciometría de doble energía radiológica), según la OMS.

Ambas estarían indicadas para completar el proceso diagnóstico y son de gran utilidad en el estudio completo de las caídas.

Intervenciones terapéuticas

Actualmente existe acuerdo en considerar como lo más útil, la intervención terapéutica global sobre las múltiples dimensiones que influyen en estos problemas, de modo que una sola no sería eficaz y el conjunto de todas ellas si está acreditado. Por lo cual, son múltiples profesionales, incluidos familia y cuidadores, los que deben ponerlas en marcha y a ser posible de una forma coordinada para conseguir mayor eficiencia.

No farmacológicas

- Valorar al anciano y el entorno donde vive; hacerlo periódicamente y de forma pormenorizada y como seguimiento, si ha presentado varias caídas.

- Valorar factores de riesgo de estos tres problemas y actuar sobre los prevenibles y/o tratables.
- Educar a la población, a familia, cuidadores y al propio anciano sobre ellos.
- Mejorar el entorno vital de los mayores dentro y fuera del domicilio.
- Actuar específicamente sobre los fármacos y déficits sensoriales para disminuirlos. Cuatro o más fármacos aumentan el riesgo.
- Realizar programas específicos e individualizados de ejercicio físico para mejorar fuerza muscular y evitar sarcopenia; mejorar el equilibrio y la marcha; mejorar flexibilidad y resistencia tanto del músculo como del hueso, etc. Muchos programas han demostrado ser eficaces tanto en intervención grupal como individualizada, siendo los mejores los que combinan distintos tipos de ejercicio, adaptados a las características individuales de cada anciano.
- Utilización, mantenimiento y prescripción correcta de ayudas técnicas, incluido dispositivos de aviso en situación de necesidad, como los de teleasistencia.
- Mejorar la alimentación y nutrición especialmente en los ancianos frágiles, aportando suplementos nutricionales si es preciso.

Farmacológicas

- Dar solamente los fármacos indicados y los imprescindibles, retirando si es posible todos los implicados en favorecer las caídas, la osteoporosis y los trastornos de la marcha y equilibrio.
- Tratar las deficiencias de vitamina D y B₁₂.
- Tratar la osteoporosis en personas mayores que la padezcan, si tienen una expectativa de vida al menos de 3 años, con fármacos específicos para ella: bifosfonatos, ranelato de estroncio, bazoxifeno, PTH, denosumab y otros, asociando a todos ellos **calcio y vitamina D**, ya que los estudios sobre los mismos que han demostrado disminuir las fracturas osteoporóticas han sido concluyentes sobre ello.

Conclusiones prácticas

- Observe al anciano que cuida cuando camina y realiza actividades cotidianas. Si utiliza alguna ayuda técnica (incluidas gafas y audífono), preocúpese de que la lleve y esté correctamente adaptada y prescrita por su médico.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Procure que lleve calzado adecuado y vaya al podólogo si lo necesita.
- Consiga que lo valoren adecuadamente si está preocupado.
- No lo sujete ni impida que camine, pero si cae atiéndalo de inmediato. Registre todas sus caídas e informe a su médico habitual.
- Facilítele ejercicios adecuados a su condición.
- Ocúpese de que le traten la osteoporosis y las deficiencias de vitamina D y B.
- Aporte una dieta adecuada y equilibrada, con suplementos nutricionales si precisa y con ingesta de líquidos pertinente.
- Controle las enfermedades crónicas, visión y audición.
- Vigile riesgos en su hogar y entornos habituales del anciano.
- Administre cuidadosamente su medicación y conozca los principios activos que le está dando (revise la lista de los medicamentos problema).

Bibliografía

- Cruz Jentoft AJ, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis/Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and Ageing* 2010; 39:412-23.
- Díaz Curiel, et al. Prevalence of osteoporosis assessed by densitometry in the Spanish female population. *Med Clin (Barc)* 2001; 116(3):86-8.
- Duaso E, Casaa A, Formiga F, Lázaro del Nogal M, Salvá A, Marcellan T, Navarro C. Unidades de Prevención de Caídas y Fracturas Osteoporóticas: Propuesta del Grupo de Osteoporosis, Caídas y Fracturas de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2011; 46(5):268-74.
- González Ramírez A, Lázaro del Nogal M, Ribera Casado JM. Valoración de los sistemas de control postural en ancianos con caídas de repetición. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008; 43(2):71-5.
- Guía de Buena Practica Clínica en Geriatria. SEGG/SER. Osteoporosis 2004.
- Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatria. Anciano afecto de fractura de cadera. SEGG/SECOT. Ed. Elsevier Doyma, 2007.

- Guía de Práctica Clínica sobre osteoporosis y fracturas por fragilidad. Ed. Ministerio de Ciencias e Innovación, 2010. Depósito legal: B-19516-2009.
- Guralnik JM, Ferruci L, Simonsick EM. Lower-Extremity Function in persons over the 70 years as a predictor of subsequent disability. N Engl J Med 1995; 332:556-61.
- Moro Álvarez MJ, Díaz Curiel M. Diagnóstico y tratamiento de la Osteoporosis en mayores de 75 años. Rev Esp Geriatr Gerontol 2010; 45(3):141-9.
- Neira Álvarez M, Rodríguez-Mañas L. Caídas de repetición en el medio residencial. Rev Esp Geriatr Gerontol 2006; 41(4):201-6.

José Antonio López Trigo

Déficits sensoriales en el anciano

Introducción

Cuando se envejece, cambia la forma en que los sentidos (gusto, olfato, tacto, vista y oído) pueden dar información acerca del mundo. Dichos sentidos se vuelven menos agudos y se puede tener problemas para distinguir los detalles.

Los cambios sensoriales pueden tener un tremendo impacto sobre el estilo de vida y pueden originar problemas con la comunicación, el disfrute de las actividades y las interacciones sociales. Los cambios sensoriales pueden contribuir a una sensación de aislamiento.

Todos los sentidos reciben información del ambiente (luz, vibraciones sonoras, etc.). Dicha información se convierte en un impulso nervioso y es llevada al cerebro, donde se interpreta como una sensación significativa.

Todas las personas requieren una cierta cantidad mínima de estimulación antes de que se perciba una sensación. Este nivel mínimo de estimulación se denomina umbral. En el envejecimiento aumenta este umbral, de manera que la cantidad de información sensorial que ingresa necesaria para darse cuenta de la sensación se hace mayor.

Los cambios visuales y auditivos son los más llamativos, pero todos los sentidos pueden resultar afectados por el envejecimiento. Afortunadamente, muchos de los cambios en los sentidos por la edad se pueden compensar con aparatos como gafas, audífonos, o por medio de pequeños cambios en el estilo de vida.

Las alteraciones en los órganos de los sentidos constituyen más la norma que la excepción en los mayores. Fundamentalmente, los problemas de audición y visión son responsables de una buena parte de las limitaciones e incapacidades que padecen y son un importante factor de riesgo en relación con otros procesos (caídas, depresión, aislamiento social, etc.) así como un condicionante o factor de fragilidad.

Aun siendo muy frecuentes estas alteraciones, el anciano manifiesta pocas quejas sobre ellas porque, a veces, no le impiden realizar vida próxima a la

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

normalidad; existe la creencia de ser “algo natural” e inherente al envejecimiento. Por otro lado, al ser habitualmente de instauración lenta y progresiva se va desarrollando cierto grado de adaptabilidad, junto con la ayuda que aportan soportes técnicos (gafas, audioprótesis, etc.) y la modificación de hábitos que se establecen como consecuencia de la adaptabilidad comentada.

Desde el punto de vista cognitivo y social, dificultan la comunicación y las relaciones sociales, haciendo que disminuyan las actividades fuera del domicilio, se tienda al aislamiento y originen mayores situaciones de ansiedad y estrés. Se ha comprobado que aumentan el riesgo de deterioro cognitivo y de delirium en circunstancias adversas. Es esencial conservar las funciones visuales para un estilo de vida independiente.

El olfato y el gusto juegan un papel importante en la seguridad y el disfrute. Una comida deliciosa o un aroma placentero pueden mejorar la interacción social y el disfrute de la vida. El gusto y el olfato también le permiten a usted detectar peligros, como comida descompuesta, gases y humo.

Otro factor que complica el conocimiento de estas alteraciones es la dificultad que a menudo encontramos para desligar pérdidas asociadas al envejecimiento de la patología pura.

196

¿Con qué frecuencia aparecen los problemas de los órganos de los sentidos?

Aunque hay muchas limitaciones para conocer en profundidad los problemas relacionados con los sentidos en personas mayores por algunas de las circunstancias expuestas antes, conocemos datos muy contundentes.

Aunque en algunos estudios se recoge que solo entre el 6 y el 10% de los ancianos encuestados refieren alteraciones en los órganos de los sentidos, sin embargo, ante preguntas específicas, más de un 75% refiere problemas visuales, el 80% se maneja bien sin gafas, el 40% tiene problemas para oír y solo el 6-7% usa audífonos.

Conocemos que casi un 20% de los mayores de 80 años tiene alteraciones visuales severas. Prácticamente, 1 de cada 2 personas mayores de 80 años tiene cataratas. En un 3,5% de los mayores de 85 años aparece ceguera absoluta. En cuanto a la sordera (entendida como incapacidad para oír una conversación sin usar ayudas), afecta a un 20% de los mayores de 85 años.

Se han detectado alteraciones del olfato hasta en el 24% de las personas mayores.

¿Cómo envejecen nuestros sentidos?

Para poder diferenciar entre qué procesos son propios del envejecimiento normal (fisiológico) y las enfermedades y problemas que aparecen en las personas mayores en relación a los órganos de los sentidos, es necesario conocer cómo envejecen los órganos donde se asientan los sentidos (visión, audición, olfato, tacto y gusto).

Ojo, visión y envejecimiento

Describiremos muy brevemente los cambios que el envejecimiento produce en nuestros ojos.

- **Conjuntiva.** Hay una disminución del número de células mucosas, lo que se traduce en un menor espesor de la misma y más facilidad para desarrollar un “ojo seco”. Además, se va haciendo amarillenta y son más frecuentes los fenómenos de transformación o metaplasia y formación de pinguéculas (pequeñas formaciones con forma de lenteja y color blanco o amarillento), e hiperplasia (exceso de desarrollo o crecimiento), con un desarrollo más frecuente de pterigion, también conocido popularmente como “uña” o “palmera”.
- **Córnea.** Aparece con frecuencia el arco senil corneal o gerontoxón. Son más frecuentes los fenómenos de opacidad corneal. Disminuye la sensibilidad corneal.
- **Iris.** El iris es una estructura muscular cuya función es regular el paso de luz a la retina. El hueco que permite el paso de luz forma la pupila. El envejecimiento determina cierta tendencia a la atrofia de la musculatura del iris, lo que determina la propensión a la miosis (contracción de la pupila). Esta miosis senil puede dar lugar a dos tipos de fenómenos:
 - Dilatación perezosa de la pupila, que hace que se produzca mala visión nocturna.
 - Constricción lenta, que da lugar a que se produzcan deslumbramientos si hay una iluminación intensa.
- **Cristalino.** El cristalino aumenta de tamaño (masa y volumen) con el paso del tiempo y tiende a endurecerse en su capa externa o cápsula y en sus estructuras internas (esclerosis). Todo ello favorece la opacificación que puede dar lugar al desarrollo de cataratas. Por otro lado, estos cambios en el cristalino, que actúa como una lente para ayudarnos a enfocar, hacen que perdamos capacidad para enfocar y ver bien los objetos cercanos. Es la presbicia o “vista cansada”.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- **Coroides.** La coroides es la capa vascular del ojo, en ella se desarrollan fenómenos de esclerosis que, a su vez, favorecen el desarrollo de atrofia senil peripapilar (alteraciones de los vasos sanguíneos que rodean al nervio óptico en la retina).
- **Retina.** En la retina asistimos a la pérdida de células fotorreceptoras (regulan la visión en presencia o ausencia de luz) que da lugar a mala visión en penumbra; esto agrava la mala visión nocturna. La retina se hace más opaca y más frágil a alteraciones secundarias a enfermedades sistémicas y fármacos.
- **Sistema lagrimal.** Se produce fracaso de la bomba lagrimal que se traduce en la disminución de la producción de lágrimas, que se hacen hipertónicas. Desde el punto de vista anatómico destaca el desplazamiento hacia delante del punto lagrimal. Como consecuencia de estos acontecimientos es fácil que encontremos con frecuencia "ojos secos" o lagrimeo continuo pasivo por el desplazamiento del punto lagrimal y no poderse introducir las lágrimas en él. A este fenómeno se le conoce como epífora.
- **Párpados.** La pérdida de elasticidad, debilidad y flaccidez del párpado da lugar a la eversión del mismo o ectropion. El desplazamiento hacia delante que incluye el del punto lagrimal, como se ha indicado, hace que haya con facilidad epífora. En otras ocasiones aparecen retracciones de los párpados o blefaroespasmos que dan lugar a la inversión del párpado (entropion) y a que las pestañas se dirijan hacia el ojo (triquiasis). Es más frecuente ver párpados "caídos o semicaídos" (ptosis).

198

En resumen, podemos concluir que por causa del envejecimiento se produce: más tendencia al "ojo seco", aparición con más frecuencia de acúmulos de tejido en la conjuntiva (pinguéculas o pterigion), dificultades o ententecimiento para acomodar la visión en ámbitos de mucha o poca iluminación, opacidades en el cristalino y tendencia a formar cataratas, vista cansada, empeoramiento de la visión nocturna, modificaciones en los párpados y, a veces, lagrimeo pasivo. Todos estos cambios no deben comprometer de forma importante la capacidad visual de la persona y, mucho menos, limitar su autonomía. Si esta capacidad está alterada, hemos de pensar que haya una enfermedad.

Oído, audición y envejecimiento

El envejecimiento origina los siguientes cambios en el envejecimiento:

- **Oído externo.** A nivel de pabellón auditivo (oreja) se observa un aumento de tamaño del mismo con pérdida de elasticidad, se hace más "colgante".

En el canal auditivo aumenta la cantidad de vello, la producción de cerumen que se hace más seco y también podemos observar más tendencia a la sequedad y descamación de la piel de esta zona. Todo ello lleva a que aparezcan, con más frecuencia, tapones de cerumen, tapones de piel, picor y que exista más facilidad para que se produzcan heridas por rascado e infecciones cutáneas.

- **Oído medio.** La membrana timpánica se torna menos elástica, pierde grosor y rigidez. Se hace más vulnerable.

Son frecuentes los cambios degenerativos en las articulaciones de los huesecillos, apreciándose calcificaciones intraarticulares y menor espacio articular.

Estos cambios tienen escasa repercusión funcional.

- **Oído interno.** La característica más notable del envejecimiento auditivo es el establecimiento de presbiacusia. La presbiacusia es de desarrollo lento, progresivo (incluso desde la infancia), de inicio a frecuencias altas, coexiste con cierta dificultad de comprensión del lenguaje hablado. Se influye, además del envejecimiento, por factores vasculares, mecánicos, hereditarios y metabólicos.

El oído interno es especialmente vulnerable a enfermedades sistémicas autoinmunes, metabólicas, patología vascular, fármacos y neoplasias.

En resumen, podemos indicar que en el oído envejecido es más frecuente encontrar tapones de cerumen y/o de piel (tapones epiteliales) que pueden comprometer la audición y producir cuadros de vértigo. A esto hemos de sumar que por los cambios que se producen en el oído interno es muy frecuente que aparezca presbiacusia o sordera asociada al envejecimiento.

Olfato y envejecimiento

Como ya se ha indicado, el sentido del olfato adquiere gran importancia desde una doble vertiente, ya que su buen estado se relaciona con mejoras en la calidad de vida y nos puede permitir detectar señales de alarma.

En términos generales podemos decir que la capacidad olfativa disminuye desde la quinta década de la vida. Las pérdidas son mayores para los hombres que para las mujeres y, además, son más acusadas en fumadores.

Entre los 65 y los 80 años un 50% de las personas tiene alteraciones olfatorias importantes. Esta cifra se eleva al 75% en los mayores de 80 años.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Hay cambios cualitativos y disminución del número de receptores olfativos desde los 30 años. A los cambios que induce el envejecimiento hemos de sumar la aparición de patologías sobreañadidas y los factores ambientales y culturales.

En general, se conoce que el envejecimiento fisiológico está relacionado con un declive en la identificación de olores, tanto en discriminación (distinguir unos olores de otros) como en la agudeza olfatoria (cantidad o intensidad de un olor para ser detectado); en algunas pruebas se ven implicados factores cognitivos, relacionados con la capacidad para recordar o nombrar los olores.

Por todo ello, la persona mayor necesitará que los olores sean más intensos para poder detectarlos con la misma cualidad que cuando era más joven.

Gusto y envejecimiento

El envejecimiento comporta escasas modificaciones en el número y distribución de papilas gustativas de la lengua. Solo aparece una discreta pérdida de capacidad discriminativa para los sabores que se puede ver aumentada por los problemas de disminución de la producción de saliva que presentan algunas personas mayores.

200

El sabor es la impresión que nos causa un alimento u otra sustancia, y está determinado principalmente por sensaciones químicas detectadas por el gusto (paladar), así como por el olfato (olor). El 80% de lo que se detecta como sabor es procedente de la sensación de olor. El nervio trigémino es el encargado de detectar las sustancias irritantes que entran por la boca o garganta, y puede determinar en ocasiones el sabor. Por tanto, los cambios en el sentido del olfato también afectan a la detección del sabor de los alimentos.

Las pérdidas gustativas originan significativas alteraciones en la calidad de vida de los pacientes y, especialmente en los ancianos, ayudan a que aparezcan con más frecuencia inapetencia, anorexia y toda la cascada de consecuencias negativas que de ellas se pueden derivar.

Tacto, sensaciones asociadas al tacto y envejecimiento

El sentido del tacto también incluye la percepción de vibraciones, dolor y la posición del cuerpo. La piel, los músculos, los tendones, las articulaciones y los órganos internos tienen receptores que detectan el tacto, la temperatura o el dolor.

El cerebro interpreta el tipo y cantidad de sensación táctil y también interpreta la sensación como placentera (como por ejemplo, estar cómodamente caliente),

desagradable (como por ejemplo, estar muy caliente) o neutral (como ser consciente de que se está tocando algo).

El envejecimiento puede determinar una reducción o un cambio en las sensaciones de dolor, vibración, frío, calor, presión y tacto. Es difícil decir si estos cambios están relacionados con el envejecimiento en sí o con los trastornos que se presentan con más frecuencia en los ancianos.

Es posible que algunos de los cambios normales del envejecimiento sean producidos por la disminución del flujo sanguíneo a los receptores del tacto o al cerebro y la médula espinal. Una causa de los cambios también puede ser las deficiencias menores en la alimentación, como la reducción de los niveles de B₁.

Sin importar la causa, muchas personas experimentan cambios en las sensaciones relacionadas con el tacto a medida que envejecen. Puede parecer más difícil, por ejemplo, establecer la diferencia entre fresco y frío. La disminución de la sensibilidad a la temperatura incrementa el riesgo de lesiones como congelación, hipotermia y quemaduras.

El tacto fino puede disminuir. Sin embargo, algunas personas desarrollan un aumento de la sensibilidad al tacto suave, debido al adelgazamiento de la piel (especialmente las personas mayores de 70 años de edad).

Enfermedades y problemas relacionados con los órganos de los sentidos

Problemas de visión

PRESBICIA O VISTA CANSADA

En un ojo normal, la imagen de un objeto lejano se forma sobre la retina, pero la de un objeto cercano se formaría detrás de la retina si no existiese el mecanismo de enfoque del cristalino. La capacidad de enfoque de una persona no es constante a lo largo de su vida, sino que disminuye de manera progresiva con el paso de los años, es lo que se conoce como presbicia o presbiopía.

El motivo básico de esta disminución se debe al endurecimiento del cristalino, lo que dificulta que cambie su forma y, por lo tanto, que se active este mecanismo acomodativo. La consecuencia óptica de este proceso es la consiguiente dificultad para enfocar objetos cercanos y que los tengamos que retirar (por ejemplo, el periódico), para poder enfocarlos bien.

La presbicia se corrige con gafas para visión cercana.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

MIODESMOSIAS O “MOSCAS VOLANTES”

Son sombras sobre la retina provocadas generalmente por la presencia en el cuerpo o humor vítreo de restos de tejidos embrionarios no transparentes. Estos tejidos embrionarios están presentes en la mayoría de los ojos, pero adheridos a las paredes del globo ocular. Solo cuando se desprenden y se desplazan flotando por el cuerpo vítreo, el sujeto detecta una “mancha oscura” que se mueve, de ahí su nombre de “moscas volantes” o “flotadores”.

FOSFENOS O “PUNTOS BRILLANTES”

Sensación de pequeños puntos luminosos que se encienden y apagan rápidamente. Se producen por estimulación mecánica de los fotorreceptores y constituye un síntoma típico en el desprendimiento de retina. El tratamiento debe ser inmediato (láser o cirugía) para volver a sellar la retina y evitar que la retina siga desgarrándose.

GLAUCOMA

Es una presión del fluido interno del ojo anormalmente alta, es decir, sube la tensión ocular, que no tiene nada que ver con la tensión arterial. A medida que la presión sube puede comprimir tanto al nervio óptico como a los vasos sanguíneos que nutren a la retina.

Generalmente el resultado es una pérdida lenta de la visión periférica o lateral y finalmente la ceguera. La pérdida de visión es generalmente tan gradual e indolora que la mayoría de las personas no se dan cuenta de la misma hasta que el daño es permanente. La visión va reduciéndose desde la parte lateral o periférica del campo visual hacia el centro. Por tanto, la persona ve como si mirase a través de un tubo cada vez más estrecho. Una vez que la visión se ha perdido por el glaucoma, no puede recuperarse.

El glaucoma se trata con fármacos (colirios, gel, pomadas) y en algunos casos se precisa la cirugía convencional o láser.

DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD

En este proceso, la mácula, la parte central y más sensible de la retina, se altera y sufre degeneración y pérdida de sus células, con lo que la visión central se pierde, quedándose solo con la visión lateral o periférica, es decir, muy poco campo de visión. Ocurre al contrario que en el glaucoma, la persona al mirar no ve el centro del campo visual, solo ve las partes laterales o periféricas.

Esta enfermedad afecta a 1 de cada 50 personas entre 52 y 64 años; 1 de cada 10 para los comprendidos entre 65 y 74 años, y 1 de cada 3 para los de más de 75 años. La degeneración macular es la segunda causa de ceguera legal irreversible en los países desarrollados, la primera es la diabetes.

Hay dos variedades de degeneración macular asociada a la edad en función de que haya edema o líquido inflamatorio en la zona de retina alterada (forma húmeda) o de que no haya edema (forma seca).

El tratamiento de esta degeneración pasa por aplicar fármacos intraoculares, láser o tratamientos con fármacos vía oral.

CATARATAS

Por una serie de circunstancias, enfermedades o, más frecuentemente, debido al paso de los años, el cristalino puede ir perdiendo su natural transparencia y convertirse en una lente opaca por cambios/degeneración del componente proteico de su interior.

Cuanto mayor es la persona, mayor es la probabilidad de aparición y progresión de las cataratas. Casi 3 de cada 4 personas mayores de 75 años padecen de cataratas.

Podemos sospechar la aparición de una catarata si la persona presenta pérdida progresiva de visión, molestias para ver bien con luz intensa, pérdida de tonos de color.

Normalmente las cataratas se manifiestan por una lenta y progresiva disminución de visión, esta aparece nublada, desenfocada, o como si viera a través de un velo, y que no mejora al cambiar de gafas. Esta disminución de visión suele ser más acusada en ciertos ambientes de luminosidad, por ejemplo, en la oscuridad y con focos de luz; conduciendo se tienen problemas, ya que las luces deslumbran, o con luz solar intensa. Además, como hemos indicado, se pierde la tonalidad de los colores.

El tratamiento de las cataratas es por medio de cirugía, en la que se reemplaza el cristalino enfermo por una lente intraocular.

Sugerencias para personas mayores con problemas de visión

- Buena iluminación de interiores, si es posible con luces indirectas. En muchos casos, se ha observado que mantener una luz roja en los recintos oscurecidos (tales como el vestíbulo o el baño) hace más fácil la visión que

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

utilizar una luz nocturna “regular”, ya que la luz roja produce menos brillo que una lámpara incandescente normal.

- El resplandor de interiores, como el de una solería brillante en un salón iluminado por el sol, también puede dificultar la movilización y facilitar las caídas.
- Para personas de todas las edades es más difícil diferenciar azules y verdes entre sí que diferenciar rojos y amarillos, lo cual se va volviendo más pronunciado con el envejecimiento. A medida que aumenta la edad, el uso de muchos colores cálidos (amarillo, naranja y rojo) en el hogar puede mejorar la capacidad de la persona para indicar dónde están las cosas y hacer más fácil llevar a cabo las actividades diarias.
- Evitar cambios bruscos de luminosidad y contrastes en habitaciones.
- Revisar periódicamente, si se usan, las ayudas para la visión, como las gafas.

Problemas de audición

PRESBIACUSIA

Nos referiremos, exclusivamente, a la presbiacusia por ser el proceso más claramente ligado a la edad, ya que otras formas de sordera vienen arrastradas desde edades más jóvenes.

La presbiacusia se define como una pérdida progresiva, bilateral y generalmente simétrica de la audición, relacionada directamente con el envejecimiento del sistema auditivo, que no puede ser explicada por procesos traumáticos, genéticos o patológicos extraordinarios.

La característica inicial es la mala inteligibilidad o mala discriminación, sobre todo en ambientes ruidosos (la persona con presbiacusia suele quejarse más de no entender lo que oye que de no oír); inicialmente es peor en frecuencias agudas superiores a 2.000 Hz, es decir, se oyen peor sonidos agudos que graves (por ejemplo, una persona con presbiacusia oye o entiende peor la voz de una niña o un niño que la voz grave de un hombre adulto). Cuando existe ya una pérdida de audición superior a 30 dB en frecuencias conversacionales, produce incidencia social; la persona se relaciona mal, auditivamente, con su entorno.

En el origen de los distintos tipos de presbiacusia, además del factor determinante fundamental de la edad, intervienen otros factores genéticos y

medioambientales. Entre los primeros, destacan el sexo, los antecedentes familiares de sordera y las patologías cocleovestibulares concomitantes, como la enfermedad de Menière. Entre los ambientales destaca la exposición al ruido.

Síntomas de inicio

Hay una serie de síntomas que nos pueden poner sobre la pista de que se está iniciando la presbiacusia, como son:

- El habla de otros parece murmullo o las palabras parecen mal enunciadas.
- Los sonidos de tono alto como “s” y “ch” son difíciles de escuchar y distinguir.
- Las conversaciones son difíciles de entender, especialmente cuando hay ruido de fondo.
- La voz de un hombre es más fácil de oír que la inflexión alta de la voz de una mujer o de un niño.
- Ciertos sonidos parecen molestos o excesivamente fuertes.
- También podría ocurrir “tinnitus” (zumbido, ronquido, o sonido de chicheo en uno o ambos oídos).

Existen varios tipos de presbiacusia, en función de qué zona anatómica del oído se afecte. Las enunciamos a título informativo: presbiacusia sensorial (se caracteriza por una caída abrupta en frecuencias agudas), presbiacusia neural (aparece una pérdida progresiva de la discriminación del habla), presbiacusia estrial (afecta a todas las frecuencias, agudas y graves, asociada a una discriminación del habla normal), presbiacusia mecánica o coclear (su diagnóstico se hace por exclusión).

Al tratarse de un proceso involutivo carece de tratamiento, aunque son útiles las prótesis auditivas (sobre todo al inicio del problema), el entrenamiento auditivo, el tratamiento de las patologías concomitantes, vitaminas y antioxidantes.

Sugerencias para dirigirnos a personas con presbiacusia

- Mire de frente a la persona que tiene pérdida de audición para que ella pueda ver su cara cuando usted hable.
- Asegúrese de que la luz está frente a usted cuando hable (para expresión facial).

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Durante las conversaciones, apague la radio o televisión.
- Evite hablar mientras mastica o cubriendo su boca con las manos.
- Hable levemente más fuerte que lo normal, pero no grite. El grito puede distorsionar su habla.
- Hable a velocidad normal y no exagere los sonidos.
- Dele indicios a la persona con pérdida de audición sobre el tema de la conversación siempre que sea posible.
- Reformule las afirmaciones con oraciones más cortas y sencillas si cree que no está entendiendo lo que dice.
- En restaurantes y reuniones sociales, elija los asientos o áreas de conversación lejos de áreas con mayor cantidad de gente o ruidosas.

Problemas con el olfato

A los cambios que induce el envejecimiento ya citados: disminución en el olfato en base a la intensidad o potencia de un olor y a la capacidad para reconocerlos (recordarlos) o nombrarlos, hemos de añadir una serie de procesos que pueden aparecer en los mayores y comprometer la olfacción. Entre estos procesos o factores incluiremos:

206

FACTORES INTRÍNSECOS

- Alteraciones estructurales del epitelio olfatorio, como los que aparecen en algunas rinitis.
- Alteraciones morfológicas del bulbo olfatorio en algunas enfermedades y tumores del cerebro.

FACTORES EXTRÍNSECOS

- Infecciones víricas en la mucosa nasal.
- Sustancias tóxicas: algunas drogas, medicamentos y compuestos pueden alterar la sensibilidad olfativa, incluyendo el alcohol, la nicotina, solubles orgánicos y aplicaciones directas de sulfato de zinc.
- Nutrición: deficiencia de vitaminas A-B₆-B₁₂, carencia de cobre y zinc, malnutrición, fallos renales, enfermedades del hígado (incluida cirrosis).

FACTORES PATOLÓGICOS

- Traumatismo craneal (fractura frontal del cráneo, lesión occipital, fractura nasal).
- Enfermedades neurodegenerativas. Los procesos degenerativos del sistema nervioso central (por ejemplo, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer) causan hiposmia (disminución de la capacidad olfativa).
- Trastornos neurológicos/psiquiátricos: depresión, epilepsia, esquizofrenia, sarcoidosis, lupus eritematoso.
- Trastornos endocrinos: insuficiencia adrenocortical, síndrome de Cushing, diabetes mellitus, hipotiroidismo y otras.
- Neoplasias cerebrales y meningiomas olfativos.
- Causas iatrogénicas: rinoplastia, neurocirugía, radiación, terapia farmacológica.
- Causas desconocidas.

Problemas con el gusto

El trastorno del gusto más común es la percepción de un persistente sabor desagradable, a pesar de no tener nada en la boca. También podemos detectar una capacidad reducida para percibir sabor dulce, ácido, amargo, salado y umami. Este problema se llama hipogeusia. Si una persona no puede detectar los sabores, lo llamamos ageusia. La pérdida completa del gusto, sin embargo, es rara. A menudo se experimenta una pérdida del olfato en lugar de una pérdida del gusto.

En otros trastornos de los sentidos, un olor o un sabor pueden estar distorsionados (disgeusia), lo que, a veces, se acompaña por el síndrome de boca ardiente, un problema en el cual una persona experimenta una sensación de ardor doloroso en la boca. Aunque puede afectar a cualquier persona, el síndrome de boca ardiente es más común en mujeres de mediana edad y en personas mayores.

En caso de perderse la sensibilidad gustativa, generalmente se pierden primero los sabores salados y dulces, y los sabores amargo y ácido permanecen un poco más de tiempo.

Adicionalmente, la boca produce menos saliva a medida que se envejece. Esto causa sequedad, lo cual dificulta más la deglución. Igualmente, puede hacer que

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

la digestión sea un poco menos eficiente y puede incrementar los problemas dentales.

Como remedio podemos intensificar los sabores en aquellos ancianos que hayan perdido capacidad gustativa, teniendo especial cuidado con el aumento de cantidad de sal que se ingiera, que debe limitarse en caso de hipertensión arterial o problemas de riñón. Igualmente hay que ser cauteloso con la adición de azúcar a los alimentos en casos de personas diabéticas.

Problemas con el tacto y sensaciones asociadas

Dado que de forma fisiológica aparecen dificultades para recibir ciertas sensaciones táctiles, dolorosas, de cambios de temperatura, de presión e incluso para detectar o reconocer objetos por medio del tacto (estereoagnosia) hemos de ser muy cautelosos con las sensaciones que la persona mayor recibirá a través de la piel.

Con carácter general recomendaremos:

- Limitar la temperatura del agua en la casa para disminuir el riesgo de quemaduras. Igualmente con los líquidos calientes para beber.
- Observar el termómetro para decidir cómo vestirse en vez de esperar hasta que se llegue a sentir mucho calor o mucho frío.
- Revisar la piel (especialmente los pies) en busca de lesiones y, si encuentra una lesión, ponerla en manos de profesionales sanitarios. No asumiremos que simplemente debido a que un área no presenta dolor, la lesión no es significativa.
- Debemos realizar cambios posturales frecuentes, especialmente en personas encamadas, para evitar que aparezcan lesiones por presión que pueden no ser percibidas por la propia persona inmovilizada.
- Secar cuidadosamente después del aseo, fundamentalmente en zonas de pliegues, para evitar maceraciones u otros problemas. En personas con piel fina evitaremos frotar para secar y lo haremos a pequeños y suaves golpes de presión. Después de secar hidrataremos toda la piel por medio de cualquier crema o leche corporal hidratante.

Bibliografía

- Aging and your eyes. National Institute of Aging. National Institute of Health & Human services. sponible en: <http://www.nia.nih.gov/health/publication/aging-and-your-eyes>.

- Cuidar la vista y el oído. Monografías: Saber envejecer, prevenir la dependencia. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Disponible en: www.segg.es.
- López Trigo JA. El deterioro sensorial como factor de dependencia en el anciano. Congreso de la Sociedad Andaluza de Geriátría y Gerontología. Jerez de la Frontera, 2010.
- Mackay-Sim A, Johnston ANB, Owen C, Burne THJ. Olfactory ability in the healthy population: reassessing presbyosmia. *Chem Senses* 2006; 31:763-71.
- Minaker KL. Common clinical sequelae of aging. In: Goldman L, Ausiello D, eds. *Cecil Medicine*. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders, 2007; chap 23.
- Presbiacusia. National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. Disponible en: http://www.nidcd.nih.gov/health/spanish/pages/presbycusis_span.aspx.

Primitivo Ramos Cordero

Enfermedades inmunoprevenibles y vacunaciones en las personas mayores

Introducción

Las enfermedades inmunoprevenibles son un conjunto de enfermedades de origen infeccioso que se pueden prevenir mediante el uso de las vacunas. Está demostrado que la utilización de la vacuna es la forma más eficiente de prevenir estas enfermedades, pues modifica la prevalencia y la incidencia de las mismas, hasta lograr en algunos casos, como la viruela, su erradicación. Ahora bien, pese a ello, todos los años fallecen millones de personas en todo el mundo por enfermedades inmunoprevenibles, como el tétanos, la meningitis, las hepatitis A y B, las diarreas por rotavirus, la poliomielitis, la tos ferina, la fiebre amarilla, la enfermedad neumocócica o por complicaciones de la gripe.

Aún existen creencias erróneas respecto a las vacunas, como que su administración sistemática es exclusiva de la población pediátrica, cuando en realidad las personas mayores tienen mayor necesidad que otros colectivos de protegerse mediante la vacunación por el propio envejecimiento, ya que les confiere mayor vulnerabilidad frente a las infecciones por el fenómeno de la *inmunosenescencia*, que origina una respuesta disminuida frente a la infección, por descenso de la inmunidad natural y la adquirida por vacunas, generando respuestas menos intensas y duraderas que en los adultos.

Entre las enfermedades infecciosas inmunoprevenibles en los mayores, cabe citar a la gripe, la enfermedad neumocócica, el tétanos, las hepatitis A y B, etc.

Gripe y vacunación antigripal

En España, las coberturas vacunales en mayores de 65 años son bajas, apenas alcanzan el 65% en la vacunación antigripal, debido a: ataques infundados respecto a la seguridad vacunal en los medios de comunicación e Internet, la escasa concienciación del valor de las vacunas en adultos, falta de un registro sistematizado de las vacunas en adultos que provoca inexactitud en el cálculo de la cobertura vacunal, y por falta de proactividad y ejemplarización de los

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

propios trabajadores sanitarios (con coberturas vacunales muy bajas, 11,6% en la campaña pandémica de 2009-2010, que difícilmente transmiten su compromiso para educar sanitariamente a la población sobre los beneficios de las vacunas y el fomento de su aplicación).

Tras alcanzar coberturas vacunales del 70% en la temporada 2005-2006, se produjo una tendencia a la baja, llegando al 56,9% en 2010-2011. Actualmente ha ascendido al 67,6% en 2011-2012. Las recomendaciones de la OMS son llegar al 75% en 2015.

La gripe está originada por un virus de la familia *Orthomyxoviridae*, de los tipos A y B. Estos virus modifican con facilidad su estructura antigénica a lo largo del tiempo, de forma más o menos profunda, dando numerosos subtipos. Por ello, la infección por un determinado subtipo confiere escasa o nula protección frente a subsiguientes infecciones, a menudo causadas por otros subtipos o variantes antigénicas.

Brotos estacionales y pandemias

La gripe estacional cursa en forma de brotes epidémicos de intensidad variable, que duran entre 5 y 7 semanas, en la estación fría (diciembre-marzo, en el hemisferio Norte). Los virus causantes de los brotes estacionales son fruto de variaciones antigénicas menores. Estas variaciones en los virus humanos pre-existentes de tipo A obligan a la revisión y actualización anual de las cepas vacunales que componen la vacuna antigripal.

Las pandemias son debidas a variaciones mayores, producidas por mecanismos de recombinación genética entre cepas humanas y cepas animales (aviar, porcina...), dando lugar a una nueva cepa muy diferente a las que hasta ese momento habían circulado.

Virus y respuesta inmune

El virus de la gripe se transmite por inhalación en forma de gotitas o aerosol, atacando y permaneciendo en el epitelio respiratorio, salvo en circunstancias excepcionales. La propia respuesta inmune del organismo produce sustancias de defensa, responsables de los síntomas gripales (fiebre, mialgia, malestar). Una respuesta inmune inadecuada, como a veces ocurre en los mayores, puede derivar en una neumonía vírica primaria o en una infección bacteriana secundaria.

Clínica de la gripe

La infección por gripe en individuos sanos normalmente es un proceso no complicado de vías altas respiratorias que se resuelve en 1 o 2 semanas. Sin

embargo, la neumonía es una complicación relativamente frecuente en los mayores, inmunodeprimidos, patología cardiorrespiratoria crónica y mujeres embarazadas. Otras complicaciones frecuentes de la gripe son las exacerbaciones de asma, de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y de fibrosis quística. Los pacientes mayores presentan una sintomatología más intensa que otros grupos de edad en el tracto respiratorio inferior, incluyendo tos productiva, dificultad respiratoria, jadeante y dolor torácico. La presencia de fiebre no es tan común como en adultos jóvenes.

La edad avanzada es un factor añadido de riesgo en la enfermedad gripal, incluso en ausencia de otras patologías subyacentes, a consecuencia del declive de la inmunidad celular (inmunosenescencia). Si a ello unimos la presencia de otras condiciones médicas de carácter crónico, entenderemos cómo la mortalidad por gripe se incrementa con la edad, y alcanza su mayor expresión en los mayores con patología crónica asociada.

Además, la infección por el virus de la gripe provoca inmunodepresión y promueve activamente la patogenicidad de las bacterias, incrementando el impacto de la enfermedad. En estos casos, cuando el paciente está recuperándose de los síntomas gripales, se produce la recurrencia de los síntomas respiratorios.

Impacto epidemiológico y social

Entre el 5 y el 15% de la población contrae la gripe anualmente. Los brotes de gripe estacional conllevan un incremento de la demanda asistencial (ambulatoria, de servicios de urgencia y hospitalaria). Las tasas de hospitalización y mortalidad asociadas a la gripe son máximas en los mayores de 65 años, por la descompensación de problemas cardíacos, insuficiencia cardíaca congestiva, infarto o exacerbaciones diabéticas.

Una persona puede perder un 2-3% de su masa muscular por día de reposo encamado. Si presumimos que una persona mayor pueda pasar 5-7 días con gripe, puede perder un 20-30%, que le puede llevar a ser dependiente para las actividades básicas de su vida diaria.

Vacunas antigripales

La vacuna induce anticuerpos neutralizantes del virus, que confieren protección frente a la gripe y frente al desarrollo de neumonía grave. Las vacunas antigripales actuales contienen dos antígenos frente al virus tipo A y uno frente al tipo B, y se formulan de acuerdo a las recomendaciones que anualmente emite la Organización Mundial de la Salud (OMS).

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

La vacunación de los mayores suele generar una respuesta inmune menos robusta, potente y duradera, por ello se han ideado diferentes estrategias: aumentar la dosis de antígeno en las vacunas, crear vacunas adyuvadas o virosómicas, utilizar la vía intradérmica, etc. Varios trabajos han demostrado una mayor respuesta inmune de las vacunas con adyuvante y de las vacunas de administración intradérmica.

La vía de administración en adultos es la intramuscular en el deltoides, pero hoy es posible la vía intradérmica, que podría facilitar la vacunación en determinados casos.

Efectividad, seguridad y beneficios de la vacunación

La eficacia y efectividad de la vacunación antigripal en personas mayores es muy alta, alrededor del 60%, y su seguridad es excelente, ya que las reacciones adversas solo aparecen en el 5% de los vacunados, a nivel local, en la zona de inyección y consisten en dolor, inflamación, eritema e induración, con una duración de 1-2 días.

Los beneficios clínicos de la vacunación antigripal en la población mayor se asocian a una reducción significativa en el número de neumonías (29-32%), de patología cardíaca (19%) y enfermedad cerebrovascular (16-23%). En definitiva, reduce los episodios respiratorios, el número de consultas, hospitalizaciones y de fallecimientos entre las personas de mayor edad, tanto en domicilio como en centros o instituciones.

Este hecho invita a la apuesta actual de vacunar ampliamente a todos los colectivos (mayores, adultos y niños) por el efecto de inmunidad de grupo o de rebaño que confiere, evitando la posibilidad de circulación del virus.

Recomendaciones de vacunación antigripal

La vacunación antigripal está recomendada en todos los mayores de 60 años, y en los menores de 60 años que pertenezcan a alguno de los siguientes grupos de riesgo: padecer o haber padecido un cáncer, problema crónico de riñón, hígado o sangre, padecer patología respiratoria (asma, EPOC...), cardiovascular o enfermedad metabólica (diabetes y/u obesidad mórbida), residir en una institución cerrada, profesionales de la sanidad, de residencias o instituciones cerradas, cuidadores o asistentes en domicilio de personas con patología crónica, convivientes con personas incluidas en los grupos de riesgo, los que desempeñan servicios esenciales en la comunidad, embarazo, viajeros internacionales, trabajadores en granjas de aves posiblemente infectadas por virus gripales.

Enfermedad neumocócica y vacunación

Constituye un importante problema de salud pública en los mayores. Está producida por el neumococo o *Streptococcus pneumoniae*, responsable de hasta el 36% de las neumonías adquiridas en la comunidad y del 50% de las hospitalarias.

El reservorio del neumococo es la propia nasofaringe de los humanos asintomáticos, que actuamos como portadores; no existen vectores animales o insectos. Se transmite por contacto de humano a humano, a través de la inhalación de gotitas de aerosol al toser, estornudar, hablar, etc., o por autoinoculación en portadores de la bacteria.

Las tasas de enfermedad neumocócica son mayores en lactantes, niños pequeños y ancianos. La presencia de ciertas enfermedades (inmunodeficiencia natural o adquirida, asplenia, hábito tabáquico y abuso de alcohol) incrementa el riesgo de padecer enfermedad neumocócica y sus complicaciones. Facilitan la transmisión el hacinamiento, la estación del año (invierno y primeras semanas de la primavera) y enfermedades respiratorias de vías altas o la infección neumocócica concomitante (otitis, neumonía).

La enfermedad neumocócica se puede desarrollar en forma de neumonía, meningitis, o de forma bacteriémica (diseminación del neumococo a sangre).

La neumonía no bacteriémica es la forma de presentación más frecuente de la enfermedad neumocócica en adultos. Tras un periodo de incubación corto, de 1 a 3 días, aparece de forma abrupta fiebre y escalofríos o rigidez. Otros síntomas frecuentes son la tos productiva purulenta, esputos herrumbrosos, disnea, taquipnea, dolor torácico pleural, hipoxia, taquicardia, malestar generalizado y debilidad. Entre las complicaciones de la neumonía se incluyen empiema, pericarditis y obstrucción bronquial con colapso alveolar y formación de absceso pulmonar. Las personas de edad avanzada tienen una mortalidad mayor.

Hay factores predisponentes para el desarrollo de la enfermedad neumocócica invasora: edad, inmunodepresión por enfermedad o fármacos, asplenia (ausencia de bazo), cardiopatía y enfermedad pulmonar crónica, incluyendo asma, enfermedad renal o hepática, tabaquismo y la pérdida de líquido cefalorraquídeo.

La enfermedad neumocócica invasora (con diseminación masiva a sangre), en cualquiera de sus formas (neumonía bacteriémica u otras), presenta una mayor gravedad y mortalidad cuanto mayor edad tenga. La meningitis neumocócica tiene una alta letalidad en mayores, hasta el 80%. La cuarta parte de los pacientes con meningitis cursa con neumonía.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Vacunación antineumocócica

Existen varias vacunas frente a la enfermedad neumocócica, la **VacNeumo 23v®** está incluida en el calendario oficial de las Comunidades Autónomas, mientras que otras, como la **Prevenar 13c®**, solo está incluida oficialmente para determinados colectivos específicos. La eficacia protectora de la vacuna frente a las formas graves invasoras de enfermedad alcanza el 60-70% en adultos de edad avanzada inmunocompetentes y adultos con condiciones médicas subyacentes, lo que apoya las recomendaciones de aplicación en estos colectivos. No existen estudios concluyentes sobre la efectividad en la prevención frente a neumonía no bacteriémica en los mismos grupos poblacionales.

La vacunación frente al neumococo demostrada es para la prevención de la enfermedad neumocócica invasora.

Recomendaciones de vacunación antineumocócica

La vacunación antineumocócica está recomendada al cumplir la edad de los 60 años, especialmente los que viven en instituciones. En las personas menores de 60 años también se recomienda en los que presenten determinadas condiciones de riesgo: patología crónica cardiovascular y pulmonar, hepatopatía crónica, diabetes, fallo renal crónico o síndrome nefrótico, asplenia (ausencia de bazo), personas inmunodeprimidas (VIH, sida, leucemias, linfomas, cáncer, mieloma, etc.) o en tratamiento inmunosupresor (esteroides, radioterapia), personas receptoras de trasplante sólido o de médula ósea, y ante artritis reumatoide en tratamiento que pueda comprometer el sistema inmune.

Se recomienda la administración de 1 única dosis de vacuna. Aquellas personas que hubiesen recibido una dosis antes de cumplir la edad de 60 años, deberán recibir una segunda dosis al cumplir esa edad, o más tarde si no hubiesen transcurrido al menos 5 años desde la primera dosis. Solo se requerirá una dosis única cuando las personas la reciban a partir de los 60 años.

La vacuna antineumocócica se puede administrar al mismo tiempo que la vacuna antigripal, pero en lugar anatómico diferente.

Como contraindicaciones cabe reseñar la reacción anafiláctica previa a esta vacuna o a cualquiera de sus componentes y tener precaución ante enfermedad aguda, moderada o severa. Se recomienda administrar la vacuna al menos 2 semanas antes de una esplenectomía programada (extirpación del bazo) o del inicio de un tratamiento inmunosupresor, y no administrarla hasta que hayan transcurrido al menos 3 meses de un tratamiento de quimio-radioterapia en enfermedad neoplásica.

Difteria

La difteria es una enfermedad causada por una bacteria, *Corynebacterium diphtheriae*. Produce unas falsas membranas de un exudado fibrinoso que se adhieren a las mucosas del tracto respiratorio superior (amígdalas y garganta). A veces puede afectar al corazón, al sistema nervioso y a la piel.

La enfermedad provoca un cuadro respiratorio (dolor con formación de membranas en la garganta, inflamación de los ganglios linfáticos del cuello, aumento ligero de la temperatura corporal), o bien, un cuadro dermatológico, con la aparición de lesiones hinchadas, enrojecidas y a menudo dolorosas. Otras veces no presenta ningún síntoma.

Los extensos programas de vacunación frente a la difteria en los países occidentales en las décadas de 1940-1950 provocaron un rápido descenso de esta enfermedad. En la última década del pasado siglo la difteria resurgió de forma epidémica en los países del este europeo, y en la primera década de este siglo en Rusia y Ucrania. En los nuevos brotes, la mayor parte de los afectados fueron adultos. Solo el mantenimiento de coberturas de vacunación elevadas en niños y adultos permite la prevención de infecciones.

Tétanos

El tétanos está causado por esporas del *Clostridium tetani*, que se encuentran diseminadas ubicuamente en el ambiente. Penetran en el cuerpo a través de heridas y laceraciones de la piel y germinan en condiciones anaeróbicas (ausencia o escasez de oxígeno), como el que se produce en tejidos necrosados resultantes de traumatismos o heridas punzantes contaminadas con tierra, polvo de la calle, heces de animales y/o humanos.

Las esporas germinan y pasan a la forma vegetativa o bacilo, capaz de segregar una potente neurotoxina: la tetanospasmina. Esta toxina inhibe la producción de neurotransmisores inhibidores de las motoneuronas, con lo que se producen contracciones tónicas (sostenidas) y contracciones clónicas (sacudidas), que provocan dolorosos espasmos musculares y otros síntomas, como el trismo (bloqueo o espasmo de los músculos mandibulares), rigidez muscular, facies tetánica y risa sardónica; en los estadios avanzados llega a producir afectación respiratoria grave.

En nuestro entorno, las tasas más elevadas de tétanos se dan en mayores de 50 años de edad, ya que a edades más jóvenes la población está protegida frente al tétanos por la vacunación infantil (a los 20 años el 95-98% está protegida); pero a partir de esas edades hay grandes bolsas de población desprotegida, por lo que se hace necesario promover la vacunación frente al tétanos en edades adultas.

Tos ferina

Es una enfermedad aguda de las vías respiratorias causada por una bacteria *Bordetella pertussis*, extremadamente contagiosa. La transmisión se produce persona a persona, por la inhalación de gotitas contaminadas al estornudar o toser una persona infectada. Tras un periodo de incubación de 7 a 10 días, la enfermedad puede variar entre asintomática o cursar con síntomas moderados o graves.

Se caracteriza por una tos grave, convulsiva, y que se prolonga por espacio de 2 meses o incluso más. Los niños menores de 6 meses presentan disnea y en ellos la enfermedad puede llegar a ser mortal por asfixia si no reciben tratamiento adecuado y a tiempo.

En los últimos 15 años, la tos ferina ha aumentado en Europa, EE.UU. y en otros países debido a un incremento real de casos, o bien por las mejoras en los medios diagnósticos.

Ni la infección ni la inmunización mediante vacunas confieren inmunidad de por vida, ya que esta va menguando con el tiempo; por ello, en países con elevadas coberturas de vacunación en niños aparecen ondas epidémicas con casos en adolescentes y adultos. Estos actúan como reservorio infectando a los niños menores de 1 año no inmunizados, en cuyo caso la gravedad es mayor.

Los casos de adolescentes y adultos tienen una presentación clínica más inespecífica en forma de tos atípica y prolongada, con diagnóstico dificultoso. Los brotes de tos ferina se presentan con cierta frecuencia en el ámbito familiar, escolar, e incluso comunitario.

Esto justifica la vacunación anti tos ferina en adolescentes en algunas comunidades como Madrid, con vacuna de baja carga antigénica frente a difteria, tétanos y tos ferina (*dTpa*).

Vacunas disponibles para adultos frente a difteria, tétanos y tos ferina

En España se comercializan vacunas combinadas que contienen los antígenos necesarios para hacer frente a estas enfermedades. Pueden ser bivalentes, que contienen los toxoides tetánico y diftérico (vacunas *Td*), o trivalentes, si además contienen antígenos para proteger frente a la tos ferina (vacunas *dTpa*).

La vacunación de los adultos con vacuna de tos ferina no era posible hasta hace poco tiempo, porque las vacunas que contienen este antígeno y que se administran en la infancia provocan excesivos efectos secundarios en edades más avanzadas.

La aparición reciente de vacunas de tos ferina con carga antigénica más reducida, adaptada al sistema inmunitario del adulto (*dTpa*), permiten prolongar la

inmunidad frente a esta durante toda la vida. Estas nuevas vacunas se combinan con los tradicionales antígenos frente a difteria y tétanos, con lo que se consigue una vacuna combinada frente a difteria, tétanos y tos ferina (o en su acrónimo, dTpa). También se han mostrado seguras y los efectos secundarios como el eritema o la hinchazón, o el dolor en el punto de inoculación, que es el más frecuente, son similares a las vacunas bivalentes (Td).

Recomendaciones de vacunación frente a difteria, tétanos y tos ferina

Las vacunas dTpa están indicadas en España para su uso como dosis de recuerdo a partir de la edad de 4 años, y tras haber completado una serie de inmunización primaria con los toxoides diftérico y tetánico. Aún no hay datos para establecer cada cuánto tiempo deben espaciarse los sucesivos recuerdos vacunales con vacuna dTpa.

Se aconseja el empleo de las nuevas vacunas dTpa (combinaciones tétanos-difteria-tos ferina) en sustitución de las vacunas Td (combinaciones tétanos-difteria), en forma de dosis de recuerdo para el refuerzo inmunológico en adolescentes y adultos que fueron correctamente vacunados siguiendo una pauta de vacunación primaria con Td.

Las personas que no hayan recibido previamente la vacunación primaria completa con toxoides de difteria y tétanos Td, no deben vacunarse con dTpa.

Vacunación primaria del adulto: 3 dosis de vacuna Td en pauta: 0 (hoy), 1 (al menos 1 mes después de la primera dosis), 6 (al menos, 6 meses después de la primera dosis). La recomendación más extendida en España en adultos que hayan completado la serie primaria de vacunación es la administración de 2 dosis de recuerdo, con un intervalo de 10 años, hasta completar un máximo de 5 dosis. Actualmente se sigue la tendencia de que dosis puesta, dosis que cuenta; es decir, no hay que empezar el ciclo de nuevo aunque no se hayan cumplimentado correctamente los plazos.

Hemos de estar especialmente atentos y captar a algunos colectivos muy susceptibles, como las personas institucionalizadas, con riesgo de accidentes y caídas de repetición y con riesgo de padecer o haber desarrollado una úlcera cutánea crónica (úlceras por presión).

Enfermedades infecciosas inmunoprevenibles para determinadas personas o situaciones epidemiológicas especiales

Existen una serie de enfermedades o bien determinados condicionantes epidemiológicos, como la exposición de personas a infecciones como consecuencia de su profesión, viajes, etc., que hacen recomendable selectivamente la vacunación

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

frente a estas. Entre ellas cabe citar a las hepatitis B y A, la varicela-zóster, la enfermedad meningocócica, etc.

Hepatitis A y B

En los últimos años, en España se ha producido un descenso global de la hepatitis A a consecuencia de las mejoras higiénico-sanitarias, y paralelamente, un incremento en adolescentes y adultos susceptibles por la ingesta de alimentos o agua contaminada al viajar a países endémicos, o por relaciones homosexuales.

La mayoría de los casos evolucionan favorablemente, pero la enfermedad puede recaer (8-10% de los casos), evolucionar de forma fulminante e incluso ocasionar la muerte.

La vacuna confiere una protección cercana al 100%. La pauta vacunal recomendada es de 2 dosis (0, 6 a 12 meses). No se considera necesario efectuar ninguna revacunación.

En general, los nacidos antes de 1960 no requieren inmunización frente a la hepatitis A.

En la hepatitis B la estrategia elegida en España en los años 90 por la mayoría de Comunidades Autónomas fue la vacunación de preadolescentes (12 años), y más tarde la vacunación de los lactantes, sin abandonar la de los jóvenes, proporcionando elevados niveles de protección.

La vacunación está indicada en los contactos íntimos o convivientes de portadores del virus de la hepatitis B, pacientes con hepática crónica (incluida la hepatitis C crónica), personas no inmunizadas que viajen a países endémicos, personas con infecciones de transmisión sexual de repetición y sus parejas, receptores de transfusiones o hemoderivados de forma repetida, insuficiencia renal (preferentemente, en fase inicial) y pacientes en hemodiálisis.

Se recomienda la vacunación frente a hepatitis B de aquellos adultos diabéticos no vacunados previamente, especialmente a los adultos menores de 60 años.

La pauta habitual es de 3 dosis (0, 1, 6 meses). En población inmunocompetente, se considera que no es necesario administrar dosis de refuerzo.

Varicela-zóster

La incidencia anual del herpes zóster es mayor en las personas inmunocompetentes de 60 años o más y aumenta con la edad. El 50% de las personas que lleguen a los 85 años sin haber padecido herpes zóster, lo padecerán durante los años que sobrevivan a esta edad.

Los principales factores de riesgo de padecer herpes zóster son la edad avanzada (la inmunidad celular disminuye con la edad), las enfermedades que cursan con inmunodepresión de la inmunidad celular (incluida la infección por VIH y el sida, las neoplasias malignas hematológicas y el trasplante de médula ósea) y los tratamientos prolongados con inmunodepresores o corticoides y la quimioterapia anticancerosa.

En el curso del herpes zóster son frecuentes las complicaciones de tipo neurológico, oftálmico, cutáneo o visceral. La neuralgia postherpética es la más frecuente e importante, puede producir dolores muy intensos e incluso invalidantes, y tanto la frecuencia como la duración del dolor aumentan con la edad.

La vacuna frente al herpes zóster no previene una infección, sino que reduce la probabilidad de reactivación de una infección ocurrida anteriormente en la infancia (varicela), cuyo agente se ha mantenido latente en el organismo desde entonces.

En Europa (2007), la vacuna ha sido autorizada para la prevención del herpes zóster y la neuralgia postherpética, para personas inmunocompetentes de 50 o más años. Estamos a la espera de su comercialización en España. Se administra 1 dosis única, subcutánea.

La vacuna frente a la varicela está recomendada en los adultos susceptibles (sin evidencia de inmunidad, por historia clínica, antecedentes de vacunación o por serología), que sean contacto familiar de personas inmunodeprimidas, o que tengan una enfermedad crónica que pueda predisponer a padecer una varicela grave, como cardiopatía, diabetes mellitus, EPOC, alcoholismo crónico, hepatopatía crónica e insuficiencia renal o receptores de hemodiálisis. La pauta de vacunación es de 2 dosis, espaciadas entre sí de 4 a 8 semanas.

Meningococo C

Está indicada la vacunación en personas con deficiencias en el sistema inmune (hipogammaglobulinemia o asplenia), en los contactos domiciliarios de pacientes con enfermedad invasora por meningococo C y a los que realicen viajes internacionales a áreas de riesgo del meningococo C. La pauta de vacunación es de 1 dosis.

Otras

Se deben vacunar selectivamente aquellas personas mayores que efectúen viajes a destinos donde ciertas enfermedades infecciosas son endémicas, con la correspondiente vacuna, si no hay evidencia de que tengan inmunidad previa. Es el caso de la varicela, la enfermedad meningocócica o la hepatitis B.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

CALENDARIO DE VACUNACIONES EN ADULTOS Y MAYORES		
VACUNA	GRUPO DE EDAD	
	18-49 años	50-64 años
Gripe		≥ 65 años
Neumocócica polisacárida 23-V	Grupos de riesgo	Inactivada (1 dosis anual)
Tétanos-difteria-tos ferina	Td (1 dosis cada 10 años) Sustituir la primera dosis de Td a administrar por la dTpa	(1 sola dosis) ³ Td (1 dosis cada 10 años)
Hepatitis B²	3 dosis (0, 1, 6 meses)	
Hepatitis A²	2 dosis (0, 6-12 meses)	
Herpes zóster		1 dosis
Varicela	2 dosis (0, 1-2 meses) (seronegativos)	
Meningococo C⁴	1 dosis	

1. Incorporar progresivamente la vacuna antigripal inactivada al grupo de edad de 50 a 64 años, comenzando por el de 60-64 años.

2. En ausencia de vacunación en la infancia o adolescencia, vacunación incompleta o historia no fiable de haber padecido la enfermedad.

3. Revacunar con una sola dosis a los que hayan recibido la primera dosis antes de los 65 años (intervalo mínimo de 5 años).

4. Nacidos después de 1984 sin antecedentes fiables de vacunación.

Bibliografía

- García de Codes A, et al. Campaña de vacunación antigripal (pandémica y estacional) en profesionales de un hospital general (2009-2010). *Vacunas* 2010; 11:49-53.
- Gil Gregorio P, et al. Recomendaciones de vacunación para adultos mayores de 60 años. *Vacunas* 2011; 12(2):56-67.
- Grupo Estudio de Vacunación del Adulto. News infogripe n.º 1 Junio 2012.
- Guía Práctica y Protocolos de Actuación. Vacunación en adultos y mayores. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid: Ed. IM&C, 2011.
- Mato G, Mariano A, et al. Vacunación antigripal en personas mayores. *Rev Esp de Geriatria y Gerontología* 2011; 46(2):89-95.
- Picazo JJ, et al. Consenso sobre la vacunación frente a la gripe en el personal sanitario. *Vacci Rev Esp Quimioter* 2012; 25(3):226-39.
- Recomendaciones de vacunación para adultos y mayores 2012-2013. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid: Ed. IM&C, 2012.
- Salleras L, Domínguez A. Vacunación antineumocócica polisacárida 23-Valente. *Vacunas* 2010; (Supl. 2):66-73.
- Salleras L, Domínguez A, Navas E, Prots G. Eficacia y efectividad de la vacuna antineumocócica en las personas de 65 años o mayores. *Vacunas* 2000; 1:75-9.
- Vacunaciones en adultos. Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2004.
- Vega JM, Rodríguez C. Tratado de Geriatria para residentes. Ed. IM&C. ISBN: 84-689-8949-5.
- Viejo Bañuelos JL. La vacunación frente al neumococo en adultos. *Rev Esp Quimioterapia* 2009; 22(Supl. 1):26-8.

Primitivo Ramos Cordero

La correcta alimentación, nutrición e hidratación de la persona dependiente

Introducción

La dieta, junto a la actividad-ejercicio físico y a la eliminación de los hábitos tóxicos (alcohol, drogas, tabaco, etc.), constituyen los tres pilares básicos sobre los que descansa la promoción y la educación para la salud. Una dieta saludable, aun en los mayores, ejerce un efecto protector sobre la salud siempre que exista una expectativa de vida superior a 2 años.

Existe una estrecha y recíproca relación entre el buen estado de salud y una buena alimentación-nutrición, así como entre la enfermedad y la presencia de malnutrición. La malnutrición favorece las infecciones, las caídas, las úlceras por presión, etc., y al mismo tiempo, las enfermedades favorecen el desarrollo de la malnutrición proteico-calórica, por el mayor consumo energético y el hipercatabolismo que generan. Todo ello explica la elevada incidencia y prevalencia de malnutrición entre las personas hospitalizadas e institucionalizadas, en las que se alcanzan tasas del 30-40%.

Una alimentación e hidratación correcta es esencial para cualquier ser vivo, y especialmente en los mayores, y mucho más en los mayores dependientes, en los que los déficits en estos procesos acarrear a veces consecuencias irreparables, como la desnutrición y/o la deshidratación, que en algunos casos abocan o son adyuvantes de la muerte.

La alimentación es un proceso voluntario, a través del cual se lleva a cabo el aporte de los alimentos que contienen los diferentes nutrientes que precisa el organismo. Mientras que la nutrición es un proceso involuntario y, por tanto, no modificable voluntariamente, a través del cual el organismo absorbe y transforma los nutrientes de los alimentos en energía.

No hay duda que para lograr una correcta alimentación e hidratación, es decir, un equilibrio alimentario y nutricional, es necesario llevar una dieta equilibrada, la cual depende de varios factores: la disponibilidad y accesibilidad a los alimentos, el poder adquisitivo de los mayores, con pensiones

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

limitadas, de los gustos, creencias y conocimientos sobre los alimentos, etc.; en definitiva, del comportamiento alimentario adquirido a lo largo del tiempo.

El comportamiento alimentario de las personas mayores está bien definido y estructurado, como consecuencia de las influencias sociales, culturales y de las tradiciones vividas a lo largo de muchos años. Estos hábitos dietéticos se han adquirido a edades muy tempranas de sus vidas, y por ello resulta muy difícil de cambiar o erradicar; les gusta la comida casera, rechazan la comida rápida, de platos preparados y la comida de *catering*, y además, existen diferencias entre sexos (el hombre prefiere las carnes y la mujer el pescado).

Por otra parte, en las personas mayores, la dieta comienza a estar condicionada por las alteraciones de los órganos que acontecen con el envejecimiento, impidiendo que estos disfruten de la dieta, y sea una fuente de insatisfacciones y quejas, entre los que cabe citar:

- Órganos de los sentidos: papilas gustativas y olfatorias, visión, etc.
- Problemas orales: que condicionan la ingesta, como los masticatorios y deglutorios.
- Otros problemas de salud: digestivos, renales, etc.
- Medicamentos: algunos con efecto anorexígenos y otros que interfieren la absorción de los alimentos (tabla 1).

226

Tabla 1. Interacción entre medicamentos y alimentos

Anorexígenos	Alteración gusto	Inhibidor absorción
Diuréticos	IECA: captopril, enalapril	Antiácidos
Diltiazem	amiloride, hidroclorotiazida	Colchicina
Digoxina	espironolactona, nifedipino	Cimetidina
Antidepresivos tricíclicos	diltiazem, propanolol,	Fenitoína
Fluoxetina	penicilina, lincomicina,	Diuréticos
Clorpromacina	metronidazol, etambutol,	
Haloperidol	claritromicina, cefamandole,	
Sedantes	pentamidina, procaína,	
Citostáticos	sulmatriptan.	
	AINE: AAS, ibuprofeno,	
	carbamazepina, levo-dopa,	
	fluorazepam, triazolam,	
	zopiclona.	
	Citostáticos: 5 Fluoruracilo.	

Cuando hablamos de una alimentación e hidratación correcta, cada vez se utiliza más el concepto de **“dieta saludable, variada y equilibrada”**, para referirnos al aporte de energía y nutrientes necesarios para desarrollar la actividad diaria del organismo y mantener el peso estable. Debe existir un equilibrio entre la ingesta y el consumo o gasto energético orgánico.

Como prototipo de dieta saludable encontramos la **“dieta mediterránea”**, caracterizada por un alto consumo de frutas, verduras y hortalizas, legumbres, frutos secos, pescado azul y aceite de oliva.

Una dieta es correcta, y por tanto equilibrada, cuando aporta todos los requerimientos tanto de energía como de nutrientes que precisa el organismo. Es decir, a través de la dieta se llevará un aporte cuantitativo y cualitativo de los diferentes nutrientes, cumplimentando lo que se denominan las **“ingestas básicas recomendadas”** y los **“requerimientos nutricionales”** para un colectivo determinado, en este caso los mayores.

Dieta equilibrada y requerimientos nutricionales en los mayores

Valor energético o calórico: los mayores precisan en torno a 1.700-2.500 kilocalorías/día, es decir, 30-35 kilocalorías/kg peso/día aproximadamente, en función de la actividad que realicen. En los mayores no se recomiendan dietas por debajo de 1.500-1.600 kilocalorías/día, en general; y en caso de llevarse a cabo, deberá realizarse un estricto control nutricional, por el elevado riesgo de malnutrición proteico-calórica, añadiendo los suplementos que precise. En general, se considera que el gasto calórico se reduce un 10% cada 10 años, a partir de los 60 años de edad, según datos de la Organización Mundial de la Salud.

Macronutrientes: el aporte energético de la dieta a expensas de los macronutrientes o principios inmediatos energéticos, de forma aproximada debe distribuirse del siguiente modo: hidratos de carbono 55-60%, grasas < 30%, y proteínas 15% (tabla 2).

- **Hidratos de carbono simples o refinados (azúcares):** no deben superar el 10-12% del aporte energético de los hidratos de carbono. Se absorben rápidamente y elevan la glucemia de forma rápida (índice glicémico alto). Tienen un valor calórico alto (400-500 kilocalorías/100 g). No aportan otros nutrientes, por ello se les llama “calorías vacías”.
- **Hidratos de carbono complejos (almidones):** la ingesta debe representar el 85-90% del aporte energético de los hidratos de carbono. Son de absorción lenta y por ello elevan la glucemia de forma gradual y menos intensa (índice glicémico bajo).

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Tabla 2. Ingestas recomendadas de energía y macronutrientes

	RDA	IR		Guías alimentarias		
Años	> 51	60-69	> 70	60-69	70-79	> 80
Energía (kcal)	1.900-M 2.300-V	1.875-M 2.400-V	1.700-M 2.100-V	2.000-M 2.400-V	1.900-M 2.200-V	1.700-M 2.000-V
Proteínas (g)	50-M 63-V	41-M 54-V	41-M 54-V	1-1,25 g/kg de peso		
Lípidos (% de calorías)	30%	30-35%	30-35%	30-35%	30-35%	30-35%
Ác. grasos saturados	< 10%	10%	10%	7-10%	7-10%	7-10%
Colesterol (mg)	< 300	< 300	< 300	< 300	< 300	< 300
Hidratos de carbono	50%	50-55%	50-55%	50%	50%	50%

RDA: Recommended Daily Allowances.

M: Mujeres.

IR: Ingestas recomendadas.

V: Varones.

Modificado de Cuesta F, Requerimientos energéticos y de macronutrientes en el anciano.

- **Grasas:** **a) grasas saturadas** de origen animal (carne, embutidos, leche entera, mantequilla, etc.) y de origen vegetal (coco y palma); no deben sobrepasar el 7-10% del aporte energético. El resto del aporte energético, hasta llegar al 30%, se efectuará a expensas de **b) grasas monoinsaturadas**, de origen vegetal o animal (aceite de oliva y de colza, pollo, etc.) y **c) poliinsaturadas** (aceite de girasol, de soja, cacahuetes, pescado azul, etc.).
- **Proteínas:** se aportarán proteínas animales (carne, pescados, huevos y leche), por su aporte de aminoácidos esenciales, junto a proteínas vegetales (legumbres, patatas, pan, pasta, arroz y cereales). La relación óptima entre proteínas animales/vegetales debe ser del 50% de ambas, siendo tolerable al menos del 60/40%.

Fibra: el consumo diario debe situarse en torno a 20-35 g. La fibra regula la glucemia, controla el colesterol y las grasas, y previene el estreñimiento. Como alimentos ricos en fibra encontramos los cereales integrales, las frutas, las verduras, las hortalizas y las legumbres.

Minerales y vitaminas: las necesidades son variables, ya que se modifican por los problemas de salud (malnutrición, alcoholismo, etc.), así como por la toma de algunos medicamentos (antiácidos, colchicina, cimetidina, fenitoína, diuréticos, etc.). Las vitaminas, en general, no se sintetizan en el organismo, y en los casos que se sintetiza lo hace en cantidades insuficientes para un desarrollo normal, lo que requiere un aporte exógeno de estas. Los requerimientos de vitaminas en

los mayores varían poco respecto del adulto. Las dietas restrictivas requieren una suplementación vitamínica (tabla 3).

Tabla 3. Aportes recomendados de vitaminas y minerales para las personas mayores españolas

Nutriente(*)	60-69 años		Mayores de 70 años	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Vitamina A	900	800	900	700
Vitamina D	10	10	15	15
Vitamina E	10	10	12	12
Vitamina K	80	65	80	65
Tiamina	1,2	1,1	1,2	1,1
Riboflavina	1,3	1,2	1,4	1,3
Niacina	16	15	16	15
Ác. pantoténico	5	5	5	5
Vitamina B₆	1,7	1,5	1,9	1,7
Biotina	30	30	30	30
Vitamina B₁₂	2,4	2,4	2,4	2,4
Folatos	400	400	400	400
Vitamina C	60	60	60	60
Hierro	10	10	10	10
Calcio	1.200	1.200	1.300	1.300
Magnesio	420	350	420	350
Zinc	15	12	15	12
Yodo	150	150	150	150

(*) mg, excepto vitaminas A, D, K y biotina, en µg.

- **Calcio:** las necesidades diarias se cifran en 1.200 mg en los hombres y 1.300 mg en las mujeres. Es esencial en la prevención de la osteoporosis, especialmente en las mujeres. No debe superar los 2.500 mg/día, por el riesgo de cálculos renales. La leche es rica en calcio.
- **Fósforo:** las recomendaciones diarias se cifran en torno a 1.000-1.500 mg. La relación ingesta de calcio/ingesta de fósforo debe ser igual a 1. Es esencial para el metabolismo óseo. Su déficit es raro. Una ingesta excesiva de suplementos de calcio podría inhibir la absorción de fósforo.
- **Hierro:** los requerimientos de hierro en los mayores disminuyen porque aumentan los depósitos de este y por ausencia de las pérdidas menstruales

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

en las mujeres. No obstante, a veces se produce un déficit de hierro a consecuencia de un aporte insuficiente en la dieta, o por pérdidas ante sangrado intestinal, hernia de hiato, etc. Hemos de vigilar a los gastrectomizados (intervenidos de estomago) o los cuadros de malabsorción. Los alimentos con alto contenido en hierro son el hígado, la carne, la yema de huevo y las lentejas.

- **Zinc:** en los mayores sanos no suele disminuir. Su déficit produce un retraso en el proceso de cicatrización de las heridas, pérdida del sentido del gusto, inapetencia, diarrea, inmunodeficiencia e infecciones. La toma excesiva puede producir molestias gástricas, náuseas y vómitos. Son alimentos ricos en zinc las carnes rojas, el hígado, los mariscos, el pan, los cereales, las lentejas y el arroz.
- **Magnesio:** es un mineral más minoritario que el calcio o el fósforo en el organismo. Los requerimientos diarios se cifran en 150-500 mg. Su déficit ocurre ante malabsorción intestinal, insuficiencia renal, alcoholismo crónico o ante malnutrición proteico-calórica. Interviene en la conducción nerviosa, por ello ante su déficit se producen espasmos y contracturas musculares. Se encuentra en los frutos secos, cereales integrales, vegetales verdes, legumbres y en el chocolate.
- **Sodio:** las personas mayores aumentan las pérdidas de sodio por orina. El sodio interviene en el equilibrio ácido-base e hidroelectrolítico y en la transmisión de los impulsos nerviosos. En determinadas enfermedades se aconseja disminuir la ingesta de sal, pero esta no debe ser inferior a los 2-3 g diarios de sodio, ya que dietas muy restrictivas limitan la elección de alimentos y disminuyen el apetito. Así, en hipertensiones moderadas o cardiopatías compensadas no parece prudente restringir el total de la sal en la dieta, recomendando por debajo de 6 g/día.
- **Potasio:** en general no se afecta en los mayores, salvo en aquellos que tomen diuréticos y/o Digoxina®, con el consiguiente riesgo de arritmias cardíacas.
- **Vitamina A:** conocida como retinol o vitamina antixeroftálmica, es esencial en la visión y en la adaptación a la oscuridad. Los niveles de vitamina A se alteran ante alcoholismo, enfermedades gastrointestinales, malabsorción, y algunos medicamentos pueden interferir su absorción. Son alimentos ricos en vitamina A la leche, las verduras de hoja verde, los tomates, las zanahorias y los pimientos. Las leches semidesnatadas y desnatadas deben suplementarse con vitamina A. Los suplementos sistemáticos no son aconsejables, ya que las personas mayores tienen disminuida su eliminación, pudiendo resultar tóxica.

- **Vitamina D:** calciferol, se sintetiza a partir de un precursor (provitamina D) en la piel. Está en estrecha relación con el calcio. Las personas mayores, especialmente las dependientes e institucionalizadas, tienen un mayor riesgo de sufrir un déficit de vitamina D, pues disminuye su síntesis por la menor exposición a la luz solar. Contienen vitamina D el hígado de pescado y sus aceites, los pescados grasos (arenque, salmón y atún), la yema de huevo, el hígado de vaca y la leche entera. En ausencia de enfermedad, estos alimentos, junto a una adecuada exposición a la luz solar, deben cubrir los requerimientos diarios. Se aconsejan los suplementos orales, si se sospecha además un déficit de calcio.
- **Vitamina E:** tocoferol, tiene efecto antioxidante. Su déficit es raro. Se encuentra en aceites vegetales de girasol, de oliva y de algodón, en los frutos secos, en el trigo y en los cereales.
- **Vitamina K:** interviene en la coagulación. Los antibióticos que alteran la absorción intestinal como las sulfamidas, las diarreas severas o el ayuno prolongado, y los anticoagulantes dicumarínicos (Sintrom®), pueden producir déficit de esta vitamina, con riesgos hemorrágicos. Son alimentos ricos en vitamina K las verduras, las espinacas, el brécol y el repollo y también el aceite de soja y de oliva.
- **Vitamina C:** ácido ascórbico. Tiene un efecto antioxidante importante. Las necesidades se cifran en 100 mg/día. Una dieta rica en frutas (cítricos), verduras frescas y hortalizas no requiere suplementos. Los fumadores precisan una ingesta mayor de estos alimentos.
- **Vitaminas B₁** (tiamina), **B₂** (riboflavina), **B₆** (piridoxina) y **B₁₂** (cianocobalamina):
 - La vitamina B₁ se encuentra en el pan, los guisantes, las habas, las patatas, los tomates, los vegetales de hoja verde, las frutas, los cereales, las nueces, las carnes, particularmente la de cerdo, los huevos y la leche.
 - La vitamina B₂ se encuentra en el hígado, la leche, el queso, los huevos, los vegetales verdes y los cereales.
 - La vitamina B₆ abunda en la mayoría de los cereales, las nueces, el pan, las legumbres, las carnes rojas, los pescados, las frutas, las verduras, los huevos y los lácteos.
 - La vitamina B₁₂ se encuentra en las carnes, las vísceras y los pescados, y en menor cuantía en los huevos y la leche. Sus niveles pueden estar alterados, ya que para su absorción se precisa la formación de un complejo

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

con un factor gástrico, en presencia de calcio. Muchas personas mayores presentan aclorhidria, pudiendo disminuir la absorción de vitamina B₁₂.

- **Ácido fólico:** su déficit puede acontecer en los mayores con problemas gastrointestinales o que llevan una dieta desequilibrada. Son ricos en ácido fólico las verduras y las hortalizas frescas (espinacas, almendras, hígado y lechuga), por lo que no deben suprimirse de la dieta. Hay medicamentos que interfieren su absorción (ácido acetilsalicílico, antiepilépticos y barbitúricos), y algunos procesos inflamatorios y neoplásicos aumentan su consumo.

El ácido fólico, junto a las vitaminas B₆ y B₁₂, contribuyen a disminuir los niveles de homocisteína, que se asocia al riesgo cardiovascular.

Hidratación y requerimientos hídricos en los mayores

Las necesidades de agua son variables para cada persona en función del grado de actividad o ejercicio físico que realice, de las condiciones ambientales en las que se desenvuelva, de su patrón dietético, de los hábitos tóxicos (consumo de alcohol) y de los problemas de salud que padezca. Pese a la necesidad variable e individual de líquidos que precisa cada persona, existen unas necesidades basales o requerimientos medios de líquidos que, en condiciones normales, pueden cifrarse en torno a los 30 ml por kilogramo de peso y día, o bien otro método aproximativo de cálculo podría ser el de 1-1,25 ml por cada kilocaloría ingerida en la dieta. Esto implica que una persona mayor, con un peso entre 55-70 kg, requerirá en condiciones normales 2.000-2.500 ml de líquidos/día (8-10 vasos de agua).

En conclusión, podemos afirmar que las necesidades de agua del organismo son variables, pero han de presentar un equilibrio con las pérdidas de estos por orina, heces, respiración y sudoración. En definitiva, debe existir un equilibrio entre la ingesta y la eliminación de líquidos, que se denomina balance o equilibrio hídrico (tabla 4).

Tabla 4. Balance o equilibrio hídrico

Ingesta hídrica	Litros	Eliminación hídrica	Litros
Agua bebida	1,5	Orina	1,5
Alimentos	0,8	Sudoración	0,5
Oxidación	0,3	Respiración	0,4
		Heces	0,2
Total	2,6	Total	2,6

Además, sabemos que las necesidades de agua del organismo se pueden modificar en función de una serie de factores como los siguientes:

- **Edad:** según avanza la edad, se precisa consumir más líquidos, agua fundamentalmente, pues los mayores tienen disminuida la percepción de sed; esta sensación es más tardía pese a la necesidad constatada de líquidos por el organismo. Se requieren estímulos más intensos para sentir sed por tener un dintel osmolar más alto. De forma añadida, tienen alterados los mecanismos de la saciedad, es decir, una vez que sienten sensación de sed, los mayores se sacian antes y con menores cantidades de líquido que los adultos.
- **Alteraciones gustativas y olfatorias:** según aumentan los años se pierde el placer y apetencia por los líquidos (agua, zumos, leche, etc.), por atrofia de las papilas gustativas o por la presencia de enfermedades añadidas (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, etc.), o por la toma de algunos medicamentos (Digoxina®, anticolinérgicos).
- **Alteraciones gastrointestinales:** algunas situaciones limitan la ingesta líquida, como la afectación mecánica del aparato digestivo (esófago), por la afectación de los mecanismos neurológicos encargados de la deglución, o bien por los efectos adversos sobre estas estructuras de ciertos medicamentos. También sabemos que, según envejece el organismo, se ententece la función y los movimientos propulsivos del aparato digestivo, aumentando las necesidades de agua para evitar el estreñimiento.
- **Alteraciones renales:** el deterioro de la función renal requiere una ingesta líquida adecuada para lograr una correcta eliminación de los productos orgánicos de desecho.
- **Problemas de salud mental:** cabe citar las demencias en las que confluyen varios mecanismos para la reducción de la ingesta líquida (disminución de la percepción de sed, trastorno de la conducta alimentaria con rechazo a la ingesta, trastornos de la deglución, etc.). Otros procesos con afectación mental, como la enfermedad de Parkinson, los cuadros confusionales, la depresión, la ansiedad, influyen en la ingesta líquida.
- **Restricciones de la ingesta líquida:** hay circunstancias, que pueden influir para que los mayores disminuyan la ingesta líquida, como son: eludir la incomodidad de la micción nocturna (nicturia), evitar episodios de incontinencia urinaria nocturna, la incontinencia urinaria de esfuerzo y la urgencia miccional, la preparación para pruebas diagnósticas y la disminución del nivel de conciencia por fiebre o por la toma de psicofármacos.
- **Restricciones en la movilidad o accesibilidad comprometida:** determinados procesos que afectan a algunas personas mayores comprometen la ingesta líquida, como son los déficits de visión, la discapacidad específica

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

para la alimentación, la inmovilidad, la utilización de dispositivos de sujeción mecánica y la existencia de barreras u obstáculos arquitectónicos.

- **Del mismo modo**, las pérdidas de líquidos en los mayores también se ven comprometidas por la presencia de factores externos e internos, que les hacen más frágiles frente a estas, como son: el aumento de la temperatura ambiente y corporal que incrementan las necesidades de agua debido a fenómenos como la sudoración, evaporación, etc., la actividad y el ejercicio físico, el estrés, las infecciones, el aumento de la diuresis por la ingesta de alcohol o la diabetes mellitus, así como el aumento de las pérdidas por vómitos y diarreas; todos ellos requieren aportes adicionales de líquidos por el mayor consumo de estos.
- **Quemaduras**: las personas que padecen quemaduras precisan una ingesta de líquidos mayor para reponer las pérdidas que se producen a través de las mismas.
- **Medicamentos**: algunos medicamentos que cotidianamente toman las personas mayores, debido a sus problemas de salud, modifican y aumentan las necesidades de agua, como los diuréticos, fenitoína, teofilina, sales de litio, broncodilatadores, laxantes, enemas, etc.

234

Todo lo expuesto hace que las personas mayores sean especialmente susceptibles y vulnerables frente a la deshidratación, un problema muy importante que es responsable de muchas hospitalizaciones y que en algunos casos contribuye a la muerte.

Los desequilibrios del balance hídrico, junto a la menor proporción de agua en el organismo de los mayores, provocan que el margen de pérdida de agua en estos sea francamente estrecho. Conviene reseñar que a menudo las manifestaciones clínicas por pérdidas de líquidos en fases iniciales son bastante inespecíficas y poco fiables para su detección, especialmente en los mayores dependientes con problemas mentales.

Recordar que el mecanismo de la sed se despierta cuando se ha perdido el 1-1,5% del líquido corporal, es decir, cuando ya existe un estado de deshidratación, aunque sea subclínica.

Por todo ello, debemos establecer unas recomendaciones para las personas mayores que amortiguarían las necesidades adicionales de líquidos, evitando cuadros de deshidratación y descompensaciones orgánicas ante determinadas situaciones extraordinarias, como:

- **Aumento de temperatura ambiental**: añadir 300 ml de agua extraordinarios por cada grado de temperatura por encima de los 37 °C.

- **Problemas digestivos (vómitos o diarreas):** aumentar la ingesta de líquidos en 600 ml/día.
- **Problemas de salud** que se acompañen de respiración acelerada: aumentar la ingestión de líquidos en 600 ml/día.
- **Situaciones en las que se produzca aumento** de las necesidades de líquidos, como fiebre, calor, sudoración, actividad y ejercicio físico: incrementar el consumo de agua hasta los 45 ml por kg de peso y día, o bien ingerir 1,5 ml de agua por cada kilocaloría aportada en la dieta, pudiendo llegar a una ingesta en torno a 3-4 litros de líquidos al día.

En las personas mayores, el agua ha de contemplarse como un nutriente más, sin valor calórico o energético, pues carece de macronutrientes (hidratos de carbono, grasas o proteínas), pero con un aporte no despreciable de micronutrientes en forma de minerales: calcio, fósforo, magnesio, flúor y electrolitos (sodio, potasio y cloro).

Debemos animar o sensibilizar a las personas mayores, especialmente a las dependientes, a los cuidadores y a los profesionales de la salud que les atienden, para minimizar los problemas relacionados con una ingesta deficiente de agua, y estimularles para conseguir una ingesta líquida generosa, que evite la deshidratación para la que tan lábiles son los mayores.

Alcohol: el consumo debe ser muy moderado, no sobrepasando los 20-25 g/día (equivale a 1 vasito pequeño de vino, en la comida y en la cena), siempre que no esté contraindicado por padecer enfermedades o por tomar medicamentos incompatibles. El alcohol en mayor cantidad resulta nocivo en la dieta, ya que inhibe el apetito y la absorción de algunos nutrientes.

Oferta de una dieta variada, equilibrada y saludable en los mayores

El aporte de los requerimientos nutricionales energéticos (macronutrientes) y no energéticos (micronutrientes, fibra, agua, etc.) determinará un adecuado equilibrio nutricional. Esto es lo que se denomina las ingestas recomendadas u objetivos nutricionales. Ahora bien, las personas no comen macro o micronutrientes, sino alimentos. Por ello, una dieta o alimentación será correcta cuando efectuemos una combinación ordenada y juiciosa de los diferentes alimentos y los elaboremos de una forma adecuada, de manera que aporten los nutrientes necesarios para lograr el equilibrio nutricional.

Para alcanzar los objetivos nutricionales, se han desarrollado las guías alimentarias, que son un conjunto de recomendaciones nutricionales para una

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

población o un colectivo determinado. En España, desde 1994, existe un consenso desarrollado por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), que de forma gráfica y didáctica se representa mediante una pirámide, denominada la **“Pirámide de la Alimentación”**. Si en la elaboración de la dieta utilizamos los alimentos con la periodicidad y cuantía que en ella se indica, alcanzaremos una dieta variada, equilibrada y saludable.

Para la confección de estas pirámides, los alimentos se clasifican en grupos, que vienen definidos por los **“Principales Grupos de Alimentos”**. Cada uno de estos alimentos descansa sobre los diferentes escalones de la pirámide, estableciendo unas recomendaciones de consumo (número de raciones, cuantía de la ración, etc.), con unas periodicidades (diarias, semanales, etc.). En su base se encuadran aquellos alimentos que deben ser de consumo diario y de los que deben tomarse mayor número de raciones. A medida que vamos subiendo escalones en la pirámide, encontramos alimentos que precisan tomarse en menor cuantía y frecuencia, hasta alcanzar al vértice de la pirámide, en el que están los alimentos de consumo más excepcional (embutidos, dulces, etc.).

Primer escalón: definido por el agua (8 vasos); **segundo escalón:** pan-cereales, arroz, pasta-patatas (4-6 raciones); a continuación verduras, hortalizas y frutas (> 5 raciones), lácteos, etc.; y así, hasta llegar al **vértice:** se sitúan alimentos que solo deben consumirse de forma ocasional, como las grasas, mantequilla-margarina, dulces, bollería, embutidos, etc.

236

Así, de forma sencilla y comprensible, se elabora una dieta equilibrada y variada, según las recomendaciones preestablecidas de consumo para cada uno de los alimentos. En condiciones normales, con una combinación correcta de los alimentos, conseguiremos un aporte de macro y micronutrientes, y un aporte energético de estos, adecuados (proteínas en torno al 12-15%, lípidos en torno al 30% e hidratos de carbono en torno al 55-60%), ya que ningún alimento por sí mismo contiene todos los nutrientes que precisa el organismo.

Las pirámides han ido sufriendo diferentes modificaciones, como la “Pirámide de la Alimentación Saludable” de la SENC (2001), o bien se han utilizado otras imágenes gráficas para la elaboración de la dieta como el **“Abanico de la alimentación”**, el **“Rombo de la Alimentación”**, el **“Castillo de Alimentación”**, la **“Rueda de los Alimentos”** de la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA), o las tablas de utilización de raciones de alimentos (figura 1 y tabla 5).

De esta forma conseguiremos una dieta adecuada, equilibrada y saludable, que cubrirá las necesidades nutricionales de los mayores dependientes, en energía y



Figura 1. Pirámide de la alimentación y rueda de la alimentación (SEDCA)

nutrientes, y permitirá un funcionamiento y desarrollo correctos del organismo. El prototipo de esta dieta es la “**Dieta Mediterránea**”, dieta establecida en la población española, en la década de los años 60 y 70.

Recomendaciones para una alimentación adecuada en los mayores

Es fundamental determinar el número de comidas diarias que deben hacer los mayores. Lo más correcto es fraccionarlas al menos en cuatro comidas: desayuno, comida, merienda y cena, siendo lo óptimo una colación, sobredesayuno o refuerzo suave a media mañana.

Los horarios de las comidas son muy importantes, deben adecuarse y racionalizarse, distribuyéndose a lo largo del día, espaciando las comidas entre sí suficientemente y no picando entre ellas. Especial atención ha de tenerse en las instituciones (residencias de mayores u hospitales), con horarios rígidos, adecuados a los turnos de trabajo de los empleados y poco acordes a las necesidades reales de los comensales.

Hemos de ofertar un aporte energético adecuado en cada una de las principales comidas, que bien podría aproximarse al siguiente: desayuno (25-30%), sobredesayuno (5%), comida (40%), merienda (5-10%) y cena (20-22%).

Debemos elegir menús variados y conocidos, usar preparaciones sencillas y fáciles de elaborar. Utilizar los hervidos y “a la plancha”, evitar los fritos, asados, guisos y salsas fuertes.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Tabla 5. Raciones de alimentos para una dieta equilibrada

Grupo	Subgrupo	Ración (g/cc)	Raciones día	Raciones día	Raciones semana	Raciones quincena
Lácteos	Leche	200-250	2	3-4	25	50
	Yogur	250	1			
	Queso	40-65	1			
Pan Cereales	Pan	45-60	2-3	5-7	40-47	100
	Cereales	40-65	2-3			
Legumbres	Leguminosas	50-70	< 1	<1	3-4	
Carne Pescado	Carne	100-150	< 1	2-3	5	10
	Pescado	100-150	> 1		7	14
Huevo	Huevo	40-60	< 1		4-5	9-10
Verdura-hortaliza	Verduras	150-200	1-2	3-4	25	50
	Hortalizas	150-200	1-2			
Patatas	Patata	100-150	< 1	< 1	5	10
Frutas	Variada Consumo estacional	100-150	Variadas	2-4	22	45
Dulces	Azúcar Pastelería	1	Ocasional	< 1	2	4
Grasas Aceites	Aceite	10-15	< 50-60 g	3-6	20-42	40-85
	Mantequilla	7		< 1	1-2	< 3-4
	Mayonesa	15		< 1	1-2	< 3-4
Agua Infusión	Agua Zumos Infusiones	200-250	8-10	8-10	55-70	110-140

Hay que controlar las especias, picantes y condimentos, ya que los mayores presentan una disminución de las secreciones digestivas y de las enzimas encargadas de la digestión. Se pueden utilizar hierbas aromáticas para potenciar el olor y sabor de los alimentos, por los déficits del gusto y del olfato.

Evitar los alimentos demasiado calientes, las temperaturas elevadas sacian más. Los alimentos más templados se toleran mejor, sacian menos y se potencia más el aroma de estos.

La dieta tendrá un aspecto atractivo, una textura adecuada y un manejo fácil. Si presenta problemas de salud bucodental, se debe adecuar la densidad o textura de la dieta a las capacidades masticatorias y deglutorias individuales de cada persona.

Si presenta problemas de atragantamientos al deglutir (disfagia), utilizar una textura homogénea, o bien una *alimentación básica adaptada* para personas mayores, que consiste en productos con sabores variados, de una textura homogénea, que favorecen la deglución, que aportan un alto valor nutricional y, sobre todo, exacto y constante, sin manipulaciones.

Evitar las grasas saturadas (carnes con grasas, embutidos y la leche entera), tomando 3 raciones al día, siendo lo óptimo una cuarta ración en la mujer, de leche semidesnatada o desnatada y suplementada con vitaminas A, D y E. Mantener una ingesta adecuada de vitamina D y calcio, acompañado de paseos y tomar el sol.

El consumo de pescado ha de ser mayor que el de carnes, y se pueden tomar de 3 a 4 huevos por semana. Utilizar carne de pollo y pavo por su bajo contenido en grasas saturadas.

Aumentar el consumo de fibra con una dieta rica en cereales, frutas, verduras y legumbres, con un adecuado aporte de hidratos de carbono complejos, y evitar los hidratos de carbono simples o refinados, limitando los edulcorantes (azúcar), bollería, pastelería y dulces.

Controlar los alérgenos y aditivos (muchos desconocidos) contenidos en los alimentos por las intolerancias que presentan los mayores. Especial atención debemos prestar a la intolerancia a la lactosa. A veces existen reacciones cruzadas entre lácteos y carnes, etc.

Se debe controlar la ración ingerida de cada plato, y si habitualmente deja un "sobrante" mayor del 25% del mismo, se efectuará un control de peso mensual o cada 3-6 meses, consultando a su médico o enfermera en aquellos casos en los que las pérdidas superen el 7,5% y el 10% de su peso a los 3 y 6 meses, respectivamente, por el riesgo de malnutrición. En estos casos selectivamente se efectuará una valoración nutricional ampliada con datos de peso, talla, índice de masa corporal, analítica, etc.

Si en el domicilio no se dispone de básculas o rampas para pesar a las personas dependientes, utilizar métodos alternativos para controlar el peso de forma indirecta, a través de las tallas de la ropa.

La soledad, las enfermedades, la toma de múltiples medicamentos (polimedicación), la discapacidad y la pérdida de visión hace que se adopten malos hábitos alimentarios que son factores de riesgo para la malnutrición, como las dietas monótonas, a expensas de conservas, dulcería-bollería, etc., por las dificultades para la compra y acceso a los alimentos y a su elaboración, problemas de inapetencia, dificultades en la absorción de nutrientes, etc.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Si la dieta tradicional no logra un aporte adecuado de nutrientes o existe una mayor demanda por estrés, úlceras por presión, etc., se recurrirá a los suplementos o complementos dietéticos, que aportan un mayor contenido energético y de nutrientes en el menor volumen posible. Esto se puede conseguir mediante alimentos naturales enriquecidos con otros complementariamente (yogur con fruta batida y frutos secos troceados, purés de patata, leche, pollo o pescado blanco, huevo, etc.), o bien mediante productos comerciales.

Los suplementos nutricionales nunca han de sustituir a la dieta habitual, deben utilizarse cuando con una dieta adecuada no logre cubrir las necesidades nutricionales y siempre que el tracto gastrointestinal permanezca intacto. Se debe elegir el momento adecuado de las tomas y los sabores y aspectos más atractivos para el paciente.

Por último, cuando no se puedan satisfacer las necesidades nutricionales con la ingesta oral habitual ni con suplementos, se recurrirá a la nutrición enteral. La vía de acceso dependerá de la situación clínica, necesidades del paciente, tiempo de tratamiento previsto y riesgo de complicaciones.

Se debe comer despacio, masticar bien y tomar agua en la comida sin exceso (máximo 1-1,5 vasos), pues produciría sensación de saciedad o plenitud. El resto (4 a 6 vasos) se beberán gradualmente a lo largo de todo el día, hasta llegar a 1,5-2 litros/día (8 a 10 vasos de agua/día), aunque no tengan sed. Salvo ante situaciones de estrés, aumento de temperatura, ejercicio, etc., que podrá llegar a 3-3,5 litros/día.

El agua debe ser la bebida por excelencia, ha de ser sin gas, para evitar flatulencias, salvo ante cuadros dis pépticos en los que se prescriba con gas, no muy rica en minerales para evitar descompensaciones y a una temperatura agradable 12-14 °C.

No es necesario que toda la ingesta externa de líquidos sea exclusivamente a expensas de agua, podemos adaptarnos a las apetencias individuales con leche, zumos, infusiones, tisanas, caldos, sopas, etc. Moderar el consumo de café o sustancias excitantes, como el té.

Solo se restringirá la ingesta líquida cuando sea imprescindible para su subsistencia, por las posibles descompensaciones que puedan sufrir algunos problemas de salud, como insuficiencia cardiaca severa, edemas severos, insuficiencia renal muy avanzada, etc.

Ante problemas deglutorios para los líquidos (disfagia), los sabores fuertes, con edulcorantes, lima o limón, aumentan la apetencia y son útiles. Si pese a ello no ceden, utilizar espesantes, aguas gelificadas o gelatinas, para disminuir o evitar el riesgo de aspiración de alimentos.

Entre las alteraciones nutricionales existen dos extremos opuestos, la hiper-nutrición (sobrepeso-obesidad) y la hiponutrición o desnutrición (malnutrición proteica y calórica).

Malnutrición (desnutrición o malnutrición proteico-calórica)

Cuando la ingesta de macro y micronutrientes en la dieta no es equilibrada respecto al consumo orgánico, aparece la malnutrición y los estados carenciales asociados a esta.

La malnutrición es el conjunto de trastornos provocados por exceso, déficit o desequilibrio de nutrientes o energía en relación a las necesidades metabólicas y tisulares del organismo. Dentro de ella vamos a centrarnos en la desnutrición o malnutrición mixta (proteico-calórica), que podemos definirla como el estado de deficiencia calórica, proteica o de nutrientes específicos que produce cambios objetivables en la función corporal, que se asocia a un empeoramiento de las enfermedades y que puede revertir con un soporte nutricional adecuado.

La malnutrición proteico-calórica en los mayores produce cambios importantes en su salud, condiciona el bienestar, y lo que es más importante, compromete a la autonomía funcional. De ahí su consideración como uno de los grandes "síndromes geriátricos".

La frecuencia de malnutrición es elevada y muy variable, oscilando entre el 3-5% en los que viven en su domicilio, hasta superar el 30% en los ingresados en residencias u hospitales.

Las causas de malnutrición proteico-calórica son multifactoriales, pero existen personas más predispuestas, como las que padecen enfermedades asociadas, insuficiencias orgánicas avanzadas, especialmente la demencia y el cáncer, el alcoholismo, y las que presentan dependencia funcional. En muchos casos, aparece de una forma subclínica en personas que tienen buen pronóstico y sus patologías son potencialmente tratables.

La ingesta insuficiente de nutrientes, si se mantiene en el tiempo, llega a un estado subclínico de malnutrición proteico-calórica. Para el diagnóstico de la malnutrición disponemos de datos antropométricos (peso, talla, índice de masa corporal, etc.), bioquímicos (albúmina, transferrina, prealbúmina) e inmunológicos (linfocitos). Por último, un estado carencial avanzado se evidencia ya a través de signos clínicos y anatomopatológicos objetivables (tablas 6 y 7).

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Tabla 6

Pérdida de peso involuntaria		Índice de masa corporal (IMC = peso/talla ²)			
Pérdida peso (%)	Tiempo	IMC Peso/ Talla ²	Desnutrición	IMC Peso/ Talla ²	Nutrición
≥ 10%	6 meses	< 16 kg/m ²	Severa	20-25 kg/m ²	Normal
≥ 7,5%	3 meses	16-16,9 kg/m ²	Moderada	26-29 kg/m ²	Sobrepeso
≥ 5%	1 mes	17-19 kg/m ²	Leve	> 30 kg/m ²	Obesidad

Tabla 7. Parámetros bioquímicos e inmunológicos

	Normal	Depleción leve	Depleción moderada	Depleción severa
Albúmina (g/dl)	3,5-4,5	2,8-3,5	2,1-2,7	< 2,1
Transferrina (mg/dl)	250-300	150-250	100-150	< 100
Prealbúmina (mg/dl)	18-28	15-18	10-15	< 10
Linfocitos (mm³)	> 2.000	1.200-2.000	800-1.200	< 800

Las personas malnutridas tienen peor calidad de vida, son más susceptibles de presentar trastornos del estado de ánimo, infecciones, mala recuperación quirúrgica, heridas cutáneas crónicas (úlceras por presión), accidentes y caídas, pérdida de su autonomía y un aumento de la mortalidad.

Los déficits de vitaminas más frecuentes en los mayores son los de vitamina D, B₁₂ y ácido fólico, seguidos por las vitaminas B₁, B₆ y E, y entre los minerales destacan los de calcio, fósforo, hierro y potasio.

Existe un test o herramienta corto (15 minutos de aplicación), validado, el *Mini Nutritional Assessment* (MNA), útil para detectar de forma sencilla y práctica el riesgo de malnutrición y el estado nutricional. Puede pasarlo el personal sanitario entrenado (médico o enfermera). Consta de 18 variables agrupadas por áreas, que se puntúan y determinan el nivel de riesgo (tabla 8 y figura 2).

Tabla 8. Mini Nutritional Assessment (MNA)

30-23,5 puntos	Normal
23,5-17 puntos	Riesgo nutricional
< 17 puntos	Malnutrición

NOMBRE:		APELLIDOS:			SEXO:	FECHA:
EDAD:	PESO:	kg	TALLA:	cm	ALTURA TALÓN-RODILLA:	cm
<p>Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribado y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional</p>						
Cribaje (máximo 14 puntos)				Evaluación (máximo 16 puntos)		
A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = anorexia grave 1 = anorexia moderada 2 = sin anorexia				J. ¿Cuántas comidas completas toma al día? (equivalentes a dos platos y postre) 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas		
B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso				K. ¿Consumen el paciente Productos lácteos al menos 1 vez/día? sí no Huevos o legumbres 1 o 2 veces/semana? sí no Carne, pescado o aves diariamente? sí no 0,0 = 0 o 1 síes 0,5 = 2 síes 1 = 3 síes		
C. Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio				L. ¿Consumen frutas o verduras al menos 2 veces/día? 0 = no 1 = sí		
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no				M. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza) 0,0 = menos de 3 vasos 0,5 = de 3 a 5 vasos 1,0 = más de 5 vasos		
E. Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia o depresión moderada 2 = sin problemas psicológicos				N. Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad		
F. Índice de masa corporal (IMC) 0 = IMC < 19 1 = IMC 19-< 21 2 = IMC 21-< 23 3 = IMC 23				O. ¿Se considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales) 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición		
Cribaje (subtotal máx. 14 puntos) ≥ 12 puntos no necesario continuar ≤ 11 puntos posible malnutrición = CONTINUAR LA EVALUACIÓN				P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0 = peor 0,5 = no lo sabe 1 = igual 2 = mejor		
Evaluación (máximo 16 puntos)				Evaluación (subtotal máx. 16 puntos)		
G. ¿El paciente vive independiente en su domicilio? 0 = sí 1 = no				Q. Circunferencia braquial (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB 21 a 22 1 = CB > 22		
H. ¿Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no				R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP 31		
I. ¿Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no				Evaluación global (total máx 30 puntos)		
Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology. Supplement 2.15-59. Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y, Bellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An overview of CGA, Nutritional Assessment and Development of a Shortened Version of the MNA. In Mini Nutritional Assessment(MNA): Research and practice in the Elderly. 1998 Société des produits Nestlé. SA.				< 17 puntos = MALNUTRICIÓN 17 a 23,5 puntos = RIESGO MALNUTRICIÓN > 23,5 puntos = NORMAL		

Figura 2. MNA

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Deshidratación

La deshidratación es un desequilibrio entre la ingesta y eliminación de los líquidos del organismo que origina un balance negativo. Es una de las 10 causas más frecuentes de hospitalización en los mayores de 65 años, y si no se trata adecuada y precozmente, lleva asociada unas tasas de mortalidad muy elevadas, que oscilan entre el 40 y el 70%.

Cuantitativamente se clasifica en grados, en función del porcentaje de pérdida de líquidos, respecto al total del peso corporal, y en función del periodo de tiempo en el que se ha producido (el pronóstico es peor cuanto menor haya sido el periodo de tiempo en el que ha alcanzado dicho grado). Cualitativamente, según predomine la pérdida de agua o de electrolitos, se clasifica en deshidratación hipertónica, hipotónica o isotónica (tabla 9).

Tabla 9. Grados de deshidratación, síntomas y signos

Grado	% pérdida peso corporal	Pérdida peso (kg)		Síntomas y signos
		Persona 50 kg	Persona 75 kg	
Subclínica (crónica)	1-2%	0,5-1	0,75-1,5	Sed intensa, ↓apetito, malestar, fatiga, debilidad, cefaleas.
Leve	3-5%	1,5-2,5	2,25-3,75	Boca seca, ↓orina y concentrada, ↓concentración, hormigueo, somnolencia, impaciencia, inestabilidad emocional, desorientación-confusión, caídas, estreñimiento, náuseas.
Moderada	6-8%	3-4	4,5-6	↑Temperatura, taquicardia, polipnea, disnea, mareo, confusión mental, caídas, debilidad muscular, cianosis, oliguria, estreñimiento, infecciones.
Grave	9-11%	4,5-5,5	6,75-8,25	Espasmos musculares, delirios, problemas de equilibrio y de circulación, lengua hinchada, fallo renal, hipovolemia, ↓presión arterial, cianosis, infecciones.
Mortal	> 11%	> 5,5	> 8,25	Muerte.

Modificado de Thompson y cols. 2008.

Obesidad

Es un problema creciente en nuestra sociedad, especialmente en niveles socioeconómicos bajos. El 20% de los hombres y casi el 30% de las mujeres son obesos. Sus causas son multifactoriales (factores ambientales, genéticos, físicos, psíquicos, medicamentos, etc.). La obesidad favorece el desarrollo de otras enfermedades, como la diabetes mellitus, la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, las enfermedades coronarias, la osteoporosis, la artrosis, los problemas respiratorios, la litiasis biliar y aumenta el riesgo de padecer algunas neoplasias (cáncer de mama y colon), además favorece la inmovilidad e incapacidad física.

Se considera obesidad cuando presenta un índice de masa corporal (IMC = $\text{Peso} / \text{Talla}^2$) igual o mayor a 30 kg/m^2 . La relación entre el peso corporal, enfermedad y mortalidad en los mayores no está exenta de controversias, ya que salvo en los casos de obesidad extrema ($\text{IMC} \geq 32 \text{ kg/m}^2$), no se ha demostrado que la pérdida de peso reduzca la mortalidad. También sabemos que la pérdida de peso en algunas personas mayores puede empeorar su pronóstico vital. Por ello, en las personas mayores de 70 años solo se aconseja perder peso si existe una enfermedad que mejore significativamente con ello, o cuando exista una obesidad extrema.

En el tratamiento del sobrepeso-obesidad el equilibrio dietético se alcanza cuando se combina la dieta saludable junto al ejercicio o actividad física regular, acorde siempre a las posibilidades de cada persona, y que puede consistir en paseos de 25-30 minutos, dos veces al día; o en las personas dependientes, realizar ejercicios y movilizaciones pasivas. El tratamiento de la obesidad es difícil, complejo, y la recidiva tras el mismo es frecuente. Hemos de huir de las “dietas milagro”, ya que algunas ejercen un efecto rebote o “yoyó”. Deben efectuarse siempre bajo prescripción médica y tras una valoración exhaustiva del paciente.

Alteraciones en la deglución: disfagia

La alimentación es una actividad básica mediante la que incorporamos al organismo los nutrientes, que requiere una coordinación sincrónica de órganos y sistemas (boca, faringe, esófago, músculos, sistema nervioso), los cuales, mediante un funcionamiento eficaz y seguro, configuran el complejo proceso de la deglución, cuyo fin último es permitir que los alimentos sólidos y líquidos sean transportados desde la boca hasta el estómago.

Este complejo proceso puede verse alterado por disfunciones neurológicas, psiquiátricas y anatómicas, originando una disfagia o “trastorno para tragar alimentos sólidos, semisólidos y/o líquidos debido a una deficiencia en cualquiera

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

de las etapas de la deglución”. Las disfunciones pueden encontrarse a nivel de la cavidad oral o la faringe (orofaríngea), o bien a nivel del esófago.

La disfagia orofaríngea puede originar dos graves complicaciones:

1. La disminución de la eficacia en la deglución ocasiona malnutrición y/o deshidratación.
2. La disminución de la seguridad de la deglución puede producir un atragantamiento, y este podrá obstruir la vía aérea o producir una aspiración traqueobronquial, que en algunos casos desarrolla una bronconeumonía, con una mortalidad asociada de hasta el 50%.

La disfagia aparece en las personas mayores que padecen accidentes cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer en un 20-75%, y en la esclerosis lateral amiotrófica hasta en un 84%.

Algunos medicamentos, como los anticolinérgicos, antihistamínicos, antiespasmódicos, antidiarreicos, antipsicóticos, antidepresivos y sedantes, reducen la coordinación orofaríngea, producen sequedad de boca y aumentan el riesgo de disfagia orofaríngea.

El abordaje de la disfagia requiere un enfoque multidisciplinar y coordinado para mejorar la seguridad y eficiencia de la deglución, mantener una hidratación y nutrición adecuada, evitar las complicaciones y conseguir una buena calidad de vida. Requiere modificar la consistencia el volumen y la presentación de los alimentos. Se debe hacer entrenamiento postural y de la deglución, así como educación y formación de las personas encargadas de alimentarles.

246

Sonda nasogástrica y gastrostomía percutánea.

Manejo y nutrición enteral

En algunas personas la deglución es muy compleja, con grandes riesgos de aspiración y de bronconeumonías aspirativas de repetición, debiendo recurrir al sondaje.

El sondaje, cada día, resulta más cuestionado desde el punto de vista bioético. Sus indicaciones son:

- Atragantamientos, aspiraciones y bronconeumonías de repetición por disfagia.
- Ingesta lenta (más de 1 hora para cada comida) e incompleta.
- Pérdida importante de peso, malnutrición y/o deshidratación.

La nutrición enteral es la técnica de soporte nutricional por la que se administran los nutrientes directamente al aparato digestivo, anatómica y funcionalmente útil, pero en el que existe alguna dificultad para la ingestión por la boca. Se utilizan preparados comerciales concentrados que contienen los nutrientes necesarios para el organismo. Existen dos vías de acceso para la nutrición enteral:

- Sonda nasogástrica convencional (SNG).
- Gastrostomía endoscópica percutánea (PEG o GEP): sonda introducida a través de la pared del abdomen, por un orificio, hasta alcanzar el estómago. Si existe una expectativa de vida razonable y un estado basal adecuado, debemos apostar por esta, debido a la mayor calidad de vida que aporta y el menor riesgo de aspiración.

Tras la gastrostomía, la ingesta por la boca no queda prohibida de forma absoluta en la mayor parte de los casos, sino limitada en cantidad (líquidos y lo que más le plazca en pequeñas cantidades).

Conservación del alimento para la nutrición enteral

- Conservarlo en lugar fresco y seco y comprobar la fecha de caducidad.
- Registrar el día y hora de apertura del mismo.
- El excedente del preparado se cerrará y guardará en frigorífico.
- Usar el preparado tras las 24 horas de haber sido abierto, desechando el resto.

Administración del alimento

- Administrarlo a temperatura ambiente y agitarlo antes para que no tenga grumos.
- Guardar la máxima higiene: lavarse las manos y usar guantes. No se precisa esterilidad.
- Colocar al paciente en una silla o en la cama incorporándolo 30-45°, colocando almohadas o elevando el cabezal de la cama.
- El alimento debe estar colocado unos 60 cm por encima de la cabeza del paciente.
- La administración podrá efectuarse de forma continua en largos periodos de tiempo (16-24 horas), o en bolos intermitentes 4-6 veces/día, fraccionando el volumen a administrar.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- La administración puede hacerse mediante una bomba de alimentación, o por acción de la gravedad colgado en algún dispositivo (pie de suero, perchero, mueble, etc.) o mediante jeringuilla.
- Comprobar que la sonda está correctamente insertada: introducir el extremo en un vaso con agua y si aparecen burbujas, es posible que esté en vías respiratorias, en cuyo caso no introducir alimentos ni líquidos. Si no burbujea, aspirar con una jeringa y comprobar el contenido gástrico.
- Si tiene dudas, cree que no está en su sitio o se ha desplazado, avisar a su enfermera o médico para su comprobación.
- Cuando realice maniobras de conexión, desconexión o lavado de la sonda y del sistema, debe estar pinzada para evitar la entrada de aire en el estómago.
- Vigilar que la sonda no se doble o acode y que no se obstruya.
- Limpiar la sonda pasando 50-100 ml de agua, lentamente, antes de iniciar la toma, y 30-50 ml tras cada toma. Lavar la sonda cada 6-8 horas, con 20-25 ml de agua.
- Una vez administrado el preparado, permanecer en esta posición al menos 1 hora, para evitar aspiraciones por reflujo-regurgitación.
- Al terminar la administración, lavar la jeringa con agua jabonosa, aclararla y secarla.

248

Cuidados de la nariz, boca y estoma

- Fijar la sonda a la nariz con esparadrapo y cambiarlo diariamente. Rotar el punto de fijación a la nariz para evitar el roce, deformidades y ulceraciones.
- Limpiar la nariz con agua y jabón, secarla, limpiar los orificios y las fosas nasales con agua templada e hidratar con crema para evitar irritaciones y prevenir infecciones.
- Enjuagarse con agua o soluciones que refresquen la boca y el aliento sin tragársela. Humedecer la boca con gasas empapadas en agua varias veces al día.
- Suavizar los labios con vaselina.
- Limpiar la boca periódicamente. Cepillar los dientes y la lengua tras la toma del alimento por la sonda, para prevenir infecciones.

- Realizar higiene del orificio de la GEP, lavando con agua y jabón diariamente. Cubrir con gasa estéril la zona de inserción de la piel y tapar con esparadrapo antialérgico.

Administración de medicamentos

- No mezclar la alimentación con los medicamentos.
- No mezclar varios medicamentos en la jeringa. Utilizar solo jarabes, ampollas o medicamentos líquidos, no efervescentes.
- Triturar bien los comprimidos en forma de polvo fino, y diluirlos en 15-20 ml de agua.
- Hacer un lavado con 25-30 ml de agua tras cada toma.

Aporte hídrico adicional ante nutrición enteral

Las personas mayores con soporte de nutrición enteral, bien sea a través de sonda nasogástrica o por gastrostomía percutánea endoscópica, precisan una hidratación adicional complementaria, pese a la nutrición enteral que se administra en forma líquida.

En estos casos, hemos de efectuar un aporte de líquidos adicional, que se calcula en función de la proporción de líquidos ingeridos a través de la nutrición enteral, mediante una fórmula que es variable, según que el preparado sea normocalórico (1 kcal/ml), cuyo contenido de agua es del 80%, hipercalórico (1,5 kcal/ml) con un contenido de agua del 50%, o hipercalórico (2 kcal/ml) con un contenido de agua del 30%, debiendo añadir la cantidad restante hasta cubrir las necesidades de líquidos orgánicos.

Bibliografía

- Arbones G, Carvajal A, Gonzalvo B, González-Gross M, Joyanes M, Marqués-Lopes I, Martín ML, Martínez A, Montero P, Núñez C, Puigdueta I, Quer J, Rivero M, Roset MA, Sánchez Muniz FJ, Vaquero M.^ªP. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo Salud Pública de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). Nutr Hosp 2003; XVIII(3):109-37.
- Cuesta Triana FM, Matía Martín P. Requerimientos energéticos y de macronutrientes en el anciano. En: Ribera Casado JM y Gil Gregorio P. Alimentación, nutrición y salud en el anciano. Clínicas Geriátricas. Madrid: Editores Médicos SA, 1999; XV:61-76.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Gil Á. Tratado de Nutrición. 2.^a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana SA, 2010.
- Gil Gregorio P. Malnutrición en el anciano. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P. Alimentación, nutrición y salud en el anciano. Madrid: Editores Médicos SA, 1999; 119-31.
- Gil Gregorio P, Gómez Candela C. Manual de Práctica Clínica de Nutrición en Geriátrica. Madrid: Editorial You&Us, SA, 2003.
- Gil Gregorio P, Ramos Cordero P. Alimentación y nutrición saludable en los mayores. Mitos y realidades. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Madrid: IM&C, 2012.
- Guías Alimentarias para la Población Española. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Madrid: IM&C SA, 2001.
- Mataix Verdú J. Nutrición para Educadores. 2.^a ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 2005; 183-323.
- Pinto Fontanillo JA, Carvajal Azcona A. La dieta equilibrada prudente o saludable. Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Alcobendas-Madrid: Nueva Imprenta, SA, 2003.
- Ramos Cordero P y cols. Alimentación y Nutrición en Residencias de Ancianos. SEMER. Madrid: IM&C SA, 2007.
- Ramos Cordero P y cols. Bases dietéticas para la alimentación y nutrición en residencias de mayores y centros de atención a personas con discapacidad intelectual. Madrid: BOCM, 2011.
- Ramos Cordero P y cols. Requerimientos hídricos en los ancianos. En el libro blanco de la hidratación. Martínez Álvarez JR e Iglesias Rosado C. Madrid: Ediciones Cinca SA, 2006; 92-102.
- Ribera JM. Alimentación, nutrición, salud y envejecimiento. Interrelaciones y problemas. En Ribera Casado JM y Gil Gregorio P. Alimentación, nutrición y salud en el anciano. Clínicas Geriátricas. Madrid: Editores Médicos SA, 1999; XV:11-24.
- Ribera Casado JM, Gil Gregorio P. Alimentación, nutrición y salud en el anciano. Clínicas Geriátricas. Madrid: Editores Médicos SA, 1999; vol. XV.

Carlos Verdejo Bravo
Alba García Cuesta

La incontinencia urinaria y fecal en las personas mayores

Consideraciones generales

Dentro de los problemas de salud que afectan a la población anciana destacan por su elevada prevalencia, sus peculiaridades y su impacto negativo los llamados “síndromes geriátricos” o “gigantes de la Geriatria”, los cuales van a requerir un abordaje diferente, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico.

La incontinencia urinaria y fecal se encuentran incluidas dentro del capítulo de los síndromes geriátricos, y todavía siguen siendo un problema de salud infra-diagnosticado e infratratado, influyendo en esta situación diferentes circunstancias, algunas relacionadas con los pacientes (falta de educación sanitaria de la población general, la asunción de que es un problema irresoluble, la aceptación de que es un proceso “involutivo” que aparece con el envejecimiento), y otras con los profesionales sanitarios (insuficiente formación específica, escasa sensibilización hacia esta patología, ausencia de profesional específico, falta de información sobre las guías clínicas, escaso conocimiento de los diferentes tratamientos actuales, etc.).

Lamentablemente, todavía hoy, la incontinencia sigue siendo un problema de salud oculto, lo que condiciona que muchos de los ancianos no sean suficientemente valorados y no reciban el tratamiento más adecuado, limitándoles las medidas terapéuticas existentes. En este sentido es importante transmitir que existen diferentes medidas terapéuticas para manejar al anciano con incontinencia, unas más conservadoras y otras más sofisticadas, debiendo valorar en cada caso el esquema más adecuado de tratamiento.

La incontinencia “no es normal” en las personas mayores

Es importante resaltar que la incontinencia supone la pérdida de una función fisiológica (“continencia urinaria y/o fecal”), por ello cuando esta aparece debe ser interpretada como una disfunción, bien por algún problema a nivel urinario

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

y/o intestinal, o bien, de otros sistemas de nuestro organismo (sistema nervioso, aparato genital, aparato locomotor, etc.), que condiciona la pérdida del control de esta función. Por ello, no deberíamos pensar exclusivamente que la incontinencia supone un problema urinario/intestinal, sino que puede estar relacionado con distintos órganos o sistemas de la persona mayor.

La incontinencia es un problema frecuente en las personas mayores, pero oculto y poco conocido

Aunque no resulta fácil conocer las cifras de personas afectadas por la incontinencia, podemos aceptar que la incontinencia urinaria es más frecuente que la fecal, y que ambas tienen una elevada prevalencia en los pacientes dependientes, situándose alrededor del 50-70% en el caso de la incontinencia urinaria y del 30-50% en la incontinencia fecal.

Pese a estas cifras de prevalencia y al impacto que la incontinencia genera sobre la calidad de vida, es sorprendente el bajo índice de consulta, estimándose que solo un tercio de las personas mayores incontinentes consulta al médico sobre este problema. Son varios los factores que influyen en esta situación, algunos de ellos relacionados con los pacientes (falta de educación sanitaria de la población general, la asunción de que es un problema irresoluble, la aceptación de que es un proceso "normal" que aparece con el envejecimiento) y otros con los profesionales sanitarios (insuficiente formación específica, escasa sensibilidad hacia esta patología, ausencia de profesionales específicos, escaso conocimiento de los diferentes tratamientos actuales, etc.). El resultado final es que se convierte en un problema de salud infradiagnosticado e infratratado, por lo que se recomienda que de forma sistemática se investigue acerca de la continencia al recoger la historia clínica general y, sobre todo, en circunstancias de riesgo para su pérdida (persona mayor frágil, deterioro funcional, polifarmacia, alta hospitalaria reciente, proceso médico agudo, etc.).

252

Repercusiones de la incontinencia

La aparición de la incontinencia supone un cambio importante en las condiciones de vida de la persona mayor, con bastantes posibilidades de sufrir otras complicaciones tanto médicas como psicológicas o sociales. Indudablemente, todas estas complicaciones y la incontinencia por sí sola deterioran de una forma notoria la calidad de vida de la persona mayor que la sufre.

Las repercusiones que genera este problema de salud pueden ser múltiples y variadas, no dependiendo directamente de la severidad de la incontinencia, sino que influyen factores individuales (edad, sexo, comorbilidad, situación funcional, estilo de vida), así como el tipo de incontinencia (mayor impacto la incontinencia

de urgencia). Estas repercusiones pueden afectar a distintas áreas del paciente (física, psicológica, social, económica), y actualmente está reconocida como una patología que deteriora significativamente la calidad de vida del paciente, equiparándose a otras patologías crónicas, como la diabetes mellitus, la artritis reumatoide o el ictus.

Las principales repercusiones se recogen en la tabla 1.

Tabla 1. Principales repercusiones de la incontinencia (urinaria/fecal)

Médicas: infecciones urinarias, úlceras por presión, infecciones de las úlceras, caídas, insomnio.

Psicológicas: pérdida de autoestima, ansiedad, depresión, interferencia con relaciones sexuales.

Sociales: aislamiento, mayor necesidad de apoyo familiar, cambios de ropa frecuentes, necesidad de lavar más a menudo, mayor necesidad de recursos sociosanitarios, mayor riesgo de institucionalización.

Económicas: elevado coste de medidas diagnósticas y terapéuticas, uso de medidas paliativas, coste de las complicaciones.

Factores de riesgo para sufrir la pérdida de la continencia

Aunque cada vez existe una mayor concienciación acerca de los principales factores de riesgo para la pérdida de la continencia en el anciano, son escasos los estudios de intervención con medidas de prevención primaria o secundaria. En los estudios descriptivos los factores de riesgo más frecuentemente hallados son: el género femenino, el deterioro cognitivo/demencia, la inmovilidad, el deterioro funcional, el estreñimiento, la enfermedad cerebrovascular, la diabetes mellitus, algunos fármacos (psicofármacos, diuréticos), la cirugía previa génito-urinaria, las infecciones urinarias, la impactación fecal y las barreras ambientales.

Incontinencia urinaria

¿Cómo se presenta clínicamente la incontinencia urinaria?

La incontinencia urinaria puede presentarse de diferentes formas, lo cual nos va a orientar hacia las causas que puede tener.

La forma más habitual de presentarse la incontinencia es con escapes de orina relacionados con una necesidad urgente o inevitable de orinar, y que se suele acompañar de pérdidas involuntarias de orina, casi siempre abundantes. Esta forma de perder involuntariamente la orina se conoce como

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

“incontinencia de urgencia”, y en las personas mayores casi siempre se relaciona con enfermedades neurológicas (ictus, enfermedad de Parkinson, demencia, etc.).

Otra forma de incontinencia, bastante común en las mujeres ancianas, es cuando los escapes de orina se presentan en circunstancias que suponen una mayor presión dentro del abdomen, como puede ser el hecho de toser, reír, estornudar o llevar pesos. Esta forma recibe el nombre de “incontinencia de esfuerzo” y se relaciona con debilidad o fallos en la musculatura del suelo pélvico, casi siempre debido a los partos múltiples, la obesidad, las operaciones ginecológicas, etc. Cuando estas dos formas de perder involuntariamente la orina (con urgencia y con esfuerzos) aparecen juntas se llama “incontinencia mixta”.

Valoración diagnóstica de las personas mayores con incontinencia urinaria

Como la etiología de la incontinencia urinaria en las personas mayores puede ser multifactorial, será necesario efectuar una valoración multidimensional, debiendo recurrir en ocasiones a la realización de técnicas complejas para conocer el mecanismo productor de la misma. Por ello, es necesario individualizar el modelo de valoración diagnóstica del anciano con incontinencia, en base a las características de cada paciente (clínicas, funcionales, expectativa de vida, etc.), así como de la repercusión que la incontinencia provoca en cada caso. En general se aceptan dos niveles de valoración diagnóstica, uno considerado como básico (recomendable en todas las personas mayores, y que recae sobre el médico de Atención Primaria), y otro nivel ampliado o especializado (en pacientes seleccionados y en manos del urólogo/ginecólogo).

254

COMPONENTES DE LA VALORACIÓN BÁSICA

- **Historia médica general:** para intentar detectar los principales factores de riesgo, como la historia ginecológica, la cirugía pélvica previa, la patología neurológica, la patología osteoarticular, la deprivación sensorial, el consumo de fármacos asociados con la incontinencia de orina (diuréticos, benzodiazepinas, hipnóticos, narcóticos, calcioantagonistas, anticolinérgicos).
- **Historia médica dirigida:** como el tiempo de evolución y momento de aparición de la incontinencia, frecuencia de los escapes, intensidad de la incontinencia, presentación de los escapes, factores precipitantes, frecuencia miccional diurna y nocturna, etc. Para conocer todas estas características es muy útil la hoja de registro miccional o diario miccional, en donde el propio

paciente o un cuidador recoge lo que ocurre en unas 24-72 horas previas con respecto a las micciones y los escapes involuntarios.

- **Valoración funcional básica:** interesa conocer cómo se encuentra la *movilidad* (limitada o no, que pueda tener alguna influencia en la incontinencia) y la *función mental*, apreciando durante la entrevista si existen rasgos de deterioro cognitivo o no, que pueden interferir con la micción.
- **Exploración física:** dirigida a descubrir alteraciones anatómicas responsables de la pérdida de la continencia. Sistemáticamente se debe realizar un *examen abdominal* (masas abdominales, globo vesical), un *examen rectal* (tono del esfínter anal, ocupación de la ampolla rectal por heces o masas, volumen y características de la próstata), un *examen vaginal* (vaginitis atrófica, cistocele) y un *examen neurológico* (marcha, focalidad neurológica, sensibilidad perineal).

Dentro de la exploración física hay que destacar la *medición del residuo vesical posmiccional*, ya que ha demostrado ser una técnica muy útil para orientar hacia determinados mecanismos patogénicos de la incontinencia urinaria. La demostración de un residuo elevado (> 100 cc) orienta hacia una incontinencia por rebosamiento.

- **Estudio analítico básico:** incluye la realización de una bioquímica hemática (glucosa, iones, calcio, función renal) y de un sedimento de orina.

VALORACIÓN AMPLIADA O POR EL ESPECIALISTA

En ocasiones, y una vez completada la evaluación básica, puede ser necesaria la participación de otro especialista, fundamentalmente el urólogo, para llegar a conocer la etiología de la incontinencia. La gran mayoría de las veces puede requerirse la realización de exploraciones complementarias (ecografía, estudio urodinámico).

Tratamiento de la incontinencia urinaria en las personas mayores

El tratamiento de las personas mayores con incontinencia urinaria está basado en diferentes aspectos que deben ser usados de forma complementaria para obtener los mejores resultados. Es muy importante ser muy realistas en el planteamiento de los objetivos en el tratamiento, ya que en determinadas condiciones patológicas (demencia severa, inmovilidad absoluta, enfermedades neurológicas en fases avanzadas), habrá que perseguir la disminución de la severidad de la incontinencia y no la curación. Por ello, es imprescindible la individualización del esquema terapéutico, adaptándolo a las características de cada paciente, persiguiendo inicialmente mejorar la calidad de vida; en segundo

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

lugar, reducir la severidad o el número de escapes y cuando sea posible recuperar la continencia.

MEDIDAS GENERALES (EN TODOS LOS PACIENTES)

- Medidas higiénico-dietéticas: tipo de ropa a utilizar con sistemas de apertura y cierre sencillos (elásticos, velcros); reducir el consumo de sustancias excitantes (alcohol, café, té); modificar el patrón de ingesta líquida por las tardes-noches.
- Reducción o cambio de los fármacos potencialmente implicados en la aparición de incontinencia urinaria.
- Modificación del hábitat del anciano, disminuyendo las barreras arquitectónicas, tratando de conseguir que el retrete sea lo más accesible posible o que el anciano pueda disponer de un orinal o cuña sanitaria para utilizarlo cuando precise.

TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Que persiguen el restablecimiento de un patrón normal de vaciamiento vesical, considerándose altamente eficaces en el manejo de la incontinencia. Se diferencian dos grupos de técnicas, bien efectuadas por el propio paciente (ejercicios del suelo pélvico, reentrenamiento vesical, *biofeedback*) o por el cuidador (entrenamiento miccional, micciones programadas). Las técnicas más recomendadas para las personas mayores dependientes con incontinencia urinaria son:

- Anticipación de la micción: esta técnica se basa en los datos del diario miccional (frecuencia miccional) y en estimular a la persona mayor a orinar antes de que pueda notar la necesidad miccional, evitando así algunos escapes.
- Micciones programadas: en este caso, se programan las micciones de forma fija (habitualmente cada 2 horas), sin tener en cuenta el diario miccional, intentando conseguir la micción a través de las técnicas de refuerzo positivo.

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA DE URGENCIA

En este tipo de incontinencia es donde el tratamiento farmacológico consigue una mayor efectividad. Los grupos de fármacos que se utilizan son los anti-muscarínicos (tolterodina, solifenacina, fesoterodina, cloruro de trospio), reser-

vándose otras opciones terapéuticas (estimulación eléctrica, toxina botulínica, neuromodulación) para casos muy concretos y seleccionados.

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA DE ESTRÉS

En este tipo de incontinencia es donde el tratamiento quirúrgico ha demostrado su mayor efectividad. Las técnicas quirúrgicas han sido diversas, si bien en estos últimos años la cirugía mínimamente invasiva (TVT, TOT) ha desbancado a otras técnicas complejas. Desde hace unos años, la “*duloxetina*” (antidepresivo de mecanismo dual) se utiliza como alternativa a la cirugía con buenos resultados.

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA FUNCIONAL

Se debe intentar mejorar las condiciones físicas y/o mentales del anciano, así como tratar de reforzar a los cuidadores para establecer un programa de micciones programadas (cada 2 horas). De forma complementaria, se pueden utilizar alguna de las medidas paliativas.

MEDIDAS PALIATIVAS

En pacientes con deterioro funcional, o con una incontinencia severa, se pueden utilizar de forma adicional una serie de medidas que pueden ofrecer alivio o bienestar al anciano, sin perseguir la recuperación de la continencia. Las medidas más comunes son los absorbentes, los colectores (en varones sin obstrucción al tracto de salida) y los sistemas oclusivos uretrales (en varones con incontinencia de estrés).

Los **absorbentes** son productos sanitarios de un solo uso, que se ajustan al cuerpo para absorber y retener la orina en su interior con el fin de mantener la piel seca y sin humedad. Deben adaptarse bien y permitir una adecuada movilidad y dignidad. Existen diferentes tipos de absorbentes según el grado de incontinencia:

- Según la capacidad de absorción:

Absorbente	Capacidad de absorción	Grado de incontinencia
De goteo	50-300 ml	Leve
Día	600-900 ml	Moderada
Noche	900-1.200 ml	Moderada-Grave
Supernoche	Más de 1.200 ml	Grave

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Según tipo y forma de sujeción:

Absorbente	Forma	Sistema de sujeción
Rectangular	Compresa rectangular.	Mediante braga de malla elástica lavable y transpirable de diversas tallas.
Anatómico	Compresa con escotaduras en la zona inguinal para adaptarse a la anatomía del paciente.	Mediante braga de malla elástica lavable y transpirable de diversas tallas o banda adhesiva que se ajusta a la ropa interior.
Anatómico con elásticos	Braga-pañal.	Se sujetan mediante etiquetas o cintas autoadhesivas que en algunos casos permiten ser pegadas y despegadas más de una vez.

- Recomendaciones sobre el uso de absorbentes:
 - Cambiar el pañal cuando sea preciso, para ello los absorbentes están provistos de un indicador de humedad en la parte exterior que cambian de claro a oscuro a medida que se van saturando de orina. Comprobar en cada cambio que no hay enrojecimiento o irritación de la piel, y si aparecen es importante comunicarlo al personal sanitario responsable. Prevenir la formación de úlceras en el sacro, nalgas y órganos genitales, mediante cremas protectoras aplicadas después de la higiene con agua y jabón neutro, y secado de la zona. Mantener el paciente limpio y seco. Vigile el color y el olor de la orina. Si nota cambios relevantes (olor, color, disminución de la cantidad, ausencia de orina en pañal prolongada...), consulte con el personal sanitario. Evitar largos periodos de inmovilidad, hacer cambios posturales frecuentes en el paciente encamado o sentado y, siempre que sea posible, animar a levantarse y andar.
 - A la hora de realizar el cambio de absorbente es necesario el lavado de manos antes y después del procedimiento. Retirar el pañal por la parte posterior del cuerpo del usuario. Si el paciente tiene problemas de movilidad, asegurarse de que tenga un punto de apoyo. Si el paciente está en la silla de ruedas, es conveniente apoyar el respaldo contra la pared y frenarla para evitar que se desplace. Coloque el pañal por la parte de delante del cuerpo. Asegúrese de que las costuras de las mallas que sujetan el pañal estén hacia fuera, así evitará que rocen o hagan presión sobre la piel.
 - En ocasiones es necesario utilizar protecciones destinadas a proteger tanto la cama como el sillón cuando la incontinencia es severa, son

almohadillas planas y absorbentes. Estos protectores están hechos de material absorbente con un refuerzo impermeable y pueden ser desechables o reutilizables.

Los **colectores** para hombre son dispositivos colocados en el pene con abertura en el extremo distal para conectar una bolsa colectora. Para su colocación es necesario realizar una buena higiene y secado de los genitales y el pene. Se colocará la funda deslizándola desde el glande hasta el extremo distal del pene, sujetándolo allí con la cinta que contenga el producto asegurándose que no oprima. En la parte que está en contacto con el glande debe haber 2,5 cm de separación entre este y el colector. Una vez colocado el dispositivo se conectará a una bolsa colectora que el paciente puede sujetar a su pierna para mayor comodidad; el cambio del dispositivo se realizará cada 24 horas y cuando fuera preciso.

Los **sistemas oclusivos uretrales (sonda vesical)** son catéteres de látex o silicona (más duraderos) que se introducen por la uretra a la vejiga y que en su extremo presenta un globo hinchable para evitar que se mueva o se caiga. Este sistema debe conectarse a una bolsa de recogida de orina que podrá ser de pierna (capacidad de 750 ml) o estándar (capacidad 2.000 ml). Los principales cuidados que precisa este sistema son:

- Antes de manipular la sonda o bolsa debe lavarse las manos con agua y jabón.
- Mantener el meato uretral y la zona perineal limpia y seca de forma constante.
- Realizar la higiene de la zona dos veces al día y después de cada defecación. En los varones, al lavar se retirará hacia atrás el prepucio, se limpiará el glande y se secará; se regresa el prepucio a su posición inicial para evitar parafimosis.
- Si la persona mayor no camina, utilice una bolsa para recogida de orina con grifo en la parte inferior (sistema cerrado). Proceda a su vaciado por la parte inferior en un recipiente. No necesita desconectarla ni cambiarla, solamente cuando esté sucia. Si camina, haga vida normal, utilizando de día una bolsa de pierna y para la noche la de mayor tamaño. La bolsa colectora deberá estar siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflejos de orina y con ello eliminar riesgo de infección. Evitar acodos u obstrucciones en el recorrido de la sonda y tubo de la bolsa. Usar bolsas con sistema de antirreflujo. Vaciarla cada 8 horas y cuando fuera necesario; es importante que no estén al límite de la capacidad por riesgo de rotura y la tracción que hacen sobre los genitales.
- Beber al menos de 1,5 a 2 litros de líquidos al día (agua, zumos, caldo, infusiones, etc.) para provocar abundante orina y evitar que se obstruya la sonda.
- Evitar manipular la sonda y tirar de ella, porque produce dolor y puede arrancarse.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Consultar con los profesionales sanitarios ante problemas con la orina o el sistema (sangrado dentro o alrededor de la sonda, fiebre, escape de orina perisonda, úlceras en la zona de la uretra, sedimento en la bolsa de orina, orina turbia, mal olor, espasmos vesicales).

Tabla 2. Fármacos relacionados con incontinencia urinaria y su mecanismo implicado

Fármacos	Mecanismo implicado
Diuréticos	Poliuria, polaquiuria, urgencia miccional.
Hipnóticos	Sedación, inmovilidad, delirium.
Antipsicóticos	Sedación, parkinsonismo, inmovilidad, delirium.
Antidepresivos	Sedación, acción anticolinérgica.
Calcioantagonistas	Retención urinaria, estreñimiento, impactación fecal.
Anticolinérgicos	Retención urinaria, impactación fecal, delirium.
Opiáceos	Retención urinaria, impactación fecal, delirium.

Incontinencia fecal

Valoración diagnóstica de las personas mayores con incontinencia fecal

La valoración del anciano con incontinencia fecal puede requerir una serie de exploraciones complementarias, algunas de ellas complejas y sofisticadas. No obstante, la historia clínica continúa siendo fundamental.

El primer paso consiste en efectuar una aproximación diagnóstica hacia el mecanismo patogénico de la incontinencia fecal, que aunque puede requerir un diagnóstico diferencial amplio, siempre hay que considerar las causas más frecuentes, como las alteraciones neurológicas (demencia, enfermedad cerebrovascular, lesiones medulares, polineuropatías) y las alteraciones de la sensación rectal (impactación fecal). La impactación fecal supone una causa especial de incontinencia fecal, cuyo mecanismo radica en la inhabilidad para percibir el material que se acumula en el canal anal, debido a la distensión crónica del recto por el material impactado, lo cual permite que se eliminen de forma involuntaria las heces líquidas a través de un mecanismo esfinteriano inhibido.

Historia clínica: dirigida a la detección de los principales problemas médicos (historia ginecológica, cirugía pélvica previa, etc.), a conocer el hábito intestinal (frecuencia, consistencia, sensación rectal, posibilidad de diferir la defecación), los síntomas anorrectales (molestias anales, prolapso rectal, sangrado), y a revisar los fármacos que consume el anciano (laxantes, astringentes), así como

a valorar los factores higiénico-dietéticos más relevantes (ingesta de líquido, dieta, movilidad).

Exploración física: se debe examinar el abdomen, así como la región perineal en busca de lesiones o presencia de úlceras. Mediante el tacto rectal se valorará el tono del esfínter anal, tanto en reposo como durante la contracción voluntaria si es posible, descartando la existencia de impactación fecal a nivel anal.

Valoración funcional básica: fundamentalmente dirigida a conocer la función física (movilidad) y la función mental.

Valoración ambiental y social: es importante conocer las principales situaciones tanto ambientales (barreras locales, accesibilidad al retrete) como en relación con los cuidadores (número, condiciones, posibilidades de ayudar), que puedan influir en el mantenimiento de la continencia o en la asistencia en caso de inmovilidad.

Estudio analítico: se considera imprescindible un hemograma y unos iones. En ocasiones se debería solicitar unas hormonas tiroideas y unas hemorragia oculta en heces.

Exploraciones complementarias: dependiendo de las características clínicas y la situación de cada paciente, se podrían realizar unas exploraciones complementarias u otras (radiología convencional abdominal, enema opaco, colonoscopia, manometría anal).

Manejo de las personas mayores con incontinencia fecal

El manejo de las personas mayores con incontinencia fecal va a depender de las características del paciente, del tipo de incontinencia, del resultado de la evaluación individual y de la severidad de la incontinencia. Por todo ello, y al igual que en el caso de la incontinencia urinaria, el manejo debe ser individualizado, incluyendo desde los aspectos más básicos y conservadores (tipo de ropa, intervención ambiental, medidas paliativas, etc.) hasta las más sofisticadas (*bio-feedback*, cirugía reparadora).

Medidas conservadoras: actualmente las medidas conservadoras ocupan un lugar destacado en el manejo del paciente mayor con incontinencia, especialmente en los pacientes más deteriorados (inmovilidad y con demencia). De una forma general se acepta que estos pacientes se van a beneficiar más del entrenamiento del hábito defecatorio, incluso combinándolo con fármacos antiperistálticos del tipo de loperamida o difenoxilato, junto con la utilización de enemas para provocar la evacuación de una forma programada.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- **El entrenamiento del hábito defecatorio** consiste en un programa regular para estimular la defecación, puesto en marcha habitualmente después del desayuno. La anticipación de la defecación ha demostrado incrementar el número de defecaciones voluntarias y reducir el número de escapes de heces. En los casos de incontinencia para heces sólidas, el mayor beneficio se obtiene mediante los programas de entrenamiento del hábito defecatorio. Conviene mencionar que aquellos pacientes con incontinencia por rebosamiento se podrían beneficiar del uso adicional de enemas de una forma regular, sobre todo cuando la defecación no se ha producido en 48 horas. Para la correcta administración de enema se debe colocar al anciano sobre su lado izquierdo y tras lubricar la cánula de enema, introducirlo en el ano con precaución e irrigar con el contenido, explicarle a la persona qué se le va a hacer y por qué motivo para obtener su colaboración; si es posible, una vez finalizada la administración debe permanecer de lado e intentar retenerlo hasta que tenga ganas de defecar. Si la incontinencia aparece con heces líquidas asociadas a impactación fecal, el tratamiento debe ir dirigido a la desimpactación y a la corrección del hábito intestinal para evitar nuevos episodios de impactación fecal. En cambio, si la incontinencia es para heces líquidas pero sin impactación fecal (en el seno de debilidad o lesión esfinteriana), el manejo debería contemplar la utilización de fármacos antiperistálticos (loperamida), para aumentar la consistencia de las heces y así reducir el número de escapes.
- **Medidas paliativas:** además de intentar ofrecer un tratamiento individualizado dirigido a recuperar la continencia, existen una serie de medidas paliativas que pueden proporcionar cierto grado de bienestar, especialmente a los pacientes severamente incapacitados, como son los absorbentes, las bolsas colectoras y el tapón anal.
- **Técnicas quirúrgicas:** de forma seleccionada, se podría plantear alguna solución quirúrgica (esfinteroplastia anterior, transposición muscular o incluso la implantación de un esfínter artificial) a pacientes con defectos anatómicos (lesiones esfinterianas o del suelo pélvico) e incontinencia severa, y que hayan fallado las medidas conservadoras, añadiéndose en los últimos años la estimulación eléctrica con buenos resultados. La última solución paliativa y quirúrgica para algunos ancianos con incontinencia fecal severa y deterioro de su calidad de vida podría ser la colostomía de descarga.

Cuidados de enfermería en las personas mayores con incontinencia fecal

- **Prevención de las lesiones de la piel:** relacionado con el uso de absorbente como medida paliativa, ya que la humedad, las sustancias químicas presentes en las heces y en contacto directo con la piel, la presión mantenida y el calor provocan irritación, maceración, fricción, picor, rascado y lesiones,

llegando a producirse úlceras por humedad. La prevención de estas se hace con una buena higiene perineal, vigilando la saturación del absorbente y procediendo a su cambio cuando sea necesario sin demorarlo.

- **Prevención de la infección urinaria:** por contaminación del meato urinario con las heces en el momento del aseo o por el uso de absorbentes.
- **Prevención de las caídas y traumatismos:** como consecuencia del deslizamiento sobre suelo resbaladizo mojado/sucio por escapes de materia fecal líquida o semilíquida como consecuencia de la mala colocación del dispositivo.
- **Prevención de la inmovilidad:** por miedo a las caídas o por la incomodidad que provocan las medidas paliativas, el miedo a que se note o se le caiga el absorbente.
- **Prevención del riesgo de una menor ingesta de líquidos:** para intentar evitar el aumento de pérdidas, intentar que las heces sean más duras para evitar que se produzcan los escapes, provocando estreñimiento y otras complicaciones a nivel renal.
- **Prevención del riesgo de déficit nutricional:** por las mismas razones que anteriormente: si no ingiero alimento, no produzco masa fecal.
- **Prevención del aislamiento social:** relacionado con la sobrecarga familiar del cuidador principal; si el paciente es consciente de la situación, se producirá ansiedad, aislamiento social.

Bibliografía

- Absorbentes de incontinencia urinaria o mixta. Disponible en http://www.fisterra.com/salud/1infoConse/absorbentes_IU.asp.
- Botella Dorta C. Colocación de un colector de orina peneano. Servicio canario de salud. Disponible en www.fisterra.com/material/tecnicas/colectOrina/colectOrina.asp.
- Cuidado del paciente portador de sonda vesical. Disponible en: <http://www.enferurg.com/protocoloschus/904.pdf>.
- DuBeau CE, Kuchel GA, Johnson T, et al. Incontinence in the frail elderly: Report from the 4th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn* 2010; 29:165-78.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Gillibrand W. Faecal incontinence in the elderly: issues and interventions in the home. Br J Community Nurs 2012; 17:364-8.
- Griebeling TL. Urinary incontinence in the elderly. Clin Geriatr Med 2009; 25:445-57.
- Guía de prácticas clínicas. Diplomatura en enfermería. Disponible en: http://www.ucm.es/info/euefp/Guia/Guia_CD/Por20cursos/Tercero/patron4/300109.htm.
- Incontinencia urinaria: guía para cuidadores. Disponible en http://www.fis-terra.com/salud/1infoConse/inconUrinaria_guiaCuidadores.asp.
- Shah BJ, Chokhavatia S, Rose S. Fecal incontinence in the elderly: FAQ. Am J Gastroenterol 2012; 107:1.635-46.
- Thirugnanasothy S. Managing urinary incontinence in older people. BMJ 2010; 341:339-43.

*Carlos Verdejo Bravo
Alba García Cuesta*

Estreñimiento crónico y diarrea en las personas mayores dependientes

Estreñimiento crónico

El estreñimiento crónico está considerado como un problema de salud bastante común, que afecta a un amplio porcentaje de la población general, pero en mayor medida a la población de edad avanzada. Aunque los datos epidemiológicos son variables, por las limitaciones metodológicas de las encuestas, se acepta que hasta un 25-28% de la población general puede sufrir estreñimiento crónico, elevándose al 40-45% en la población anciana con buen estado de salud y capacidad física. Destacar que en los ancianos dependientes (necesidad de atención en su cuidado básico) este problema puede afectar hasta el 70-80%. Para justificar este alto porcentaje de estreñimiento en los ancianos dependientes, hay que considerar sobre todo la comorbilidad que padecen (ictus, enfermedad de Parkinson, demencia, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca) más el consumo de polifarmacia (analgésicos opiáceos, anticolinérgicos, antiácidos, antiinflamatorios no esteroideos –AINE–, calcioantagonistas, sales de hierro, suplementos de calcio), junto con un grado de inmovilidad secundario a su pluripatología.

Por todo ello, el consumo de laxantes es muy elevado en la población de edad avanzada, especialmente en los ancianos institucionalizados, donde se estima que hasta el 75-80% de ellos consume algún laxante crónicamente.

Repercusiones del estreñimiento crónico

Además de las molestias propias del estreñimiento crónico (esfuerzo defecatorio, distensión y dolor abdominal, emisión de heces duras, retraso en la evacuación, menor apetito...), es interesante destacar la aparición de una serie de complicaciones más específicas y frecuentes en el anciano, tales como la “impactación fecal” (ocupación del canal anal y del intestino grueso por heces compactas y duras), la dilatación del colon e incluso la “volvulación” (torsión de un tramo del intestino grueso por la dilatación), junto con las clásicas

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

consecuencias locales por el esfuerzo defecatorio y las heces duras (hemorroides, fisuras, prolapso anal).

Actualmente está bien demostrada la influencia negativa que el estreñimiento crónico provoca en la calidad de vida de las personas, comunicándose que no solo se afecta el área individual (física y psicológicamente), sino que también influye en el área interpersonal (reduce las actividades instrumentales y las relaciones sociales) y en el ambiente familiar.

Valoración diagnóstica de la persona mayor con estreñimiento crónico

No todas las personas mayores con estreñimiento precisarán el mismo nivel de investigación ni las mismas pruebas diagnósticas, debiendo en todos los casos individualizar la valoración diagnóstica. Así, se deberá estudiar con mayor profundidad a aquellos pacientes cuyo estreñimiento fuera de reciente aparición y en el que no existieran causas aparentes (cambio en la medicación, alteración funcional por otra enfermedad), especialmente cuando las manifestaciones clínicas sugieran organicidad (síntomas generales/locales).

La valoración diagnóstica se basará en la historia clínica, la cual nos orientará hacia los factores de riesgo que pueden asociarse al estreñimiento y a los fármacos utilizados regularmente. Específicamente se realizará una anamnesis dirigida a conocer las características de las heces (forma, color, productos patológicos) y del estreñimiento (tiempo de evolución, curso), así como los síntomas asociados (esfuerzo defecatorio, dolor, manifestaciones generales). Además es importante evaluar el impacto que el estreñimiento genera sobre la calidad de vida, así como los datos funcionales (movilidad, grado de incapacidad física, grado de incapacidad mental).

Posteriormente se llevará a cabo una exploración física general que incluya un examen abdominal lo más completo posible, una inspección de la región perineal y un tacto rectal, valorando el tono del esfínter anal, la ocupación de la ampolla rectal, así como las características de las heces.

Obviamente, las exploraciones complementarias a realizar dependerán de las características de cada paciente. Algunas de ellas serán básicas, como el hemograma, la bioquímica general con función renal, iones y hormonas tiroideas, que descartarían inicialmente enfermedades sistémicas extraintestinales causantes o favorecedoras de la enfermedad. En otros casos se podría plantear la necesidad de llevar a cabo otras exploraciones, como una radiografía de abdomen (especialmente si el estreñimiento es de corta evolución para descartar la existencia de una obstrucción), y/o un enema opaco (útil para apreciar datos de inflamación de la mucosa, la patología neoplásica, el megacolon, la

diverticulosis, etc.). En ese sentido, la colonoscopia es, probablemente, la exploración más adecuada para detectar lesiones orgánicas, aunque su uso no ha de ser generalizado y debería reservarse para cuando existiera una sospecha de patología orgánica.

Tratamiento de la persona mayor con estreñimiento crónico

Para tratar el estreñimiento crónico se contemplan distintas medidas que se deben aplicar de una forma secuencial, cumpliendo inicialmente las recomendaciones higiénico-dietéticas (toma suficiente de líquidos, ingesta de fibra, realización de actividad física, reeducación intestinal), para plantear posteriormente el tratamiento farmacológico (tabla 1).

Tabla 1. Principales recomendaciones sobre hábitos saludables y consejos higiénico-dietéticos

- Educación sanitaria adaptada a las características de los pacientes mayores.
- Uso de ropa cómoda y adecuada.
- Mantener un horario regular para defecar.
- No reprimir las ganas de ir al retrete.
- Realizar ejercicio físico de forma habitual.
- Aporte abundante de líquidos.
- Reducir el consumo de bebidas alcohólicas.
- Aporte suficiente de fibra dietética.

HÁBITOS SALUDABLES

Los hábitos de vida saludable suelen fundamentarse en cuatro grandes pilares: una alimentación equilibrada, una adecuada forma física, evitar los tóxicos (tabaco, alcohol) y mantener unas relaciones sociales satisfactorias. En el caso del estreñimiento crónico, estos hábitos saludables se basan en procesos de aprendizaje para ir cambiando la actitud que el paciente tiene hacia el estreñimiento crónico, como, por ejemplo, el concepto que pueda tener del estreñimiento, la comprensión de los mecanismos que le han podido provocar el estreñimiento y la conveniencia de modificar sus hábitos dietéticos, defecatorios y los relacionados con la actividad física. Se pueden recomendar a la mayoría de las personas mayores, tanto con una intención preventiva (bien primaria o secundaria) como curativa, partiendo de la base de que estas medidas son las más naturales y económicas, pero no son las más sencillas de llevar a cabo por las personas mayores y sus resultados son variables. Obviamente, es muy

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

importante considerar las características de la persona mayor (psicológicas, cognitivas y funcionales), ya que estos hábitos saludables requieren que la persona mayor entienda la finalidad de esas recomendaciones, las acepte y pueda cumplirlas. Actualmente se recomienda que antes de prescribir un tratamiento farmacológico se sigan las recomendaciones generales sobre el estilo de vida y unos consejos higiénico-dietéticos.

Los principales hábitos saludables son:

Reeducación del hábito intestinal

Con esta medida se trata de generar la conducta de utilizar diariamente el retrete, se sienta o no el deseo defecatorio, siempre a la misma hora y empleando un tiempo determinado (no más de 10-15 minutos) e intentando que el ambiente tenga la máxima intimidad. Conviene escoger el momento más cómodo o de mayor tranquilidad, preferiblemente después del desayuno o una comida, al ser mayor el reflejo gastrocólico. Conviene responder rápidamente a los deseos de defecar por parte del anciano. Si acude al aseo, acompañarle, pero dejarle solo cuando esté sentado y bien colocado en el inodoro, así como facilitarle un medio para que pueda llamar si precisa ayuda. Si permanece encamado o está sentado y no puede acudir al aseo, colocarle la cuña correctamente; si es portador de absorbentes asegurarnos que lo tiene bien colocado y cubrirle con una sábana.

268

Es importante que no le indiquemos que lo realice en el absorbente si lo porta y es capaz de ir al retrete o usar cuña, porque le puede dar vergüenza e inhibir su reflejo.

Uno de los principales objetivos en pacientes estreñidos e inmovilizados debería centrarse en evitar las complicaciones del estreñimiento crónico, especialmente la impactación fecal, lo cual se podría conseguir con la programación de las evacuaciones mediante la combinación de estas medidas más el empleo de enemas. En algunos casos se puede utilizar un supositorio de glicerina para estimular el reflejo anorrectal unos 30 minutos antes de la hora establecida.

Uso de ropa cómoda y adecuada

Puede ocurrir que algunos pacientes mayores que no utilicen ropa cómoda precisen más ayuda para vestirse/desvestirse y utilizar el retrete, lo cual supone un retraso para acudir al retrete o incluso puede anular el deseo defecatorio. Este aspecto que parece poco importante y no se considera en la población general, puede suponer una limitación adicional en los pacientes mayores frágiles o con cierto grado de dependencia, ya que el hecho de

emplear algunos tipos de ropa que le impida quitársela con facilidad y acudir al retrete con una mayor periodicidad, puede interferir con la evacuación, sobre todo cuando noten el deseo defecatorio.

Por eso, el uso de una ropa amplia sin que comprima el abdomen, con sistemas elásticos en pantalones o faldas o unos cierres sencillos del tipo de los velcros va a permitir un mayor grado de autonomía para utilizar el retrete, facilitándose así la evacuación sin necesidad de ayuda por parte de otras personas.

Realizar actividad física

La inactividad física y la inmovilidad predisponen al estreñimiento, por lo que se debe estimular la actividad física regular de acuerdo a las posibilidades de cada anciano. Se conoce que el ejercicio puede mejorar el tránsito colónico sin que sea evidente su efectividad en el control de los síntomas del estreñimiento crónico. Lo ideal es recomendar actividad física sencilla en forma de paseos diarios (caminando como mínimo unos 30 minutos diarios) y unos ejercicios que fortalezcan la musculatura abdominal y la del suelo pélvico. En el caso de las personas inmovilizadas, se ha recomendado que el cuidador realice masajes abdominales y ejercicios de movilidad pasiva (como flexionar-estirar las piernas), si bien estas medidas no han demostrado una alta eficacia.

Incremento del aporte de líquidos

De forma general se sugiere que esta recomendación podría ser más útil en aquellos estados de deshidratación/insuficiente toma de líquidos asociados al estreñimiento crónico. Así, las revisiones más recientes muestran una insuficiente evidencia para apoyar que el aporte extra de líquidos tenga beneficios en todos los pacientes con estreñimiento crónico. En ese sentido, el mayor beneficio del incremento en la toma de líquidos se ha comunicado en pacientes deshidratados o que aportan muy poco líquido ($< 500 \mu\text{l}/\text{día}$).

En las personas mayores, una adecuada ingesta hídrica puede estar en torno a 1,5-2 l/día, prestando especial atención a los pacientes con insuficiencia cardiaca o renal. Se pueden tomar caldos, infusiones (excepto té), zumos naturales con la pulpa.

Recordar que en los ancianos con disfagia orofaríngea es muy importante que los líquidos se sustituyan por gelatinas o se utilicen con espesantes para evitar las broncoaspiraciones. El empleo de algunas bebidas excitantes, como el café, té o alcohol, si bien estimulan el peristaltismo hay que usarlos con mucha prudencia, sobre todo en casos de personas con ansiedad, insomnio o enferme-

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

dades cardiovasculares, recordando que además aumentan la diuresis y podrían favorecer la posibilidad de deshidratación.

Los suplementos de fibra

Una de las recomendaciones generales básicas para prevenir y tratar el estreñimiento crónico es el incremento de la ingesta de fibra para mejorar el ritmo intestinal y la evacuación. En base a los resultados publicados sabemos que muchas personas estreñidas mejoran con el aumento de fibra en la dieta, comunicándose una disminución de las molestias abdominales y un aumento de la consistencia de las heces, así como una mayor frecuencia de deposiciones y una reducción del uso de laxantes.

En general, se recomiendan ingestas de fibra (procedente de frutas y verduras) entre 25 y 35 gramos en forma de cereales enriquecidos con salvado de trigo; legumbres; alimentos, como pan o galletas y pasta, elaborados con harinas integrales; verduras y frutas frescas o secas. Es preferible el consumo de fibra insoluble, ya que capta más cantidad de agua y con ello se aumenta el volumen de masa fecal, con un aceleramiento del tránsito intestinal. Por ello, se aconseja que la ingesta de fibra proceda de fuentes variadas, con una proporción aproximada 3:1 entre fibra insoluble y soluble, distribuida a lo largo del día. Limitar el consumo de arroz, y si se toma, mejor combinarlo con legumbres. Las verduras y hortalizas se pueden tomar todas, es aconsejable limitar el consumo de las flatulentas (alcachofas, col, coliflor, brócoli, coles de Bruselas, cebolla, puerros) o astringentes, como la zanahoria (al menos temporalmente), así mismo, evitar tomarlas en forma de purés. Las frutas están todas aconsejadas tanto frescas como cocidas o secas, con piel y bien lavadas, salvo fruta en almíbar, frutas confitadas o aquellas que son astringentes, como manzana rallada, membrillo, plátano, pomelo, limón.

270

Por el contrario, se debe evitar o reducir el consumo de grasas, como carnes grasas, productos de charcutería, pescados en conserva; chocolate y todo tipo de repostería industrial.

Este incremento de fibra siempre se acompañará de una ingesta de agua adecuada, entre 1,5 y 2 litros al día (nunca inferior a 1,5 l/día), para evitar el riesgo de impactación fecal. En la tabla 2 se presentan los principales alimentos ricos en fibra.

Conviene recordar que para conseguir estos efectos puede ser necesario un periodo de latencia prolongado (entre varios días y 1 mes), debiendo esperar al menos 1 mes antes de valorar definitivamente si hay o no respuesta. Finalmente destacar que los suplementos de fibra no estarán indicados en ancianos inmovilizados o con bajo aporte de líquidos, por el riesgo de impactación fecal.

Tabla 2. Clasificación de los alimentos ricos en fibra, según el tipo

Fibra fermentable (soluble)	Fibra no fermentable (insoluble)
Aguacate	Alcachofa
Brécol	Borraja
Zanahoria	Acelga
Tomate	Lechuga
Cebolla	Escarola
Albaricoque	Guisantes
Cítricos (naranja, mandarina)	Granada
Ciruela	Pera
Alubias blancas	Plátano
Habas	Kiwi
Avena	Garbanzos
Pistachos	Lentejas
Cacahuetes	Pan integral (trigo y centeno)
Nueces	Copos de maíz
Avellanas, almendras	Rábanos

LAXANTES

Indicados en las siguientes situaciones: estreñimiento persistente a pesar de cumplir los hábitos saludables, estreñimiento asociado a enfermedades médicas o cirugía, estreñimiento en pacientes tratados con fármacos que reduzcan la motilidad intestinal y cuando exista necesidad de preparación del intestino para procedimientos diagnósticos o quirúrgicos.

Los principales grupos de laxantes son:

- **Formadores de bolo intestinal (salvado, metilcelulosa):** se requiere que el anciano ingiera suficiente agua para evitar la impactación. No estarían indicados para el alivio rápido de los síntomas. Son seguros a largo plazo y se consideran de elección en las personas mayores con buena movilidad, debiendo evitarse en aquellas personas inmovilizadas o que hayan presentado episodios de impactación previamente.
- **Agentes osmóticos (lactulosa, lactitol, polietilenglicol, sales de magnesio):** se consideran de primera elección en ancianos inmovilizados con riesgo de impactación fecal. El polietilenglicol ha demostrado un mejor perfil de efectividad y con menos efectos secundarios que los otros agentes, incluso en los casos de impactación fecal.
- **Estimulantes (senósidos, bisacolio, picosulfato sódico):** no deben utilizarse en tratamientos superiores a 10 días, ya que pueden causar malabsorción de grasas, calcio y potasio y favorecer, dada su potencia, la incontinencia fecal.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- **Emolientes (docusato y aceites minerales):** indicados en tratamientos cortos, por los efectos adversos (irritación anal, malabsorción, neumonía aspirativa).
- **Laxantes rectales (enemas, supositorios de glicerina):** se utilizan en el caso de la impactación fecal o cuando no es posible el uso de la vía oral.

PROCINÉTICOS

Paralelamente a estos diferentes grupos de fármacos, existe otro grupo más reducido de fármacos que se conocen como "procinéticos" (aumento del tránsito intestinal) y que pueden aportar un beneficio añadido a los laxantes, especialmente en pacientes con tránsito intestinal lento. No obstante, actualmente dentro del grupo de los procinéticos no existen fármacos muy efectivos, y algunos de ellos provocan efectos adversos considerables.

Recomendaciones básicas para el seguimiento de las personas mayores con estreñimiento crónico

Como medida general hay que controlar la frecuencia, cantidad y consistencia de las heces, así como anotarlos diariamente en un registro o diario. Si presenta deposición, se debería intentar cuantificar por cruces su cantidad, siendo (x) poco, (xx) normal, (xxx) abundante.

272

Asimismo es muy importante registrar si la persona mayor realiza esfuerzo defecatorio o no para lograr la evacuación, así como la consistencia de las heces (dura, formada, blanda, líquida), ya que estos datos nos informarán sobre el tránsito intestinal y la conveniencia o no de ajustar el tratamiento.

No dejaremos de administrar los laxantes aunque la defecación esté controlada, ya que la persona mayor puede volver a estreñirse.

En caso de que al tercer día no haya realizado deposición, se debe dar una dosis extra de laxante habitual con agua templada.

Diarrea

La diarrea es una situación menos frecuente en las personas mayores, y casi siempre suele presentarse de forma aguda y con escasa repercusión clínica y funcional.

La diarrea aguda (< 4 semanas) suele estar relacionada con agentes infecciosos (vírica 60-70%), intoxicaciones o alergia alimentaria, aunque en alguna ocasión podría ser la manifestación inicial de una enfermedad orgánica (enfermedad

inflamatoria intestinal, celiacía). No hay que olvidar también que ciertos fármacos pueden provocar diarrea como efecto adverso (antibióticos, alopurinol, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina –ISRS–, inhibidores de la bomba de protones, ARA II). En las personas mayores institucionalizadas y con alta comorbilidad, la infección por *Clostridium difficile* puede ser una causa bastante frecuente de diarrea, adquiriéndose en el organismo por vía oral o de un vector (profesionales sanitarios), contribuyendo decisivamente al tratamiento antibiótico previo.

La diarrea crónica (> 4 semanas) se asocia a una gran variedad de procesos, clasificándose según los mecanismos fisiopatológicos en diarrea osmótica, secretora, inflamatoria y motora.

En países desarrollados, las causas más comunes son las enfermedades inflamatorias intestinales, los síndromes de malabsorción y las infecciones crónicas. Las alteraciones funcionales (síndrome del intestino irritable) representan un porcentaje muy bajo en las personas mayores, debiendo aceptarse únicamente tras descartar los principales procesos orgánicos, ya que muchos de los pacientes etiquetados de este síndrome acaban por ser diagnosticados de otros procesos (sobrecrecimiento bacteriano, enfermedad celiaca, intolerancia a la lactosa, colitis microscópica, etc.). Otros procesos responsables de diarrea crónica en las personas mayores son la malabsorción de ácidos biliares primaria o secundaria a colecistectomía, la diarrea posvagotomía, los medicamentos y la toma de solutos no absorbibles (antiácidos, sulfato de magnesio, fosfato sódico), los suplementos minerales o vitamínicos y el hipertiroidismo.

Valoración de las personas mayores con diarrea

La historia clínica general (antecedentes médicos patológicos, cirugías previas, historia dietética, historia farmacológica), así como la anamnesis dirigida (duración, características de las heces, presencia o no de esteatorrea y de elementos patológicos, presentación de las deposiciones, incontinencia anal, afectación del estado general, toma reciente de antibióticos), constituyen los elementos claves para orientar al paciente mayor con diarrea crónica. Posteriormente habría que solicitar diferentes pruebas diagnósticas (cultivos de heces, análisis de heces, análisis general de sangre, serologías, radiología baritada, tomografía axial computarizada –TAC– abdominal, endoscopia, biopsia intestinal), dependiendo de las características individuales de cada persona mayor y de cada caso de diarrea.

Tratamiento de la diarrea en las personas mayores

- **Recomendaciones dietéticas:**

Forzar la ingesta de líquidos para contrarrestar la pérdida y evitar la deshidratación, aconsejándose limonada alcalina (se prepara con 1 litro de agua

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

hervida, el zumo de dos limones, una punta de cuchillo de sal, una punta de cuchillo de bicarbonato y azúcar o sacarina), té frío, caldos desgrasados. Si la persona mayor tiene dificultad para ingerir líquidos, se darán gelatinas y yogures desnatados.

No dar alimentos ricos en residuos, como vegetales, fruta fresca, pan integral, dulces, pescados grasos, conservas, alimentos fritos, leche o quesos curados, bebidas con gas.

Sí podrá tomar manzana rallada, plátano, arroz blanco, zanahoria rallada, pescado hervido, puré de zanahoria y patata, pescados o pollo hervido, jamón cocido, yogures desnatados. En caso de que el paciente solo tome purés: realizarlos menos espesos para aumentar la cantidad de agua.

- **Recomendaciones higiénicas:**

Si el anciano puede acudir al retrete y asearse solo después de la defecación, insistirle y confirmar que se ha lavado las manos posteriormente. Si es el cuidador quien lo asea o le cambia el absorbente, se debe lavar las manos posteriormente, y aunque use guantes para ello, se debe lavar las manos posteriormente. Si el anciano es portador de absorbente, se debe realizar el cambio del mismo en cuanto el paciente haya hecho la deposición.

Después de la deposición se limpiará la zona genital con una esponja suave mojada en agua templada y jabón neutro, se secará la piel con toalla suave sin frotar la piel, se dan pequeños toques sin presión.

Vigilar el estado de la piel por la posible irritación que producen las heces. Aplicar crema que contenga óxido de zinc o aceite de almendras para evitar las lesiones que pudieran aparecer al estar en contacto la piel con las heces, pues estas son abrasivas.

- **Manejo médico:**

Se debe intentar mejorar al máximo la patología de base de la persona mayor (comorbilidades), tratar la patología subyacente y corregir el desorden nutricional que suele existir en estos pacientes.

Desde el punto de vista farmacológico se podría recurrir al uso de antisecretores como el racecadotril en las diarreas agudas y al uso de antiperistálticos (del tipo de loperamida) en los casos de diarrea crónica, a la menor dosis posible y con estrecha vigilancia clínica. En ocasiones se puede combinar la toma de salvado + loperamida para lograr unas heces formadas, programando la evacuación (si fuera preciso) con enemas.

Obviamente, cada proceso patológico tendrá su tratamiento específico (sobrecrecimiento, celiacía, enfermedad inflamatoria intestinal –EII–, malabsorción, posvagotomía, colitis microscópica).

Bibliografía

- Bouras EP, Tangalos EG. Chronic constipation in the Elderly. *Gastroenterol Clin N Am* 2009; 38:463-80.
- Eoff JC, Lembo AJ. Optimal treatment of Chronic Constipation in Managed Care: Review and Roundtable Discussion. *J Manag Care Pharm* 2008; 14(suppl. S-a): S1-S7.
- Estreñimiento: una perspectiva mundial. *Guía Mundial de la Organización Mundial de Gastroenterología*. Organización Mundial de Gastroenterología. Noviembre 2010.
- Estreñimiento en el anciano. *Form Med Contin Aten Prim (FMC)* 2011; 18:22-42 (núm. protocolo 5).
- Gallegos-Orozco JF, Foxx-Orenstein AE, Sterler S, Stoa JM. Chronic constipation in the Elderly. *Am J Gastroenterol* 2012; 107:18-25.
- Lacy BE, Levenick JM, Crowell M. Chronic constipation: new diagnostic and treatment approaches. *Therap Adv Gastroenterol* 2012; 5:233-47.
- Manejo del estreñimiento en personas mayores. *Best Practique* 2008; 12(7). Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/pdf/jb/2008_12_7_estreñimiento.pdf.
- MS, Francisconi C, Olden K, Aguilar-Paíz L, Bustos-Fernández L, Cohen H, et al. Consenso Latinoamericano de Estreñimiento Crónico. *Gastroenterol Hepatol* 2008; 31:59-74.
- Schiller L. Diarrhea and Malabsorption in the Elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2009; 38:481-502.
- Trinh C. Diarrheal diseases in the Elderly. *Clin Geriatr Med* 2007; 23:833-56.

Rosa López Mongil
Virtudes Niño Martín

Ejercicio físico

Introducción

La importancia especial de la actividad física habitual cuando se envejece es esencial para preservar la independencia funcional y las actividades de la vida cotidiana al contrarrestar parte del deterioro del rendimiento físico que se relaciona con la edad. La capacidad de realizar las actividades cotidianas de manera cómoda y segura es esencial para el bienestar. Por tanto, el fomento de un estilo de vida físicamente activo es una estrategia muy importante, que es imprescindible incorporar o mantener, tanto en situación de salud, de fragilidad y también ante la presencia de enfermedad.

Conceptos

Actividad física: cualquier movimiento corporal producido por los músculos y que ocasiona un gasto de energía superior al estado de reposo. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de las tareas domésticas y de actividades recreativas.

Actividad de moderada a vigorosa: aproximadamente equivalente a andar a paso ligero.

Condición o aptitud física: es la capacidad de llevar a término las actividades de la vida diaria con vigor, sin cansancio indebido y con energía suficiente para disfrutar de las actividades del tiempo libre y para afrontar las emergencias imprevistas que se presenten. Los componentes de la condición física relacionados con la salud abarcan la composición corporal, la resistencia cardiorrespiratoria, la flexibilidad y la resistencia/fuerza muscular.

Ejercicio físico: este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva e intencionada y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento del funcionamiento del organismo. El ejercicio tiene

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

más ventajas, ya que habitualmente es de mayor intensidad y frecuencia, por lo que se obtienen múltiples beneficios.

Deporte: actividad física ejercida como juego o competición, cuya práctica supone entrenamiento y sujeción a normas.

Prescripción de ejercicio físico: proceso mediante el cual se recomienda a una persona un régimen de actividad física de manera sistemática e individualizada para obtener los mayores beneficios con los menores riesgos.

Cuando utilizamos “la actividad física” como herramienta terapéutica y preventiva, entonces debemos hablar de *prescripción de ejercicio físico*.

La inactividad física se debe en gran medida al diseño arquitectónico de las ciudades, los edificios, las residencias y al enorme desarrollo tecnológico experimentado en las últimas décadas (que ha reducido dramáticamente el gasto energético durante el tiempo de ocio). Por lo tanto, el ser humano sufre un enorme desajuste fisiológico como consecuencia de los bajos niveles de actividad física que necesita para sobrevivir en el mundo desarrollado.

Cambios fisiológicos del sistema musculoesquelético

278

El sistema musculoesquelético consiste en el esqueleto del cuerpo humano, músculos, bolsas sinoviales, ligamentos y articulaciones. El esqueleto ejerce una función de protección a las partes delicadas del cuerpo y proporciona forma y soporte al organismo. Los huesos son una fuente importante de minerales y de células sanguíneas. Los músculos facilitan el movimiento a varias partes del cuerpo.

Todos los componentes del sistema trabajan conjuntamente para producir el movimiento y permitir a la persona funcionar de forma independiente en su vida diaria.

Los cambios propios del proceso de envejecimiento, junto con la tendencia a la inactividad física, comparten la responsabilidad del deterioro de la salud.

En el proceso de envejecimiento se produce un progresivo deterioro del sistema locomotor que se traduce en:

A nivel muscular

- Atrofia muscular especialmente por la falta de uso. La masa muscular disminuye a los 80 años entre un 30 y un 40% respecto a los 30, este descenso no se aprecia por el aumento del líquido intersticial y de tejido adiposo.

- Existe un predominio de los componentes adiposo-conectivos sobre el contráctil, produciéndose un acortamiento y una debilitación de los músculos.
- A nivel celular hay un intenso depósito de lipofuscina.
- La fuerza de las extremidades inferiores se pierde más rápido que en las superiores.

A nivel articular

- Deterioro de las superficies articulares. Se produce un contacto entre ambas carillas articulares.
- Cambia la proporción de sus componentes, aumentando la rigidez del colágeno. Se observa una fibrosis local periférica y una pérdida de elasticidad.
- Desciende el riego sanguíneo del hueso subcondral (menor remodelación ósea, cambios en la geometría y en la distribución de las fuerzas en la articulación).
- Microfracturas en el hueso subcondral.
- Adelgazamiento de los discos intervertebrales. Las articulaciones vertebrales sufren una serie de cambios a nivel del disco intervertebral que van a causar una serie de transformaciones físicas: aumento de la densidad por pérdida de agua, el disco se vuelve más duro, consistente y delgado.
- Cifosis de la columna dorsal, con flexión anterior de la cabeza, nuca, codos y muñeca.
- Disminución del agua y del tejido cartilaginoso en el espacio articular.
- Flexión de la cadera y rodillas.
- Las articulaciones del miembro superior son las que presentan menos alteraciones, se mantiene la envergadura de los brazos, que sirve para estimar la estatura de la persona.
- Las articulaciones del miembro inferior son las que soportan mayor presión y desgaste, y por lo tanto, mayores cambios.

A nivel óseo

- Pérdida progresiva de la masa o densidad ósea, produciéndose una disminución drástica de las superficies de formación ósea frente a las de resorción, lo que indica una falta de capacidad osteoblástica para reconstituir el

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

hueso resorbido en las unidades de remodelado óseo. En un principio afecta al hueso trabecular y posteriormente al hueso cortical.

- Adelgazamiento de las trabéculas en el hueso esponjoso.
- Aumento de las lagunas de reabsorción y aumento de esponjosidad en las zonas del endostio en el hueso compacto.
- Menor capacidad de reparación de microfracturas.

Como consecuencia de ello, se producen las siguientes manifestaciones:

- La pérdida de fuerza en los músculos y ligamentos dan lugar a: un pie plano con un giro hacia afuera (*valgus*) y los centros de presión se desplazan al borde interno del pie, los arcos de la bóveda plantar se desequilibran dando lugar a la aparición de callosidades y a la dificultad en el equilibrio corporal, la alineación y la marcha.
- Prolongación del tiempo de contracción y de relajación.
- Descenso en el desarrollo máximo de tensión.
- Disminución de la talla (1 centímetro por década).
- Disminuye la flexibilidad del raquis.
- Desplazamiento del centro de gravedad del ombligo a la sínfisis púbica.
- La atrofia de los discos, juntamente con la artrosis a nivel articular en las vértebras, produce el desplazamiento de las apófisis espinosas hacia arriba dando una línea media espinal más marcada.
- Aumenta el diámetro anteroposterior y disminuye el diámetro transversal.
- Presencia de dolor con limitación del movimiento y crepitación.
- Adelgazamiento de los huesos.
- La tasa de reparación de una fractura disminuye a partir de los 30 años.
- Se modifica la marcha:
 - Aumento de la base de sustentación.
 - Disminución del braceo.
 - Mayor flexión del tronco.

- Limitaciones en las articulaciones y en la movilidad, condicionando a la persona mayor a realizar las actividades de la vida diaria.
- La pérdida de masa y de resistencia ósea, que lleva como consecuencia un aumento de la incidencia de fracturas.
- Riesgo de presentar alteraciones de la marcha y del equilibrio, aumentando el riesgo de caídas.
- Disminuye la fuerza y la tolerancia al ejercicio, aparece astenia y debilidad y, por lo tanto, una menor capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.
- Tiene lugar una sarcopenia (especialmente en las fibras musculares tipo II relacionadas con la resistencia muscular).

Sarcopenia

La sarcopenia es una pérdida de masa muscular asociada a pérdida de fuerza o pérdida de función muscular, es decir, la habilidad para realizar actividades de la vida cotidiana. Es un hecho que acompaña al envejecimiento, aunque no siempre tiene consecuencias clínicas.

Entre sus causas se incluyen:

Factores del propio músculo: con la edad se produce una pérdida de la fuerza muscular que pueden desarrollar las fibras musculares (calidad muscular) y además un descenso en el número de células musculares (masa muscular).

Cambios del sistema nervioso central: según se cumplen años se van perdiendo unidades motoras alfa de la médula espinal, lo que provoca atrofia muscular.

Factores humorales: con el envejecimiento descienden los niveles de hormonas anabolizantes, como la GH u hormona del crecimiento, testosterona y estrógenos, lo que provoca una disminución de su efecto trófico, que a su vez produce atrofia muscular. Además, frecuentemente con la edad existe un estado de inflamación subclínica que hace que aumenten los niveles de interleukina 1 beta, factor de necrosis tumoral e interleukina 6, que provoca pérdida de aminoácidos por el músculo.

Factores de estilo de vida: es indudable que la sarcopenia empeora con el desuso y que una vida sedentaria produce una mayor y más rápida pérdida de músculo que una vida activa.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Las consecuencias clínicas de la sarcopenia básicamente son las debidas a la pérdida de masa muscular. Existe una clara relación entre la pérdida de masa y potencia muscular y la pérdida de independencia funcional, que contribuye a las caídas, fracturas y necesidad de institucionalización.

Al disminuir la masa muscular, se incrementa la grasa intramuscular y visceral, aun disminuyendo la subcutánea, se produce una inflamación crónica y un aumento de hormonas anorexígenas (leptina...); como consecuencia de estos cambios, también aumenta la resistencia a la insulina, lo que podría suponer mayor riesgo de desarrollar diabetes en la vejez.

La sarcopenia puede ser primaria o secundaria. La primaria es la que está relacionada exclusivamente con la edad. La secundaria es la que tiene otras causas, como enfermedades o inmovilidad de la persona.

El diagnóstico de sarcopenia consiste en evaluarse la cantidad de músculo y su funcionalidad (fuerza).

Prevención

- El ejercicio físico de resistencia ha demostrado eficacia en incrementar la masa muscular, la fuerza muscular y mejorar el equilibrio y la resistencia.
- Los beneficios de los programas de entrenamiento se obtienen en tan solo 8 semanas con ejercicios 2 o 3 veces por semana, habiéndose conseguido mejorías incluso en ancianos de más de 90 años.
- Las personas mayores que mantienen una buena forma física tienden a ser más activos, y además aquellos con enfermedades crónicas que siguen programas de ejercicio consiguen un mejor rendimiento en su capacidad física. Conforme la persona mayor se va debilitando, bien sea por enfermedad o por sarcopenia, la proporción del máximo esfuerzo requerido para realizar actividades de la vida diaria aumenta, con lo que cada vez le va costando más realizar las actividades rutinarias. La debilidad va conduciendo progresivamente al desuso, apareciendo finalmente la discapacidad y la dependencia.
- Una ingesta proteica adecuada es imprescindible para el mantenimiento de la masa muscular distribuidas de forma uniforme en las distintas ingestas:
 - 1 g/kg peso/día o incluso 1,5 g/kg peso/día.
 - Para una persona de 60 kg, 72-90 g de proteínas al día.
 - Entre un 12-17% de la energía total diaria.

- Este consumo de proteínas se distribuirá adecuadamente a lo largo del día. Los lácteos, el pescado y la clara de huevo son buenas fuentes por su digestibilidad, alto valor biológico y facilidad de uso en preparaciones culinarias blandas.
- Aporte suficiente de vitamina D. Su déficit se relaciona con osteoporosis y debilidad muscular.

Está demostrado que los ancianos que llevan una vida más activa viven más años y en mejores condiciones.

Beneficios del ejercicio físico

Tejido adiposo

La actividad física regular es importante para la prevención y tratamiento del sobrepeso/obesidad. Se ha mostrado especialmente eficaz para la pérdida de grasa abdominal.

Sistema osteomuscular

La actividad física regular durante toda la vida es probablemente la mejor intervención para prevenir la pérdida de masa muscular, fuerza y función asociada con el envejecimiento. El tipo de ejercicio físico que produce mayores incrementos de masa muscular esquelética son los ejercicios de fuerza. Fortalece la densidad ósea y disminuye el dolor artrítico. Mejora la velocidad de la marcha.

Sistema nervioso

Los ejercicios físicos (de tipo aeróbico) intervienen colaborando para revertir las pérdidas de memoria asociadas al envejecimiento, debido a factores como una mejor perfusión de las áreas cerebrales, y contribuye en la creación de células nerviosas (neurogénesis). Conserva más atentos los sentidos. Mejora el estado de ánimo y beneficia en estados depresivos. Mejor sueño y disminuye el número de fármacos.

Sistema cardiovascular

El ejercicio físico es uno de los pilares fundamentales para preservar la salud del sistema cardiovascular: disminuye el riesgo de enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, y mejora el perfil lipídico: con disminución del colesterol LDL y de los triglicéridos y aumento del HDL. Contribuye a que la arterios-

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

clerosis no progrese. Reduce el riesgo de formación de coágulos (trombosis, embolismos).

Sistema endocrino y digestivo

Un nivel de actividad física alto disminuye el riesgo de diabetes mellitus tipo 2. Aumenta los niveles de insulina y se incrementa el empleo de la glucosa por los tejidos durante el ejercicio. Mejora el estreñimiento al favorecer la defecación.

Sistema inmunológico

La actividad física regular produce efectos saludables sobre el sistema inmunológico. Los sujetos más activos tienen un menor riesgo de desarrollar infecciones respiratorias frente a los menos activos.

Contraindicaciones

Cardiacas: cambios en el ECG que sugieren infartos, insuficiencia cardiaca en fase terminal, cardiopatía isquémica grave, arritmia maligna, HTA mal controlada.

Alto riesgo de sangrado: hemorragia reciente o tromboembolismo pulmonar reciente o aneurisma de alto riesgo.

Otras: enfermedad terminal, dolor no controlado, cuadros inflamatorios agudos o febriles, nula colaboración y/o aceptación.

Tipos de ejercicios

Resistencia o aeróbico

El efecto principal es un aumento en la capacidad del sistema de transporte de oxígeno para llevar sangre oxigenada al músculo activo. Esto limita la fatiga muscular y mejora la tolerancia cardiorrespiratoria. En otras palabras, después de este tipo de entrenamiento es posible realizar actividades físicas por un periodo de tiempo más largo sin fatiga excesiva.

Cualquier actividad que aumente el ritmo cardiaco y la respiración por un largo tiempo, puede ser un ejercicio de resistencia, como por ejemplo: caminar, barrer, bailar, correr, nadar.

- Aumente su resistencia gradualmente, empezando con un mínimo de 5 minutos de actividades de resistencia a la vez.

- Comenzando con un nivel bajo de esfuerzo y gradualmente aumentándolo. Es especialmente importante si usted ha estado inactivo por mucho tiempo.
- Su objetivo es poder llegar, eventualmente, a un nivel moderado-vigoroso que aumente su respiración y ritmo cardíaco.
- Una vez que usted alcance su objetivo, puede dividir sus ejercicios en sesiones de no menos de 10 minutos a la vez, siempre que sumen un total de, por lo menos, 30 minutos al fin del día. Hacer menos de 10 minutos a la vez no le darán los beneficios cardiovasculares y respiratorios deseados (la excepción es con el inicio del programa de ejercicio).

Su objetivo es poder llegar hasta un total de 30 minutos en la mayoría o en todos los días de la semana.

Este tipo de ejercicio se asocia con menor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Los ejercicios de resistencia son considerados un método efectivo para mejorar la fuerza y el tejido muscular al mejorar la síntesis de proteínas y la adaptación neuromuscular, incluso con periodos cortos de entrenamiento.

Se aconseja fomentar el ejercicio de resistencia para tratar la debilidad muscular, principalmente en personas con deterioro funcional temprano (prefragilidad). El ejercicio de resistencia puede mantener y/o restaurar la independencia, la capacidad funcional, prevenir o retrasar el proceso de fragilidad, además mejora movilidad, fuerza, flexibilidad, equilibrio y función cognitiva. Interviene favorablemente disminuyendo la depresión al mejorar la calidad de vida y la autopercepción del estado de salud, también disminuye el riesgo de caídas y síndrome poscaída.

Fuerza muscular

La fuerza y resistencia muscular puede ser uno de los puntos más importantes a trabajar en la prescripción de ejercicio físico. La fuerza es necesaria para poder realizar muchas tareas de la vida diaria, como levantarse de una silla, subir escaleras o pasear.

- Para hacer la mayor parte de los siguientes ejercicios de fortalecimiento se necesita levantar pesas o algún objeto pesado, y aumentar gradualmente la cantidad de peso que usa. Usted puede usar pesas para las manos (o mancuernas) y los tobillos que se venden en las tiendas deportivas; o puede usar botellas de leche vacías llenas de arena o agua. Hay que dedicar 3 segundos para levantar o empujar una pesa; mantenga la posición por 1 segundo, y

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

otros 3 segundos para bajarla. No deje caer la pesa bruscamente; es muy importante bajar las pesas lentamente.

- El ejercicio con pesas puede ser difícil. Si no puede levantar o empujar una pesa 8 veces, significa que es demasiado pesada para usted. Reduzca la cantidad de peso. Si puede levantar una pesa más de 15 veces seguidas, significa que es muy liviana para usted. Aumente la cantidad de peso.

Todas las actividades (incluyendo las de la vida cotidiana) requieren un cierto porcentaje de fuerza y de resistencia muscular del individuo.

El ejercicio de fortalecimiento es la única estrategia rehabilitadora que ha demostrado tener un efecto anabólico en el anciano. Una sesión de ejercicio de fortalecimiento activa la maquinaria celular responsable de la síntesis de proteínas. Por ello, es importante que el anciano que participe de un programa de ejercicio tenga una dieta con un contenido de proteínas apropiado. En este sentido son importantes los hallazgos recientes que sugieren que la ingesta de proteínas o de una mezcla de proteínas con hidratos de carbono después de una sesión de entrenamiento pudieran aumentar los efectos del ejercicio de musculación.

286

Las personas que realizan ejercicios de musculación regularmente tienen niveles de presión arterial más bajos, mejor perfil lipoproteico, un metabolismo de hidratos de carbono más eficiente, mejor flexibilidad articular, mayores niveles de mineral óseo, y una composición corporal más saludable, con mayor porcentaje de masa magra. Además son beneficiosos por la reducción del dolor articular.

Es importante apuntar que los beneficios fisiológicos del ejercicio de fortalecimiento se pueden traducir en cambios funcionales positivos. De esta forma, los ancianos que siguen un programa regular de ejercicio de musculación caminan más rápido, mejoran su capacidad de levantarse de una silla y subir escaleras.

En la prescripción de ejercicio físico en relación a la fuerza-resistencia muscular se recomienda una frecuencia de 2-3 días a la semana trabajando grandes grupos musculares con 2 a 4 series, ejecutando 8-12 repeticiones para la mejora de la fuerza muscular y 15-20 repeticiones para la resistencia muscular con un descanso entre series de 2-3 minutos y 48 horas entre sesiones. La progresión debe ser gradual, adaptándola a todos los elementos de la prescripción física. Recomendable: cargas más ligeras y mayor número de repeticiones.

Flexibilidad o estiramiento

Se define como “la capacidad funcional de una articulación para moverse en todo su rango de movimiento”. La flexibilidad disminuye con el envejecimiento, a pesar de ello, es fundamental mantener un estado óptimo de movilidad articular.

El beneficio principal de este tipo de ejercicio es el aumento en la flexibilidad o rango de movimiento articular. Los cambios que ocurren con el envejecimiento en el tejido conectivo, incluyendo los tendones, músculos, ligamentos y cápsula articular, limitan el rango articular. Por ello, el anciano no puede alcanzar objetos en lugares altos, tiene problemas con doblarse para levantar objetos del suelo y pierde la capacidad de realizar tareas básicas relacionadas con la higiene personal (por ejemplo, vestirse) y la vida en el hogar (por ejemplo, preparar la comida o limpiar los muebles). Un aumento en la flexibilidad como resultado de este tipo de entrenamiento puede mejorar la capacidad del individuo para realizar dichas tareas manteniendo así su independencia. También puede asociarse con una disminución en la incidencia de lesiones de tejidos blandos y/o del aparato locomotor.

En la prescripción de ejercicio físico en relación a la flexibilidad se recomienda una frecuencia de 2-3 días a la semana, estirando la musculatura hasta notar tirantez o un leve malestar durante 10-30 segundos. Existen diversos métodos de estiramiento, pero la recomendación general es que las series de ejercicios musculares engloben grandes grupos musculares durante 60 segundos y 2-4 repeticiones por ejercicio de estiramiento.

Equilibrio

Este tipo de ejercicio hace referencia a las habilidades motoras, como el equilibrio, la coordinación, la marcha, la agilidad y el entrenamiento propioceptivo. Especialmente para programas de prescripción de ejercicio físico dirigidos a personas mayores se recomienda una frecuencia de 2-3 días por semana con ejercicios con una duración de entre 20 y 30 minutos, es decir, una duración de 60 minutos semanales.

Comience poniéndose de pie, agarrado a la mesa o silla con solamente una mano, más adelante con solo un dedo, y después sin agarrarse. Si tiene un buen sentido de equilibrio cuando está parado, haga los ejercicios sin apoyarse con las manos, con sus ojos cerrados. Pídale a alguien que lo acompañe o supervise.

Otra forma de mejorar su equilibrio es a través del taichi, del baile del tango o de ejercicios llamados “cualquier hora, cualquier lugar”. Un ejemplo: equilibrese sobre un pie, después sobre el otro, mientras esté esperando para hacer algo.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Aquí hay algunos puntos para recordar mientras comienza a aumentar su actividad:

- Si usted deja de hacer ejercicio y regresa después de varias semanas, debe comenzar con la mitad del esfuerzo que hacía anteriormente, aumentando el mismo gradualmente. Algunos de los efectos de los ejercicios de resistencia y fuerza muscular se deterioran en 2 semanas si estas actividades son reducidas considerablemente, y pueden desaparecer completamente si no se hacen durante 2 a 8 meses.
- Cuando un ejercicio requiere que se doble hacia delante, dóblese a la altura de la cadera, no de la cintura. Si usted mantiene su espalda y sus hombros alineados mientras se dobla hacia delante, se asegurará que se está doblando correctamente, de la cadera. Si nota su espalda o sus hombros jorobándose en cualquier parte mientras se dobla hacia delante, puede ser una señal de que se está doblando incorrectamente. Doblar en la cintura puede causar fracturas de la columna vertebral en personas con osteoporosis.
- Es posible combinar ejercicios. Por ejemplo, subir escalones ayudan a mejorar la resistencia y fortalecen los músculos de las piernas al mismo tiempo.

288

	Flexibilidad	Resistencia o aeróbico	Fortalecimiento
Frecuencia (veces por semana)	Diario.	Casi todos los días.	2-3 días.
Duración	20-30 segundos por repetición; 5-6 repeticiones por grupo muscular y/o articulación.	30 minutos: caminar, bicicleta, baile, natación y ejercicios similares.	2-3 series de 8-10 repeticiones de 10 segundos de duración y descanso de 3-5 segundos entre repeticiones y 2-3 minutos entre series.
Intensidad	Sostenido hasta la sensación de estiramiento sin dolor.	60-85% frecuencia cardiaca máxima.	60-80% de la repetición.

Etapas del ejercicio

La prescripción de ejercicio físico debe quedar claramente definida en una serie de periodos temporales que cumplan los objetivos establecidos. Estos son ligeramente modificables en el tiempo en función de la respuesta al ejercicio manifestada por cada persona.

De forma general, todo programa de prescripción de ejercicio físico debe contar con:

1. Etapa de inicio

Con una duración entre 4 y 6 semanas. El ejercicio se debe realizar a una intensidad suave-ligera, en espacios breves de tiempo (de 5 a 10 minutos) y con una frecuencia de 1-2 sesiones semanales. Es fundamental captar el interés por las sesiones a través de actividades ligeras y suaves, evitando el cansancio y cualquier tipo de molestia o dolor.

2. Etapa de mejora y permanencia

La duración de la etapa de mejora está establecida en torno a los 4-5 meses. La clave en este periodo es realizar una progresión del programa de ejercicio físico. Aumentar cada 2-3 semanas la intensidad, la duración y la frecuencia del ejercicio (cada elemento gradualmente, no todos a la vez).

El anciano frágil

Los beneficios del ejercicio son de particular importancia en la población de ancianos frágiles. Aunque basándose en los mismos principios, el caso del anciano frágil requiere recomendaciones diferentes. La intensidad debe ser menor, por lo menos al comienzo del programa de ejercicios. El entrenamiento aeróbico debe ser más moderado, con una frecuencia de 3 veces por semana, una duración de 20 minutos (que puede aumentar según la condición del anciano mejore) y una intensidad entre el 40 y el 60% de la reserva de la frecuencia cardiaca.

Un anciano muy débil puede no tener la capacidad para realizar el ejercicio aeróbico. De ser ese el caso, es necesario empezar con el ejercicio de fuerza hasta que mejore lo suficiente para permitirle añadir el componente aeróbico al programa.

Ejercicios recomendados



Pedalear



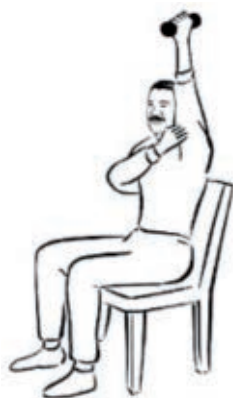
Levantamiento de brazos



Flexión del bíceps



Levantándose de la silla



Extensión del tríceps



Flexión plantar



Extensión del tríceps



Flexión de rodilla



Flexión de la cadera



Flexión del hombro



Extensión de cadera



Elevación de piernas
hacia los lados

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO/EQUILIBRIO

Ejercicios de flexión plantar.

Agarrado en una silla con una mano, luego con un dedo solo y más adelante sin el uso de las manos. Luego con los ojos cerrados.



III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes



EJERCICIOS DE EQUILIBRIO:
A cualquier hora y en cualquier lugar.
Camine talón-dedos/talón-dedos.
Prácticamente se juntan el talón y los dedos.

EJERCICIOS DE FLEXIBILIDAD:
De los tendones del muslo

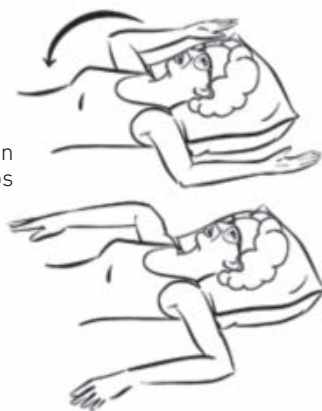


292



Estiramiento
de pantorrillas

Rotación
de hombros



Estiramiento de los tríceps



Rotación de cadera



Estiramiento de los cuádriceps



Subir escaleras

Agradecemos a Jesús Redondo, experto dibujante de Valladolid, y a su hija, la Dra. M.^a Paz Redondo, su generosa contribución a este tema.

Bibliografía

- Burke MM, et al. Enfermería Gerontológica. Cuidados integrales del adulto mayor. Madrid: Ed. Harcourt Brace, 1998.
- Estrella Cazalla JD, García Noguera I, Esquinas Requena JL. Envejecimiento activo: ejercicio y rehabilitación en el anciano. En: Abizanda Soler P. Medicina Geriátrica. Una aproximación basada en problemas. Elsevier España, 2012; 97-105.
- Frontera Roura WR. Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Facultad de Medicina. Universidad de Harvard. Boston, Massachusetts, EE.UU. Ejercicio y Actividad Física en el anciano. En: Gómez Andela C, Reuss Fernández JM. Manual de Recomendaciones Nutricionales en Pacientes Geriátricos. Madrid: Editores Médicos, 2004.
- García Hernández M, Martínez Sellarés R. Enfermería y Envejecimiento. Barcelona: Ed. Elsevier Masson, 2012.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- García Martín MA. La actividad y el ocio como fuente de bienestar durante el envejecimiento. Revista digital Buenos Aires, abril de 2002; año 8, n.º 47.
- Gil Gregorio P, Ramos Cordero P, Marín Carmona JM, López Trigo JA. Guía de ejercicio físico para mayores. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Ed. Grupo ICM Comunicación, 2012.
- [http://www.nia.nih.gov/español/publicaciones/ejercicio y actividad física su guía diaria del instituto nacional.](http://www.nia.nih.gov/español/publicaciones/ejercicio_y_actividad_fisica_su_guia_diaria_del_instituto_nacional)
- López Mongil R. Planteamientos interdisciplinarios en el incremento de la calidad de vida de las personas mayores: la actividad física. En Valbuena Ruiz J, Fernández Hawrylak. La actividad física en las personas mayores. Implicaciones físicas, sociales e intelectuales. Ed. CCS, 2007; 115-28.
- Pareja A. Patología del Envejecimiento. Deterioro funcional Global. Febrero 2011. Disponible en: [http://www.slideshare.net/alejandropareja/biologia-del-envejecimiento-6793645.](http://www.slideshare.net/alejandropareja/biologia-del-envejecimiento-6793645)
- Tabloski PA. Enfermería Gerontológica. Madrid: Ed. Pearson, 2010.

Rosa López Mongil

Trastornos del ánimo. Depresión, ansiedad, apatía. Sueño y envejecimiento. Trastornos del sueño

Trastornos del estado de ánimo. Depresión

Introducción

La depresión es una enfermedad extremadamente frecuente en el anciano y muchas veces pasa desapercibida por problemas de reconocimiento y diagnóstico o no recibe tratamiento. La edad avanzada puede ser la época con mayor fragilidad afectiva. Otra característica es el empleo de herramientas terapéuticas inadecuadas o insuficientes y la mala adherencia al tratamiento que por muy diversos motivos sigue constituyendo un problema crucial en esta población.

Diferencia entre depresión y tristeza

La tristeza es el síntoma nuclear de la depresión y se define como un descenso en el estado de ánimo. Puede oscilar de leve a profundo produciendo el enlentecimiento de los pensamientos y las acciones. La tristeza puede aparecer en situaciones como en la muerte de un ser querido, diferenciándose de la patológica, propia de la depresión, porque en esta los síntomas físicos son más acusados, hay una disminución excesiva del rendimiento, su duración es desproporcionada y puede no haber un desencadenante.

La depresión se suele asociar a la existencia de otras enfermedades (alteraciones somáticas o cognitivas), a pérdidas funcionales o familiares y al estrés.

Las siguientes características de la depresión no aparecen en la tristeza:

- Persiste al menos unas semanas.
- Interfiere con las relaciones sociales.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Afecta a las actividades de la vida diaria.
- Requiere tratamiento.

Definición

La depresión mayor se considera un síndrome en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar e impotencia ante las exigencias de la vida) y, en mayor o menor grado, otros síntomas de tipo cognitivo o intelectual, volitivo o incluso somáticos. Todo ello la convierte en una afección global de la vida psíquica, cuyo matiz patológico viene dado por la persistencia de la clínica, la gravedad de los síntomas y el grado de deterioro funcional y social que la acompañe.

- **Síntomas anímicos:** tristeza (síntoma principal), irritabilidad, ansiedad, sensación de vacío, anestesia emocional y anhedonia.
- **Síntomas motivacionales y conductuales:** inhibición, apatía, dificultad para realizar las tareas diarias, lentitud o agitación.

Diagnóstico

El diagnóstico de la depresión es clínico, basado principalmente en la historia clínica. Es clave la obtención de una anamnesis pormenorizada, a ser posible del paciente y de la familia. La exploración física es imprescindible: aspecto externo, nivel de actividad o tono y velocidad de su discurso y tratar de descartar patologías endocrinas, infecciones, déficits neurológicos, patologías cardíacas o malignidad oculta. El estado de ánimo depresivo suele ser evidente, pero puede no ser una queja espontánea. Explorar el riesgo de suicidio.

Los criterios de la CIE-10, o Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, son:

1. El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas.
2. Ausencia de síntomas maniacos o hipomaniacos.
3. El episodio no es atribuido a abuso de sustancias o trastorno mental orgánico.
4. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:
 - Humor depresivo presente la mayor parte del día y casi todos los días y que persiste al menos 2 semanas.

- Marcada pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras (anhedonia).
 - Falta de vitalidad o aumento de fatigabilidad.
5. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas:
- Pérdida de confianza y autoestima y sentimientos de inferioridad.
 - Reproches hacia sí mismos desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
 - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
 - Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
 - Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
 - Cambios del apetito (disminución o aumento), con la correspondiente modificación del peso.

Test o cuestionarios de detección de depresión

Pueden ayudar al diagnóstico pero no deben nunca sustituir a la evaluación clínica.

Un cuestionario muy útil es la versión corta de la escala de Yesavage, que tiene 15 preguntas. Puede ser utilizada en distintos entornos clínicos, pero puede plantear problemas en enfermos con demencia.

Para ayudar a diagnosticar depresión en la demencia tenemos la escala de Cornell.

Las nuevas tecnologías de neuroimagen demuestran que la depresión se asocia a irregularidades en la anatomía del cerebro.

Formas clínicas

- **Trastorno depresivo recurrente:** cuando los síntomas desaparecen completamente durante un periodo de al menos 6 meses y vuelven a aparecer.
- **Episodio depresivo con un síndrome somático:** es muy frecuente en el anciano. Antes se llamaba melancolía o rasgos de endogenidad. Debe

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

cumplir al menos cuatro de los siguientes rasgos: pérdida de interés, pérdida de apetito, pérdida de peso (más del 5% en el último mes), pérdida de la libido, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos que normalmente la provocan, despertarse por la mañana 2 o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor, inhibición psicomotriz.

- **Episodio depresivo con síntomas psicóticos:** acompañan a la depresión ideas delirantes, de culpa o hipocondría y alucinaciones. La forma extrema de delirio es el síndrome de Cotard o de negación corporal: el enfermo refiere que no tiene cuerpo, que su corazón ha dejado de latir, que no circula su sangre...
- **Depresión de inicio tardío (*late-onset depression*):** un episodio único de depresión mayor que aparece por primera vez después de los 70-80 años. Depresión vascular y depresión de inicio tardío han sido prácticamente sinónimos. Tiene mala respuesta al tratamiento farmacológico y elevada incidencia de deterioro cognitivo (mayor al 60%) y demencia. Una mayor gravedad de la depresión se asocia a mayor deterioro cognitivo.
- **Distimia:** es una forma de depresión crónica de larga duración (al menos 2 años) con un ánimo depresivo de menor intensidad. Pueden tener periodos asintomáticos, pero muy cortos (días o semanas), y pasar a presentar un episodio depresivo de mayor intensidad. Es muy frecuente en ancianos.
- **Trastorno bipolar:** episodios reiterados de ánimo depresivo (al menos 2), alternando con exaltación del ánimo y de la vitalidad (manía o hipomanía).
- **Depresión asociada a demencia tipo Alzheimer, vascular, o en otras enfermedades, como el Parkinson o la enfermedad cerebrovascular:** las lesiones isquémicas del hemisferio derecho y las del lóbulo frontal se asocian estadísticamente más a episodios depresivos.
- **Duelo:** los síntomas depresivos que aparecen después de la pérdida de un ser querido son una reacción normal. Cuando se prolongan en el tiempo, generalmente más de 6 meses, o persisten síntomas somáticos intensos es necesario intervenir.

Diagnóstico diferencial

PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA

La depresión en ocasiones se manifiesta con un cuadro clínico similar al de una demencia, que desaparece al tratar la depresión. Este cuadro es reversible y tratable, aunque estos pacientes tienen un riesgo más alto de desarrollar demencia.

TRASTORNO ADAPTATIVO

Es un estado de malestar subjetivo acompañado de alteraciones emocionales que interfieren con la actividad social y que aparecen en periodos de adaptación a acontecimientos biográficos importantes o estresantes. Aparece sintomatología depresiva y ansiosa y trastornos del comportamiento. Existe un motivo objetivable. Durante muchos años se usaba indistintamente el término depresión neurótica o reactiva. Los ancianos son más vulnerables a las causas biológicas de la depresión, como las lesiones cerebrovasculares. Existen trastornos adaptativos a la presencia de enfermedades crónicas y limitantes en la actividad funcional, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o la insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, hipotiroidismo, cáncer, Parkinson, déficit de vitamina B₁₂; también ante el ingreso hospitalario, tanto en Unidades de Agudos como en las de recuperación funcional, y en residencia. A veces es difícil distinguir si un síntoma se debe a la enfermedad de base o a la depresión. En caso de duda, el tratamiento antidepresivo debe mejorar o corregir la depresión en el plazo de unas semanas. Este tipo de depresión obliga a un seguimiento estrecho de estos pacientes.

Tratamiento

El empleo de antidepresivos por su facilidad de uso, por su versatilidad, por sus pocos efectos secundarios y su seguridad es el adecuado en el tratamiento actual. Siempre que la depresión tenga cierta intensidad se deben prescribir antidepresivos. No existen excusas para dejar de tratar una depresión en una persona mayor.

Sin embargo, en el anciano, además de la optimización del tratamiento farmacológico, son necesarias otras estrategias de tratamiento encaminadas a disminuir la dinámica depresión-deterioro funcional, como el ejercicio y la psicoterapia. Hoy el riesgo es que la gente tenga acceso a los antidepresivos, pero no a la atención y cuidados necesarios para obtener los mejores resultados.

Consecuencias de la depresión no tratada adecuadamente

Médicas: mayor tendencia a tener problemas funcionales en el desarrollo de su vida diaria, síndrome de malnutrición, dolor, mayor sensibilidad a los efectos secundarios de otras medicaciones, mayor uso de servicios médicos y mayor mortalidad.

Psiquiátricas: deterioro de las relaciones sociales, abuso de fármacos, drogas o alcohol.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- **Fármacos antidepresivos:** la depresión es una enfermedad heterogénea, y fármacos con acciones distintas no pueden ofrecer los mismos efectos beneficiosos en todos sus tipos y variantes. La edad del paciente es uno de los factores más importantes a tener en cuenta a la hora de elegir un antidepresivo.
- **Antidepresivos:** inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): sertralina 25 mg por la mañana hasta 150; escitalopram 5 mg hasta 20; en depresión, ansiedad, apatía, alteraciones de la conducta sexual, agitación, euforia, trastornos alimentarios, obsesivos, fobias y pánico. ISRS y noradrenalina: venlafaxina 50-75 mg hasta 225 mg; duloxetina: también indicado en incontinencia de esfuerzo (30-60); por su mecanismo de acción dual pueden aportar beneficios adicionales en trastornos de ansiedad donde exista más disfunción noradrenérgica. Inhibidores de la recaptación de noradrenalina (IRNA): reboxetina: aumenta la vigilia, es activador. Antagonistas e IRS: trazodona, fármaco con actividad serotoninérgica no ISRS (25-200), en alteraciones del sueño y trastorno de ansiedad, agitación y alteraciones de conducta. NASSA: noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos: mirtazapina (15-45): síntomas depresivos, ansiosos, trastornos del sueño y en pérdida de apetito. Otros: bupropion (150-300): puede ser un fármaco interesante en el anciano muy inhibido. Tiene potencial activador. Está contraindicado en personas con trastorno epiléptico y debe administrarse por la mañana.

300

Inicio del tratamiento, siempre con dosis bajas. Tener en cuenta que en las primeras semanas podemos encontrar un efecto inicial de aumento de la ansiedad e inquietud. Avisar al paciente y a la familia, de este y del resto de efectos secundarios, como los digestivos o el temblor, para evitar abandonos precoces. La respuesta terapéutica tarda en aparecer más de las 3 semanas habituales de latencia. Si con la primera dosis que se pauta al iniciar el tratamiento se produce una respuesta parcial en las primeras 4 semanas, indica que se producirá una respuesta completa en las 8 semanas siguientes, sin necesidad de aumentar la dosis. Si no hay signos de mejoría después de 4 semanas pero se tolera bien, es preferible aumentar la dosis antes que cambiar de fármaco. La duración del tratamiento se estima en 6 meses tras la remisión de un primer episodio depresivo y se recomienda mantener el tratamiento hasta 3 o 5 años si se trata de un segundo episodio, e incluso indefinidamente si fue muy grave.

- **Neurolépticos:** en trastorno delirante, esquizofrenia y en delirium. También para el insomnio o trastorno de conducta sexual. Atípicos: risperidona: dosis de inicio, 0,25 mg; promedio, 1,5. Quetiapina: inicio, de 25 hasta 200 mg. Olanzapina: de 2,5 hasta 5 mg. Ziprasidona: inicio, de 20 hasta 120 mg. Clozapina: de 12,5 a 100 mg. Aripiprazol: inicio, de 2 hasta 15 mg.

- **Antiepilépticos:** como estabilizadores del ánimo (oxcarbamazepina, levitiracetam, gabapentina, pregabalina, lamotrigina, valproico). Mejorías conductuales y reducción de la agitación.
- **Psicoterapia:** incluye la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y la terapia de resolución de problemas. Se aconsejan entre 6 y 8 sesiones separadas por 1 o 2 semanas. En formas leves de depresión, en trastornos distímicos y en personas que han sufrido una pérdida ha demostrado resultados prometedores.

Combinada con un antidepresivo se ha asociado a mayor periodo de remisión después del episodio agudo y está indicada en todas los pacientes con depresión grave o tendencia suicida.

Entre un 20 y un 30% no tienen buena respuesta al tratamiento, en ocasiones por las enfermedades médicas múltiples o problemas psicosociales que motivan falta de interés en la recuperación.

- **Terapia electroconvulsiva:** se indica frente a trastornos depresivos del final de la vida graves: depresión delirante, con alto riesgo de suicidio, con negativa a la ingesta y rebeldes al tratamiento. Suele tolerarse bien, incluso en pacientes frágiles o con demencia. Su principal efecto secundario es la amnesia retrógrada, o el deterioro cognitivo leve en pacientes que han necesitado más de 5 sesiones.

Trastornos de ansiedad

Los estados de ansiedad son una de las afecciones psiquiátricas más frecuentes, y sin embargo, siguen estando entre las menos estudiadas en el campo de la psicogeriatría.

Los estados de ansiedad generan un fuerte impacto en la calidad de vida de la persona, ya que afectan a la funcionalidad, determinando situaciones de dependencia precoz y aumentando la carga asistencial. Se asocian a una mayor mortalidad a causa de patología cardiovascular o por causas no naturales, como los accidentes.

Definición

La ansiedad, el miedo, la neurosis, son términos que se utilizan de forma sinónima e indistinta y, sin embargo, hacen referencia a conceptos diferentes.

La ansiedad es un estado afectivo que se caracteriza por un aumento de la preocupación/sufrimiento.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Consiste en una sensación de aprensión, desagradable y vaga, de aparición aguda y transitoria, que se acompaña de una activación del sistema nervioso autónomo. Este estado actúa como un mecanismo de alerta ante una situación percibida como una amenaza. Hay que diferenciarla del miedo, ya que este es la reacción desencadenada por una amenaza real y conocida, mientras que la ansiedad teme a lo desconocido. La conducta de evitación es propia del miedo y no de la ansiedad, por haber un estímulo que lo desencadena.

El término neurosis se encuentra actualmente en desuso. Se refería a trastornos del sistema nervioso periférico y se manifestaba como mareos, desmayos, rabia, crisis histérica, melancolía o manía.

Factores de riesgo

La depresión mayor es uno de los más importantes.

Acontecimientos vitales estresantes, como un atraco, el fallecimiento de un hijo...

Existen enfermedades que se asocian con ansiedad: cardiovasculares: arritmias, taquicardia paroxística supraventricular, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica; neurológicas: deterioro cognitivo, demencias, enfermedad de Parkinson, patología cerebrovascular, agorafobia (miedo a espacios abiertos o multitudes) aparece con frecuencia tras un accidente cerebrovascular, epilepsia, tumores; respiratorias, sobre todo si se asocia alteración del sueño: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se asocia a trastorno de pánico, asma, neumonía, el tromboembolismo pulmonar cursa con ansiedad aguda; endocrinas: diabetes, hipoglucemia, alteración tiroidea, paratiroidea, abuso o abstinencia de sustancias como el té, café, alcohol, infusiones de azahar, valeriana.

Fármacos productores de ansiedad: broncodilatadores, como la teofilina y el salbutamol, benzodiazepinas (dificultan la respiración y exacerban la disnea), corticoides, descongestionantes nasales, la tiroxina, antieméticos, antivertiginosos, antagonistas del calcio, anticolinérgicos, haloperidol (ansiedad además de acatisia e inquietud), la levodopa, o la interrupción brusca de ansiolíticos crónicos, cuya abstinencia puede llegar a ser grave.

Clínica

Tiene tres componentes:

1. Cognitivo, que incluye la sensación subjetiva de nerviosismo, aceleración, temor, peligro, aprensión, preocupación, inseguridad, descontrol y anticipación de daños imaginados.
2. Conductual, que incluye un estado de inquietud, hiperactividad, evitación, tensión, temblor.

3. Somático, como expresión de la hiperactividad autonómica, con taquicardia, hiperventilación, opresión torácica o precordial, vértigo, náuseas y otras alteraciones digestivas, polaquiuria (aumento de la frecuencia en ir a orinar), sudoración, parestesias, cefaleas, sequedad de boca.

Algunos autores lo denominan a esta parte más física o vegetativa: crisis de angustia, sensación aguda de miedo o malestar intenso, acompañada de síntomas vegetativos, como palpitaciones, elevación de la frecuencia cardiaca, sudores, temblores, sensación de ahogo, disfágica, sensación de inestabilidad, mareo, sensación de irrealidad, miedo a caerse, a morir, a perder el control o a volverse loco, sensación de parestesias u hormigueos, escalofríos, sofocos, visión borrosa...

Pueden tener una duración de 10-15 minutos, pueden tener relación con una situación concreta o bien espontáneamente, sin relación con ninguna situación.

Fobias: consiste en el temor excesivo o irracional con relación a determinados objetos o situaciones y generan una conducta de evitación. Constituyen los trastornos de ansiedad más frecuentes de inicio en la edad tardía. Los temores fóbicos pueden ser desencadenados por cualquier situación u objeto, pero los más habituales son los relacionados con animales, fenómenos atmosféricos o ambientales (alturas, tormenta, agua...), los situacionales (aviones, ascensores, recintos cerrados...) y los relacionados con la sangre, las inyecciones y las heridas. La agorafobia, temor a espacios abiertos o multitudinarios por la dificultad para salir o escapar de un lugar si sobreviene la crisis, es la fobia más frecuente de inicio tardío. Suele estar ligada a acontecimientos traumáticos, como una caída, o al desarrollo de enfermedades.

Como formas de fobia social más típica estarían el miedo a escribir en público y el miedo a comer en público, relacionado con la existencia de temblor o la necesidad de prótesis dentales que dificultan estas tareas.

El miedo a caerse constituye uno de los miedos más frecuentes y se considera una complicación del síndrome poscaída. Suele llevar a una importante restricción de las actividades, lo que constituye en sí mismo una pérdida de masa muscular, alteraciones del equilibrio y marcha, y por tanto, factor de riesgo de nuevas caídas, generando así un círculo vicioso.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG): es el segundo en frecuencia en ancianos, sobre todo en mujeres. Es un estado crónico de preocupación y temor exagerado y generalizado, sin relación con nada y difícil de controlar por el propio individuo. Se asocia con situación de estrés ambiental crónico, con discapacidad y un marcado deterioro de la calidad de vida.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC): aparecen ideas, imágenes o impulsos mentales desagradables, que pueden presentar diferente contenido o temática. Por ejemplo: la moralidad, la religión, la contaminación...

Valoración de la ansiedad a través de una historia clínica meticulosa.

Enfermedades y situaciones compañantes: la depresión es el principal problema comórbido de la ansiedad, consumo de benzodiazepinas, demencia, insomnio.

Tratamiento

Abordar la comorbilidad, las condiciones médicas, los fármacos, el estado cognitivo.

La base del tratamiento es un adecuado diagnóstico diferencial y la aplicación de terapias biológicas: terapia cognitivo-conductual y psicoterapéuticas. Los ajustes psicosociales pueden resultar suficientes para resolver el problema. Este puede precipitarse por discapacidades físicas, por lo cual hay que evitar el deterioro funcional. Las técnicas cognoscitivas, de autocontrol y de relajación también son útiles.

Regla básica: tratamiento individualizado para cada paciente, según sean los síntomas agudos, crónicos, primarios o secundarios. En este último caso el abordaje terapéutico irá dirigido a corregir la causa, bien sea física o ambiental.

La norma es evitar fármacos de vida media larga con riesgo de acumulación, fármacos con potencial arritmogénico o aquellos con efectos anticolinérgicos.

Benzodiazepinas

Son los fármacos más prescritos, especialmente en las mujeres. Se asocia con sedación excesiva, confusión, ataxia, fallos mnésicos, riesgo de caídas, fracturas y accidentes. Además su uso puede producir un efecto paradójico con síntomas de ansiedad y agitación. También fenómenos de tolerancia, abuso y dependencia. Las de vida media más corta son oxazepam y lorazepam. Alprazolam tiene mucho riesgo de habituación y mayor efecto rebote. El triazolam, de vida media ultracorta, puede provocar mayor deterioro cognitivo, disfunción cerebelosa, amnesia, confusión y agitación.

Antidepresivos, antipsicóticos

Pregabalina: el inicio de la actividad ansiolítica es dentro de la primera semana, siendo este periodo de latencia más rápido que los antidepresivos. Tiene un potencial para evitar recaídas de TAG. Es un tratamiento de primera línea para la ansiedad del anciano. Dosis de 25 a 600 mg/día.

Propranolol: útil en pacientes con sintomatología vegetativa. Dado que es un beta-bloqueante, es necesario monitorizar la frecuencia cardiaca y la presión arterial, y tener en cuenta las contraindicaciones en broncopatía obstructiva, diabetes mellitus e insuficiencia cardiaca congestiva.

Apatía

Definición

Se define como la pérdida de motivación que afecta a la conducta, a las emociones y a la cognición, y no puede atribuirse a alteración del nivel de conciencia o distrés emocional, manifestándose en comportamientos como falta de iniciativa, indiferencia, pérdida de interés, pobre respuesta emocional y escasa socialización.

En la enfermedad de Alzheimer aparece precozmente con los primeros síntomas y tiende a cronificarse persistiendo a lo largo de la progresión de la enfermedad.

Con frecuencia se acompaña de anosognosia, es decir, que el paciente no es consciente de sus déficits.

Valoración

Para su valoración se han usado distintos instrumentos, algunos de los cuales se han diseñado específicamente para medir la apatía, mientras que otros forman parte de baterías más amplias. La escala de evaluación de la apatía puntúa la falta de iniciativa, la indiferencia emocional y la pérdida de intereses, además de una puntuación global de la apatía.

En el *Neuropsychiatric Inventory* (NPI) se valora su existencia, frecuencia y gravedad, así como la molestia que produce en el cuidador.

Al hacer el diagnóstico de la apatía hay que tener en cuenta diversos factores que lo dificultan. En primer lugar debemos diferenciar si el paciente presenta falta de motivación para iniciar una actividad, o si debido al deterioro cognitivo tiene pérdida de habilidad que le hace incapaz de realizarla o le produce frustración intentarlo. Por lo tanto, debemos centrar la valoración en las actividades que el paciente aún es capaz de realizar y valorar más la actitud general y la conducta de iniciar la actividad que el resultado. En segundo lugar hay que tener en cuenta la personalidad premórbida y los intereses socioculturales, que influyen en la forma de presentación de la apatía.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Por último, es importante distinguir entre apatía y depresión. Ambas comparten rasgos clínicos como la pérdida de interés, retardo psicomotor y con frecuencia coexisten, por lo que es difícil el diagnóstico diferencial.

Síntomas de apatía y depresión

- **Síntomas de apatía:**

- Pérdida de motivación e iniciativa.
- Falta de persistencia.
- Indiferencia emocional o disminución de reactividad emocional.
- Disminución de relaciones sociales.

- **Síntomas de depresión:**

- Tristeza.
- Autocrítica.
- Sentimiento de culpa.
- Pesimismo.
- Desesperanza.
- Trastornos del sueño.
- Ideación suicida.

- **Síntomas comunes:**

- Pérdida de interés.
- Retardo psicomotor.
- Fatiga.

Impacto sobre el paciente y el cuidador

La apatía tiene importantes consecuencias para el paciente y su familia, porque el paciente apático requiere más asistencia y apoyo, dada su dependencia

de otros para realizar actividades, aunque sean capaces de realizarlas por sí mismos. La apatía, por tanto, se asocia al deterioro funcional, produciendo una importante sobrecarga y depresión en los cuidadores, que pueden interpretar este síntoma como una conducta de oposición y considerar que el paciente se ha vuelto descuidado, insensible y poco afectuoso.

La apatía se asocia con un peor pronóstico de la enfermedad.

Tratamiento

Se han empleado agentes dopaminérgicos, psicoestimulantes (metilfenidato), antidepresivos e inhibidores de la acetilcolinesterasa.

Además de los tratamientos farmacológicos, las intervenciones sobre los cuidadores son muy beneficiosas para optimizar el funcionamiento de los pacientes apáticos. Es necesaria una educación para que el cuidador comprenda las causas del comportamiento del paciente, que con frecuencia es catalogado de perezoso o poco colaborador y suplir su falta de iniciativa con sugerencias o estableciendo una rutina para las actividades diarias.

Trastornos del sueño

Introducción

Las alteraciones del sueño son muy comunes en pacientes de edad avanzada e inciden de un modo importante tanto en el estado general de salud como en el sentimiento de bienestar. Las personas mayores suelen referir dificultad para conciliar o mantener el sueño. Hasta el 50% de los ancianos expresa quejas relacionadas con el sueño, con consecuente consumo de hipnóticos elevado.

Los cambios en el sueño relacionados con la edad se atribuyen al estrés psicológico (duelo, jubilación, falta de actividad), enfermedades orgánicas o psiquiátricas (ansiedad, demencia, depresión) o efectos adversos de los fármacos. Generalmente se produce la coexistencia de varios de estos factores.

Para una detección selectiva de estos trastornos preguntaremos:

¿Está la persona satisfecha con su sueño?

¿Interfiere el sueño o el cansancio en sus actividades habituales?

¿Ha observado su compañero de cama o familiares conductas anormales durante el sueño (ronquidos, apneas, movimientos de las piernas)?

Características del sueño

La cronología y la duración del sueño varían con la edad. Se ha demostrado que dormir es una actividad absolutamente necesaria, ya que durante la misma, se llevan a cabo funciones imprescindibles para el equilibrio físico y psíquico, se restablecen los almacenes de energía celular y se consolida la memoria. Los ancianos tienden a dormirse antes y despertar más temprano y a tolerar menos los cambios del ciclo sueño-vigilia. Aunque muchos estudios indican que duermen menos, otros no han observado cambios; las siestas diurnas pueden compensar la disminución nocturna, pero también pueden contribuir a la dificultad para dormir por la noche. El número de desvelos transitorios aumenta con la edad.

La eficacia del sueño o relación entre el tiempo total en la cama y duración del sueño disminuye mucho en la vejez: menos horas de sueño nocturno, con más tiempo en la cama y frecuentes interrupciones del sueño, con aumento del número de despertares.

Estructura del sueño

El sueño no es un proceso pasivo, todo lo contrario, durante este se suceden de un modo cíclico una serie de diferentes estadios caracterizados por patrones neurofisiológicos definidos. En una persona sana el sueño se inicia con varios minutos del estadio 1 NREM seguidos de los estadios 2, 3 y 4. Posteriormente, de nuevo aparece el estadio 1-2 y finalmente a los 60-90 minutos del inicio del sueño aparece la fase REM o sueño de movimientos oculares rápidos. El sueño NREM tiene 4 fases: la 1, el nivel más ligero, y la 4, que es el más profundo o de ondas cerebrales lentas y voltaje alto, ondas delta (comienza a descender desde los 20 años y puede desaparecer a partir de los 70 años). En el adulto el 75-80% del sueño es no REM. El sueño REM se caracteriza por atonía muscular: aumenta la frecuencia y profundidad de la respiración y el tono muscular es más bajo. El 85% de los sueños se producen en fase REM.

En condiciones normales, las fases REM y NREM se alternan durante la noche en 4-6 ciclos. En el anciano se reducen los periodos REM y más en ancianos frágiles.

Insomnio

Se trata del trastorno del sueño más frecuente. Significa: falta de sueño a la hora de dormir. Esta queja puede consistir en dificultad para conciliar o mantener el sueño. Es un síntoma frecuente que aumenta proporcionalmente con edad y afecta más a mujeres.

Clasificación: según su duración puede ser:

- **Transitorio:** varios días, pero dura menos de 1 semana. Estrés agudo, hospitalización, cirugía, duelo...).
- **Agudo o corto plazo:** 1-4 semanas: estrés prolongado, nuevo fármaco o su supresión; trastorno agudo orgánico o psicológico.
- **Crónico:** cuando dura más de 4 semanas y conlleva un deterioro del funcionamiento al día siguiente: vejez, estrés crónico, enfermedad, duelo, fármacos, anomalías psiquiátricas, trastorno primario del sueño.

Insomnio transitorio y psicofisiológico situacional

Es el más frecuente. Se produce ante situaciones agudas de estrés, cambios horarios, etc.

Dura 3-4 días. No suele precisar tratamiento farmacológico, solo medidas complementarias (evitar alcohol, cafeína, hacer ejercicio físico durante el día, orinar antes de acostarse...).

Insomnio psicofisiológico persistente

Suele ocurrir tras situaciones temporales de estrés y se asocia a menudo a la fase inicial de enfermedades. A veces se ignora el insomnio y nos centramos en la enfermedad, por lo que el insomnio termina haciéndose autónomo. El paciente identifica la habitación como "el sitio en el que no puede dormir". Pensar en ir a la cama le produce ansiedad. Duermen mejor de vacaciones y en casa de otras personas.

Estos pacientes suelen responder mal al tratamiento. Se suele utilizar la técnica de "control del estímulo": usar solo la cama para dormir y actividad sexual; si después de 10 minutos no ha conseguido dormir, debe levantarse. Los mayores con dificultad para dormir presentan con más frecuencia ansiedad y depresión.

Insomnio asociado a depresión

El insomnio es el síntoma más frecuente de la depresión. Lo típico es el despertar precoz con incapacidad para conciliar de nuevo el sueño. En depresiones "atípicas" podemos encontrar insomnio de conciliación. Suele ceder al tratamiento antidepressivo.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Insomnio asociado al uso de fármacos

Diuréticos, vasodilatadores, difenilhidantoína, alcohol, teofilinas, antagonistas del calcio, alfa-metildopa, broncodilatadores β_2 adrenérgicos, benzodiazepinas (efecto paradójico), antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), simpaticomiméticos, antineoplásicos, hormonas tiroideas, pirazetam, corticotropina (ACTH), corticoides, L-dopa, anticolinérgicos, fluoxetina...

Causas: es un fenómeno multifactorial. Existen factores que pueden predisponer al insomnio:

- Casi todos los trastornos médicos: las enfermedades cardiopulmonares, el dolor asociado a múltiples patologías, la nicturia, las enfermedades cerebrovasculares o degenerativas del sistema nervioso. Por otra parte, la somnolencia diurna que acompaña con frecuencia al insomnio aumenta de forma importante el riesgo de caídas. Las personas mayores también presentan déficit de atención y memoria como resultado de un sueño pobre y escaso, síntomas que podrían ser malinterpretados como propios del deterioro cognitivo. Además de las enfermedades somáticas y psíquicas, los malos hábitos:
 - Horarios rígidos, ambiente: luminosidad, ruidos, temperatura, camas incómodas, falta de privacidad, consumo de alcohol, nicotina, café...
 - Hospitalización (ruidos, tomas de constantes, administración de tratamientos...).

310

SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la causa subyacente se basa en la historia clínica, interrogatorio específico, consumo de fármacos, alcohol y tabaco, enfermedades simultáneas, grado de estrés y de actividad física.

El diagnóstico de insomnio crónico requiere que la sintomatología se mantenga al menos durante 1 mes y que conlleve un deterioro del funcionamiento al día siguiente.

La incapacidad para mantener el sueño, con despertares que duran más de 30 minutos y desvelo a primera hora de la mañana, o despertar precoz, como mínimo 2 horas antes de lo habitual para el paciente, o un tiempo total de sueño menor de 6 horas, es muy habitual en la depresión.

La dificultad para iniciar o conciliar el sueño en general más de 30 minutos, desvelos nocturnos frecuentes, cansancio durante el día, irritabilidad, problemas de concentración o rendimiento son síntomas frecuentes.

Se debe remitir al especialista en caso de no encontrar la causa y que sea refractario al tratamiento o si se sospechan movimientos periódicos de las piernas (MPP), apneas o alteraciones del ritmo circadiano.

TRATAMIENTO

Explicar que es normal que el sueño sea más liviano, fragmentado y ligeramente más corto.

Tiene que hacerse desde un punto de vista integral, intentando abordar todos los factores contribuyentes.

Medidas no farmacológicas de higiene del sueño

Encaminado a la mejora del patrón del sueño, mediante los cambios en los hábitos deficientes y la promoción de mejores prácticas de higiene del sueño:

Tratamientos de psicoeducación, es decir, dar al paciente una explicación comprensible acerca de su problema y las medidas para resolverlo.

- Práctica de ejercicio físico regular, pero evitarlo antes de acostarse.
- Tratamiento con luz brillante (fototerapia) durante el día: intenta retrasar la fase del sueño.
- No ir a la cama hasta que no tenga sueño.
- El dormitorio debe utilizarse para dormir y tener relaciones sexuales. Evitar utilizarlo para leer, ver la TV, escuchar la radio, comer...
- Si a los 20-30 minutos no se concilia el sueño, levantarse y hacer alguna actividad relajante.
- El objetivo es restablecer la conexión psicológica entre dormitorio y dormir.
- Una misma hora para levantarse en las mañanas.
- Reducir el horario de siesta a un máximo de 30 minutos justo al inicio de la tarde.
- Dietas hipocalóricas para personas obesas. El hambre puede dificultar el dormir. Comer en exceso también. Evitar comidas copiosas y bebidas estimulantes. Limitar el consumo de líquidos por la tarde si hay prostatismo o incontinencia.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- No acostarse hasta que pasen 2 horas aproximadamente después de la cena.
- Evitar consumo de alcohol, al menos por la tarde, ya que produce despertares precoces, fragmenta el sueño y disminuye el tiempo total de sueño. Evitar consumo de café, por lo menos durante la tarde. Evitar consumo de tabaco.
- No estar en la cama más de 8 horas.
- Ambiente relajado: comodidad de la cama. Evitar la luz y ruidos. Los ruidos intensos ocasionales dificultan el dormir. Es falso que una habitación fría facilite el dormir. Mantener la habitación a una temperatura adecuada.
- Evitar estímulos mentales: discusiones familiares, económicas...
- Terapias de restricción de sueño: acortar el tiempo de cama al tiempo de sueño real.

El beneficio de estos tratamientos ha sido demostrado a largo plazo.

Tratamiento farmacológico

312

Si es transitorio, no suele requerir tratamiento, o bien la dosis eficaz más baja del fármaco más seguro.

Los principios que deben regir el tratamiento del insomnio son los siguientes:

- Hay que evitar la utilización crónica de benzodiazepinas, hipnóticos, antihistamínicos.

No debemos olvidar:

- Los cambios fisiológicos del sueño relacionados con el envejecimiento no mejoran con la administración de hipnóticos. Su uso conlleva riesgo de caídas, confusión, agitación y fracturas.
- El riesgo de interacción en ancianos es muy alto por la polifarmacia.

Si es imprescindible su uso, se hará durante un corto periodo de tiempo, es decir, menos de 4 semanas, e incluso de forma intermitente 8 semanas como máximo (tres veces por semana).

1. Benzodiazepina (BDZ) de acción corta, a dosis baja, seguido de administración intermitente y retirada. Este tratamiento debe estar supervisado y con

la dosificación recomendada. Estaría indicado lorazepam, a la dosis más baja que induzca y mantenga el sueño. La eliminación y metabolización están disminuidas y pueden dar lugar a efectos diurnos con facilidad (por ejemplo, sedación diurna y déficit cognitivo).

2. Empleo de la mínima dosis eficaz de un hipnótico (zopiclona, zolpidem o zaleplon): sustancias químicamente diferentes a las BDZ, pero actúan sobre los mismos receptores.

Comenzar utilizando la mitad de dosis terapéutica en el caso de los ancianos.

Tratamiento a corto plazo (uso limitado a 35 días o menos) o tratamiento discontinuo en el caso del insomnio crónico. Indicados para el insomnio de conciliación y para disminuir los despertares nocturnos. Su administración queda en segundo lugar tras las BDZ, por los efectos secundarios similares, siendo los más frecuentes los gastrointestinales.

3. En el anciano existen otros fármacos usados para el insomnio: los antidepresivos, como la mirtazapina o la trazodona, que es quizá el más utilizado. La dosis recomendada es de 50 a 100 mg, a la hora de acostarse. Es el fármaco de elección en el insomnio de los pacientes con demencia. Como efecto secundario puede aparecer la hipotensión ortostática.
4. Neurolépticos. En pacientes con grave situación somática o deterioro cognitivo, demencia o síndrome confusional. Puede administrarse risperidona o quetiapina.
5. Clometiazol. Es la fracción tiazólica de la vitamina B₁. Es hipnótico y sedante.
6. Otros. Puede administrarse melatonina (en ancianos se ha demostrado una disminución de esta hormona, que se ha correlacionado con los trastornos del sueño, y puede estar indicado en el insomnio crónico), antihistamínicos como doxilamina o difenhidramina, y/o infusiones de valeriana, espino blanco, pasionaria, amapola de California o melisa.

Trastornos del ritmo circadiano del sueño

Se caracterizan por la presencia de un sueño relativamente normal que ocurre fuera del horario normal. Hay varios tipos:

- **Síndrome de la fase de sueño adelantada:** se duerme y se despierta antes de lo deseado. Es el más frecuente en ancianos. Si, por lo que sea, se acuestan más tarde, sufren un déficit de sueño, ya que su ritmo circadiano les despierta igualmente pronto. Una menor exposición a la luz y una pobre

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

actividad física, junto con los cambios intrínsecos en la regulación del sueño y una predisposición genética, contribuyen a este trastorno en los mayores.

- **Retraso de la fase de sueño:** se duerme y se despierta más tarde de lo deseado.
- **Síndrome de ciclo no de 24 horas:** mayor o menor.
- **Patrones de sueño-vigilia irregulares:** se duerme y se despierta a horas irregulares.

Los hipnóticos a dosis muy bajas y breve tiempo pueden ayudar a regular el ciclo, suspender en 7-10 días. También son eficaces los cambios graduales en la hora de acostarse y levantarse.

Somnolencia diurna excesiva

Generalmente son personas que no duermen durante la noche. Si es excesiva y no se resuelve a pesar de dormir más por la noche hay que valorar la posibilidad de una apnea del sueño, síndrome de las piernas inquietas, movimientos periódicos de las piernas o mioclonus nocturno. Fármacos: antihistamínicos, hipotensores, antidepressivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes y analgésicos.

Suelen quejarse de cansancio, letargia y problemas con la memoria y capacidad de concentración.

Evaluar cuidadosamente las causas.

Parasomnias

Movimientos y conductas que se producen durante el sueño.

Pueden ser síndrome de las piernas inquietas y de movimientos periódicos de los miembros, trastorno de conducta durante el sueño REM.

Estos pacientes tienen sueños vívidos, conductas vigorosas durante el sueño, que pueden incluso lesionarlos.

Síndrome de las piernas inquietas (SPI)

Sensación incómoda en una o ambas piernas, disestesias, que los pacientes describen como si les pincharan alfileres en las piernas con una urgencia irresistible de moverlas; se alivia con movimiento o masaje. Se manifiesta inmediatamente antes de acostarse o si se está despierto en la cama; hace difícil

conciliar el sueño; difiere de los calambres nocturnos (dolor y espasmo de los músculos de las pantorrillas durante la noche). Los síntomas empeoran en situaciones de reposo,

La fisiopatología no es conocida, aunque se especula que existe una disfunción dopaminérgica, disregulación en la homeostasis del hierro. Es interesante obtener una ferritina sérica, pues una cifra baja apoyaría el diagnóstico y sugeriría la necesidad de poner suplementos.

La clínica consiste en insomnio, sobre todo de mantenimiento, e hipersomnolencia diurna.

Tratamiento: tranquilizar al paciente, mejora al caminar y con el estiramiento o masaje de las piernas; agonistas dopaminérgicos, levodopa/carbidopa, ropirinol, pramipexol, pregabalina, han demostrado su eficacia.

Movimientos periódicos de los miembros durante el sueño (MPMS)

“Mioclonía nocturna”

Movimientos repetitivos, sobre todo de las piernas, que se producen durante el sueño.

La incidencia aumenta con la edad, con un 45% de afectados mayores de 65 años, aunque la mayoría no son conscientes.

Se desconoce la etiología, aunque se asocia con la disminución de receptores de dopamina con la edad, ya que la administración de carbidopa-levodopa reduce el número de movimientos.

En los casos típicos se expresan como flexión unilateral o bilateral del primer dedo del pie, flexión rápida del tobillo, flexión parcial de rodilla y cadera. Dura 2-4 segundos, y a veces se repite cada 20-40 segundos.

Puede causar insomnio o excesiva somnolencia diurna.

Tratamiento: carbidopa-levodopa a dosis bajas, administración por la noche. Si no resulta eficaz: benzodiazepinas o bromocriptina.

Trastornos del sueño y respiración

APNEA DEL SUEÑO. SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAOS)

Se produce como consecuencia de una obstrucción de la vía aérea. Es la más habitual entre los ancianos. Se observa en obesos y en decúbito supino. Es

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

más frecuente en hombres. El alcohol o los hipnóticos pueden precipitarla o agravarla.

Se observa en el 24% de ancianos en su domicilio, 33% en hospitalizados y 42% en Residencias.

Se trata de una situación en la que la persona para de respirar mientras duerme. Esta apnea (cese completo de la respiración) o hipopnea (disminución parcial de la respiración) debe durar un mínimo de 10 segundos y da lugar a una hipoxemia y a cambios en el sistema nervioso autónomo, dando lugar a un aumento de la tensión arterial sistémica y, como consecuencia, cambios en el flujo sanguíneo cerebral. Esta situación es la causa de la somnolencia al día siguiente, dificultades en la realización de actividades instrumentales y fallos de memoria, más relevantes si existe alteración cognitiva previa.

La causa puede ser obstructiva, central o mixta. Es más frecuente en mayores, de sexo masculino y en pacientes con demencia.

Síntomas y signos

Hipopnea o apnea completa. Respiración anormalmente lenta y superficial. En el episodio apneico, la respiración se detiene durante más de 10 segundos. El paciente realiza esfuerzos diafragmáticos para superar la obstrucción, a pesar de ello puede haber hipoxia marcada, hipertensión sistémica o pulmonar o arritmias cardíacas. Puede acompañarse de ronquidos y gruñidos. Para reasumir la respiración normal, el paciente se despierta (sin darse cuenta) y pasa un tiempo excesivo en las etapas de sueño más ligero, y al día siguiente está cansado.

Diagnóstico

Cuestionarios, información de familiares o compañero de cama o habitación, observación directa... El diagnóstico definitivo se hace a partir de la polisomnografía, midiendo el índice de apneas hipopneas (AHI): polisomnografía nocturna ambulatoria. La oximetría nocturna (oximetría de pulso durante la noche) puede ayudar en el diagnóstico, determinando el tiempo que pasa el paciente con saturaciones menores del 90%.

Pronóstico y tratamiento

Puede producir angina (o agravarla), insuficiencia renal, ictus, infarto agudo de miocardio, alteración cognitiva, impotencia, hipertensión, depresión...

El aumento de la morbimortalidad es significativo cuando se producen más de 10 episodios por hora. Sin tratamiento tiene una morbimortalidad significativa.

Tratamiento: comenzar con medidas no farmacológicas, como la pérdida de peso, la retirada de alcohol, tabaco, fármacos que deprimen el sistema nervioso (interrumpir hipnóticos), o medidas posturales a la hora de dormir, como el decúbito lateral.

El tratamiento con presión positiva continua nasal (CPAP) resuelve la mayoría de los casos. Se usa el CPAP, es el tratamiento definitivo, y no se recomienda con AHI menor de 15. Es un aparato que incrementa la capacidad residual funcional de los pulmones, mejora la actividad dilatadora de la faringe y reduce la poscarga del corazón empleando una mascarilla de presión continua durante el sueño. En las formas intermedias se recomiendan dispositivos orales para mantener la lengua en posición anterior o el de avance mandibular.

En contados casos la solución puede ser quirúrgica: traqueostomía en casos muy graves es totalmente eficaz, o bien la uvulopalatofaringoplastia, es útil en menos del 50%, agrandando el espacio faríngeo por eliminación de exceso de tejido. También la cirugía con láser alivia los ronquidos, pero puede no disminuir el número de episodios.

APNEA DEL SUEÑO CENTRAL

Por pérdida de esfuerzo respiratorio.

Causas: enfermedad neurológica (ictus), enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, uremia...

Tratar la enfermedad subyacente. El O₂ reduce la hipoxemia asociada. También se ha usado la acetazolamida como inhibidor de la anhidrasa carbónica.

- El uso crónico de hipnosedantes disminuye los estadios 3, 4 y REM del sueño y su eficacia disminuye transcurridos unos 30 días.
- El CPAP no es un tratamiento adecuado para la apnea central.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. DSM-IV-TR-. Barcelona: Masson, 2002.
- Belloch, Sandín y Ramos. Manual de psicopatología. Vol. I y II. Madrid: McGraw-Hill, 2008.
- Bermejo Boixareu C, Rodríguez Salazar J. Manual terapéutico en Geriatria. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid: Ed. IMC, 2013.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Blazer DG, Steffens DC. Tratado de psiquiatría geriátrica. Barcelona: Elsevier, 2010.
- Gil Gregorio P. Manual del residente en Geriatria. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid: Ed. Grupo ENE Life, Grupo Marte, 2011.
- Gil Gregorio P. Tratado de Neoropsiquiatria. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid: Ed. Ergon, 2010.
- Martín Carrasco M, Agüera-Ortiz L, Caballero Martínez L, et al. Consenso de la SEPG sobre la depresión del anciano. Actas Esp Psiquiatr 2011; 39(1):20-31.
- Morgan K. Sueño, envejecimiento e insomnio en la tercera edad. En Brocklehurst's. Geriatria. Madrid: Marban, 2005; 1.367-80.
- Sánchez Jurado P, Bardales Mas Y, Hernández Zegarra PA. Trastornos afectivos y del sueño en el anciano. En Abizanda Soler. Medicina Geriátrica. Barcelona: Elsevier, 2012; 257-67.

Pedro Gil Gregorio

Cuidados específicos a personas con Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer (AD, en inglés) es una enfermedad irreversible y progresiva del cerebro que lentamente destruye la memoria y las aptitudes del pensamiento, y con el tiempo, hasta la capacidad de llevar a cabo las tareas más simples. En la mayoría de las personas afectadas con esta enfermedad, los síntomas aparecen por primera vez después de los 60 años de edad. El Alzheimer es la causa más común de demencia en las personas mayores. La demencia es la pérdida del funcionamiento cognitivo, o sea, pensar, recordar y razonar, a tal grado que interfiere con la vida y las actividades diarias. Las placas y los ovillos en el cerebro son dos de las características principales de esta enfermedad. La tercera característica es la pérdida de las conexiones entre las células nerviosas (las neuronas) y el cerebro.

Las personas con AD tienen problemas de memoria e impedimentos cognoscitivos (dificultades para pensar y razonar), y eventualmente no tendrán capacidad de cuidar de sí mismas. Pueden experimentar confusión, pérdida del juicio y dificultad para encontrar las palabras, completar las ideas o seguir instrucciones. También pueden experimentar cambios de personalidad y comportamiento. Por ejemplo, pueden tornarse agitadas, irritables o muy pasivas. Algunas pueden deambular fuera de casa y perderse. Es posible que no puedan diferenciar entre el día y la noche, y que se levanten, se vistan y salgan de la casa en medio de la noche, convencidas de que el día acaba de empezar. Pueden sufrir pérdidas que afectan a la visión, al olfato o al gusto.

Estas incapacidades son muy difíciles, no solamente para la persona que padece de AD, sino para quien la cuida, para la familia y para otros seres queridos. Aunque el reto sea grande, los encargados del cuidado de la persona enferma necesitan los recursos y la reafirmación de que existen acciones específicas que se pueden tomar para reducir algunos de los riesgos de seguridad que acompañan a la enfermedad de Alzheimer.

Cuidar a una persona que tiene la enfermedad de Alzheimer es una tarea difícil y algunas veces puede volverse agobiante. Cada día trae nuevos desafíos porque la persona encargada de proporcionar los cuidados tiene que enfrentarse a los

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

cambios en el nivel de capacidad y a los nuevos patrones de conducta de la persona que tiene Alzheimer. Las investigaciones han demostrado que las personas que proporcionan cuidados frecuentemente tienen ellas mismas mayor riesgo de desarrollar depresión y otras enfermedades, sobre todo si no reciben apoyo adecuado de la familia, los amigos y la comunidad.

Una de las mayores dificultades que enfrentan las personas dedicadas a estos cuidados es el comportamiento difícil de las personas que están atendiendo. Las actividades básicas de la vida diaria tales como bañarse, vestirse o comer, frecuentemente se convierten en tareas difíciles de manejar, tanto para la persona que sufre de Alzheimer como para quien la atiende. Establecer un plan para cumplir con las actividades del día puede facilitar el trabajo de los encargados de cuidar a una persona que tiene Alzheimer. Muchas de las personas que proporcionan cuidados han descubierto que es conveniente utilizar estrategias para manejar las conductas difíciles y las situaciones estresantes. Toda persona con Alzheimer es única y responderá de manera diferente, y cada persona cambia con el transcurso de la enfermedad. Haga lo mejor que pueda, y acuérdesese de tomar descansos.

Comunicación

La comunicación con la persona de Alzheimer conforme avance la enfermedad se hará cada vez más difícil. Estas dificultades irán cambiando desde las situaciones leves hasta los estadios graves, en donde la incomunicación será la gran soledad del cuidador. Tratar de comunicarse con una persona que tiene la enfermedad de Alzheimer puede ser un reto. Entender y ser entendido puede ser difícil. Se pueden establecer unas normas básicas:

- Escoja palabras sencillas, frases cortas y utilice un tono de voz amable y tranquilo.
- Reduzca las distracciones y el ruido, como la televisión o la radio, para ayudar a la persona a concentrarse en lo que usted le está diciendo.
- Mire a la persona a los ojos y llámela por su nombre, asegurándose que tiene su atención antes de hablarle.
- Permítale suficiente tiempo para responder. Tenga cuidado de no interrumpirle.
- Si la persona con Alzheimer está luchando por encontrar una palabra o comunicar un pensamiento, trate amablemente de proporcionarle la palabra que está buscando.
- Trate de presentar las preguntas e instrucciones de una manera positiva. Preste atención a las preocupaciones de la persona, aunque sea difícil entenderla.

Aseo

En ocasiones, en la higiene personal el paciente puede ser agresivo; otras veces su carácter se vuelve depresivo. La confusión y el miedo pueden estar presentes en muchas actividades relacionadas con el aseo. Planear por adelantado puede ayudar a que el momento del baño sea mejor tanto para el paciente como para usted. Las siguientes se consideran normas básicas para hacer de esta actividad una situación placentera:

- Planee el baño o la ducha para la hora del día en que la persona está más tranquila y afable. Sea constante y trate de desarrollar una rutina.
- Respete el hecho de que el baño produce miedo y es incómodo para algunas personas con la enfermedad de Alzheimer. Sea amable y respetuoso. Tenga paciencia y calma.
- Dígale a la persona lo que usted va a hacerle, paso por paso, y permítale hacer por sí misma todo lo que le sea posible.
- Tenga en cuenta la temperatura del baño. Si es necesario, caliente el cuarto de antemano y mantenga cerca toallas extras y una bata de baño. Pruebe la temperatura del agua antes de empezar el baño o la ducha.
- Reduzca los riesgos utilizando una ducha de mano, un asiento para la ducha, barras para agarrarse y alfombras no resbaladizas para la bañera. Nunca deje a la persona sola en el baño o en la ducha.

Vestido

Vestirse supone una serie de retos: escoger qué ropa ponerse, quitarse y ponerse la ropa, y dificultades con los botones. Reducir esos retos puede facilitar la tarea.

- Trate que la persona se vista a la misma hora todos los días, para que eso se convierta en parte de la rutina diaria. Anime a la persona a que se vista sola hasta el grado que sea posible. Planee y permita suficiente tiempo para que no haya presión o prisas.
- Permítale escoger de una selección limitada de prendas. Si la persona tiene un conjunto de prendas favorito, considere comprarle varios juegos idénticos.
- Organice la ropa en el orden en que se la debe poner para ayudarle a la persona a seguir los pasos del proceso.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Entréguele a la persona una prenda a la vez, o dele instrucciones claras paso a paso, si la persona necesita ayuda.
- Escoja ropa que sea cómoda, fácil de ponerse y quitarse, y fácil de mantener limpia y en buen estado. Los elásticos en la cintura y los cierres de velcro disminuyen las dificultades con los botones y las cremalleras.

Comida

Las personas con Alzheimer no precisan un régimen especial, a no ser por las patologías acompañantes. Los trastornos de la conducta y del comportamiento alimenticio son extraordinariamente frecuentes y deben ser manejados con cautela. Conciba las horas de comidas como oportunidades para la persona que tiene Alzheimer de interactuar socialmente y desenvolverse bien.

- Trate de establecer un ambiente silencioso, tranquilo y sereno a las horas de comer, limitando el ruido y otras distracciones.
- Mantenga rutinas familiares a las horas de comer, pero adapte la situación de acuerdo a las necesidades cambiantes de la persona.
- Dele a la persona opciones de comida, pero limite el número de opciones. Trate de ofrecerle comidas apetitosas que tengan sabores conocidos, texturas variadas y colores diferentes.
- Sírvale porciones pequeñas o varias comidas pequeñas a lo largo del día. Prepare y mantenga a mano bocadillos saludables, alimentos que se puedan comer con las manos y batidos. En las etapas tempranas de la demencia, tenga en mente que es posible que la persona coma más de lo debido.
- Escoja platos y utensilios que promuevan la independencia. Si la persona tiene dificultad para utilizar los cubiertos, use un plato hondo en vez de uno plano u ofrézcale cubiertos con mangos grandes o extendidos. Utilice pajillas o tazas con tapa para que la persona pueda beber más fácilmente.

A medida que la enfermedad avanza, tenga en mente que el riesgo de que la persona se atragante con algo aumenta debido a dificultades al masticar y tragar.

Actividades y ejercicio

La apatía es el trastorno de conducta más frecuente y, en general, poco valorado y que conlleva importantes complicaciones. Debemos estimular a estos pacientes en este sentido; se deben tener presentes las habilidades de las

personas. El practicar ejercicio dentro de la rutina diaria debe considerarse una medida terapéutica de extraordinaria eficacia.

- No espere demasiado de la persona. Las actividades sencillas a menudo son las mejores, sobre todo cuando se usan las habilidades que la persona posee actualmente.
- Ayude a la persona a empezar una actividad. Divida la actividad en pequeños pasos y elogie a la persona por cada paso que complete.
- Esté pendiente de señales de agitación o frustración en el curso de la actividad y ayúdele amablemente o distráigale orientándole hacia algo diferente.
- Trate de incluir a la persona con Alzheimer en el proceso total de la actividad. Por ejemplo, a las horas de comida, anímela a ayudar en la preparación de la comida, a poner la mesa, apartar las sillas o guardar los platos. Esto puede ayudar a mantener las habilidades funcionales, realzar el sentido de control personal y aprovechar eficazmente el tiempo disponible.
- Piense en la clase de actividad física que ustedes dos disfrutaran, como caminar, nadar, jugar tenis, bailar o trabajar en el jardín. Determine la hora del día y el lugar donde ese tipo de actividad funcionaría mejor.
- Permítale a la persona tener tanta independencia como sea posible, aun si eso significa un jardín imperfecto o un juego de tenis sin puntos marcados.

Supervisión y vigilancia nocturna

Conseguir que la persona con enfermedad de Alzheimer tenga su adecuado ritmo de sueño-vigilia es fundamental para su descanso y el de todos sus cuidadores. La llegada del crepúsculo, cuando empieza a anochecer, puede ser un momento difícil. Muchas de las personas con Alzheimer se ponen inquietas, agitadas y malhumoradas alrededor de la hora de la cena. Este fenómeno se conoce como el síndrome vespertino o el síndrome de “*sundowning*”. Lograr que la persona se acueste y permanezca en la cama puede requerir un poco de planificación previa.

- Anime a la persona a hacer ejercicios durante el día y limite las siestas que hace durante el día, pero asegúrese de que la persona está descansando adecuadamente durante el día, ya que la fatiga puede aumentar la probabilidad de la inquietud al atardecer.
- Trate de programar a horas tempranas del día las actividades que requieren esfuerzo físico. Por ejemplo, el baño puede ser realizado en la mañana, o la comida mayor en familia puede ser servida a mediodía.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Establezca un tono quieto y tranquilo en la noche para alentar el sueño. Mantenga las luces bajas, elimine los ruidos fuertes, e incluso ponga música relajante si parece que la persona la disfruta.
- Trate de establecer que la hora de acostarse sea más o menos al mismo tiempo todas las noches. Desarrollar una rutina a la hora de acostarse puede ayudar a lograr eso. Limite el consumo de cafeína.
- Si la oscuridad asusta o desorienta a la persona, use lamparitas de noche en el dormitorio, en el pasillo y en el baño.

Delirios y alucinaciones

A medida que la enfermedad avanza, las personas pueden sufrir alucinaciones y/o delirios. Las alucinaciones ocurren cuando una persona ve, oye, huele, saborea o percibe algo que no existe. Los delirios son creencias falsas que la persona piensa que son ciertas, por ejemplo: delirios de robo, de celos y de abandono. Estos trastornos de conducta se pueden presentar en distintas fases de la enfermedad y suelen ser extraordinariamente disruptivos para los cuidadores.

- Evite discutir con la persona sobre lo que ella ve u oye. Trate de responder a los sentimientos que la persona está manifestando. Confórtela si la persona tiene miedo.
- Trate de distraer a la persona con otro tema o actividad. A veces llevarla a otro cuarto o salir a caminar puede ayudar.
- Apague la televisión cuando estén presentando programas violentos o perturbadores. Puede ser que la persona con Alzheimer no sea capaz de distinguir entre un programa de televisión y la realidad.
- Confirme que la persona está segura y fuera de peligro y que no tiene acceso a ningún objeto que podría usar para hacerle daño a alguien.
- Hable con el médico sobre cualquier enfermedad que la persona haya tenido o sobre los medicamentos que está tomando. A veces, una enfermedad o medicamento puede causar alucinaciones y delirios.

Vagabundeo

Algunas personas que padecen de Alzheimer tienden a deambular y salirse de sus casas o alejarse de quienes las cuidan. Saber qué hacer para limitar esa conducta puede proteger a la persona y evitar que se extravíe y pierda.

- Asegúrese que la persona lleve consigo algún tipo de identificación o que use una pulsera médica.
- Notifique con anticipación a los vecinos y a las autoridades locales que la persona tiene la tendencia de deambular.
- Mantenga una fotografía reciente o un video de la persona con Alzheimer para ayudar a la policía en caso de que la persona se pierda.
- Mantenga las puertas cerradas con llave. Considere la opción de colocar una cerradura que se cierra con llave por dentro, o una cerradura adicional colocada en una parte más alta o más baja de la puerta. Si la persona puede abrir la cerradura porque le es familiar, un nuevo picaporte o cerradura puede ayudar.

Normas generales de seguridad

Los encargados de proporcionar cuidados a las personas que sufren de la enfermedad de Alzheimer frecuentemente tienen que evaluar sus casas de diferente forma para identificar y corregir riesgos de seguridad. Crear un ambiente seguro puede prevenir muchas situaciones peligrosas y estresantes.

- Instale cerraduras de seguridad en todas las ventanas y puertas exteriores, sobre todo si la persona tiene tendencia a deambular.
- Quite las cerraduras de las puertas del baño para impedir que la persona se encierre accidentalmente.
- Use picaportes con seguro, como los usados para la protección de los niños, en los gabinetes de la cocina y en cualquier otra parte donde se guarden productos de limpieza u otros productos químicos.
- Póngale etiquetas a los medicamentos y guárdelos con llave. También ponga los cuchillos, encendedores, fósforos y las armas de fuego en un lugar seguro y fuera de alcance.
- Mantenga la casa ordenada. Quite las alfombras de piso sueltas y cualquier otra cosa que pueda contribuir a una caída.
- Asegúrese de que la iluminación sea buena tanto dentro como fuera de la casa.
- Esté pendiente de cuestiones relacionadas con la seguridad en la cocina y encárguese de remediar cualquier cosa que represente un peligro, por ejemplo, que a la persona con Alzheimer se le olvide apagar la estufa

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

después de cocinar. Considere la instalación de un interruptor automático en la estufa para prevenir quemaduras o incendios.

- Verifique que ha asegurado o guardado cualquier cosa que pueda representar un peligro, tanto dentro como fuera de la casa.

Bibliografía

- Boada M, Tárraga L. Alzheimer: la memoria está en los besos. Barcelona: Ediciones Mayo, 2002.
- Castilla J, Losada A, Izal M, Montorio I. La ayuda a los familiares de pacientes con demencia. En Bermejo F (ed.). Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia. Madrid: Díaz Santos, 2004; 51-65.
- Díaz MA, Domenech N, Elgorriaga C, Elorriaga S, Ortiz A, Pérez MS, Sendagorta B (eds.). En casa tenemos un enfermo de Alzheimer. Caja Madrid. Obra Social. Madrid. 2000.
- Gallagher-Thompson D, Lonergan K, Holland J. Cuidadores familiares que brindan apoyo. En Weiner M, Lipton A (ed.). Manual de enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Buenos Aires: Editorial Panamericana, 2010; 353-67.
- Gil P, Martín J. Demencias. En Sociedad Española de Geriatria y Gerontología para residentes (ed.). Madrid: SEGG, 2006: 173-88.
- Lacarra MA. Cuidados de enfermería en pacientes con demencia. En López Pausa S, Vilalta J, Llinas J (eds.). Manual de Demencias. Barcelona: Prous Science, 2001; 659-81.
- López-Martínez J, López de la Torre R, Torrijos G. El papel de los familiares y cuidadores durante todas las etapas de la demencia del individuo. En López Arrieta J, García FJ (eds.). El anciano con demencia. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriatria, 2007; 219-43.

*Alba García Cuesta
Virtudes Niño Martín*

Persona mayor con ostomía. Sonda nasogástrica. Drenajes

Ostomías

Las ostomías forman parte de los procedimientos quirúrgicos con mayor repercusión sobre los ancianos tanto para quien la tiene como para quien le cuida, debido al deterioro de su imagen corporal, a las complicaciones que puede presentar y a los cuidados que precisa, provocando en muchos casos un cambio de vida que desde su propio punto de vista es desfavorable.

Es la derivación quirúrgica de una víscera (generalmente el intestino o la vías urinarias), para que aflore en la piel, en un punto diferente al orificio natural de excreción, produciéndose un estoma por el cual se derivan al exterior productos de desecho.

Esto provoca una serie de alteraciones en el anciano y su familia a nivel físico, psíquico y social.

Tipos de ostomías

Según su función:

- **Estomas de nutrición:** son una vía abierta de alimentación mediante una sonda en el aparato digestivo.
- **Estomas de drenaje:** son una vía abierta mediante una sonda, manteniendo una acción de drenaje.
- **Estomas de eliminación:** su misión es crear una salida al contenido fecal o urinario.
- **Estomas de ventilación:** están a nivel de tráquea y nos valen para mantener la permeabilidad de la vía aérea.

Según el tiempo de permanencia:

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- **Temporales:** realizadas para que, una vez resuelta la causa que las originó, se pueda restablecer el tránsito intestinal o urinario, la alimentación o la respiración.
- **Definitivas:** son aquellas en las que, bien por amputación completa del órgano afectado o por el cierre del mismo, no puede volver a restablecerse.

Según el órgano implicado:

- **Colostomía:** es la exteriorización del intestino a través de la pared abdominal a la piel, con el objeto de crear una salida artificial para el contenido fecal.
- **Ileostomía:** es la exteriorización del íleon (última porción del intestino delgado) a la pared abdominal.
- **Urostomía:** es una abertura en el abdomen que se realiza para desviar la orina de la vejiga.
- **Nefrostomía:** es la colocación de un catéter en el riñón a través de un pequeño orificio en la piel de la zona lumbar para que la orina salga por él.
- **Gastrostomía:** es la apertura en la pared abdominal a nivel del estómago para la colocación de una sonda que permita nutrir al anciano.
- **Traqueostomía:** es la apertura de la traquea para mantener abierta la vía aérea.

328

Causas

- **Colostomía:** cáncer de colon, recto y ano. Prolapso rectal irreparable.
- **Ileostomía:** obstrucción distal. Cáncer de colon y recto. Enterocolitis necrotizante.
- **Urostomía:** neoplasias urológicas y extraurológicas. Vejiga neurógena. Uropatía obstructiva. Traumatismos.
- **Nefrostomía:** obstrucción de las vías urinarias.
- **Gastrostomía:** dificultad para deglución. Broncoaspiraciones de repetición.
- **Traqueostomía:** obstrucción de la vía aérea superior por la presencia de cuerpos extraños. Tumores. Necesidad de ventilación artificial prolongada.

Dispositivos

PARA COLOSTOMÍA, ILEOSTOMÍA, NEFROSTOMÍA Y UROSTOMÍA

Se utilizan para lograr una recogida cómoda y eficaz de las excreciones intestinales y de la orina. Están formados por una parte adhesiva que se pega alrededor del estoma y una bolsa para recoger los productos de desecho.

Dentro de estos, pueden ser de diferentes tipos:

Dependiendo del tipo de evacuación:

- **Cerrados:** están termoselladas y es necesaria una bolsa para cada utilización.
- **Abiertos:** el extremo inferior está abierto, con lo que la bolsa se puede vaciar. Existen dos tipos: abiertas, que se cierran mediante una pinza, o de urostomía, que se cierran mediante una válvula de vaciado.

Dependiendo del sistema de sujeción:

- **Único:** el adhesivo y la bolsa forman una sola pieza que se coloca directamente sobre la piel.
- **Múltiple:** el disco adhesivo y la bolsa son dos elementos que se presentan por separado. La bolsa se adapta al disco a través de un anillo flexible.

Atendiendo al color:

- **Transparentes:** permiten observar el estoma y ver el contenido.
- **Opacas:** son de color *beige*, más discretas.

La elección de un sistema u otro dependerá del tipo de ostomía.

En el caso de la excreción de heces, dependerá de la consistencia de estas.

Ostomías	Consistencia heces	Tipo de colector
Ileostomía	Líquidas	Abierto
Colon ascendente	Líquidas e irritantes	Abierto
Colon transversal	Semilíquidas/semisólidas	Abierto/cerrado
Colon descendente	Semisólidas/formadas	Cerrado

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

PARA UROSTOMÍA, NEFROSTOMÍA

- Bolsa de urostomía (con válvula de vaciado y válvula antirreflujo, esta es necesaria para evitar que la orina depositada en la parte inferior de la bolsa ascienda y llegue a la inserción del catéter). Existen productos de ayuda:
 - Placas autoadhesivas: con una elevada proporción de hidrocoloides, son altamente absorbentes y protectoras. Muy indicadas para irritaciones de la zona periestomal.
 - Pasta niveladora: se utiliza como pasta hidrocoloides de relleno en pliegues cutáneos o desniveles, para favorecer la adaptación de los dispositivos y evitar fugas. Tiene propiedades regenerativas para la piel.
 - Desodorante: polvos que eliminan el mal olor. Se aplican dentro de las bolsas antes de su colocación.
 - Filtros sueltos: se pegan en la parte superior de las bolsas y luego se perforan con un alfiler. Se utilizan en bolsas que no llevan filtros o bien cuando si necesita una mayor capacidad de filtración.
 - Crema barrera: garantiza el equilibrio del pH cutáneo y actúa como barrera frente a la humedad, reduciendo los efectos irritantes de la orina y heces. Indicada en irritaciones de la zona periestomal.

330

PARA LAS GASTROSTOMÍAS

Se utilizan las sondas percutáneas.

PARA LAS TRAQUEOTOMÍAS

Se colocan cánulas.

Colostomías/ileostomías

La colostomía funcionan como el intestino normal lo haría, excepto que la expulsión de las heces no será por el ano, sino por el estoma realizado en la pared abdominal.

Dado que los nutrientes son absorbidos en el intestino delgado, una colostomía no afecta la capacidad del cuerpo para nutrirse, ya que las funciones del colon son absorber agua, transportar las heces hacia el ano y almacenarlas en el recto hasta que sea necesario evacuar. Cuando una colostomía interrumpe el pasaje de las heces, el almacenamiento se hace menos posible. Cuanto más alto en el colon sea hecha la colostomía, menos tiempo tiene el intestino para absorber agua y mayor probabilidad de que las heces sean más líquidas (o blandas).

Por lo tanto, una colostomía en el colon transverso desechará heces más blandas y voluminosas. Una colostomía cerca del recto desechará heces que han estado más tiempo en el colon y, quitando los efectos de la enfermedad, los medicamentos puede producir heces mejores formadas.

En la ileostomía, al estar afectado el íleon, que es donde se absorben el agua y los nutrientes y se deshacen los alimentos en pequeñas partículas, hace que las heces sean más líquidas y erosivas sobre la piel.

Después de la operación, los pacientes pueden sentir ganas de evacuar y hasta pueden tener escaso desecho de la región anal. Este desecho es moco, sangre, y en algunas ocasiones heces, permaneciendo desde el tiempo de la operación. Si el recto está intacto, continuará secretando moco, que puede evacuarse sin daño alguno cuando se sienta el deseo.

Después de la realización del estoma, este tiende a reducirse de tamaño en los próximos 2-3 meses, la dieta oral se equilibra y el anciano, si es posible, vuelve a realizar sus rutinas habituales. Para ello deberá seguir él mismo o sus cuidadores unas rutinas habituales:

Cuidados generales del estoma en paciente con colostomía/ileostomía:

- **Material necesario:** dispositivos, tijeras, papel higiénico, medidor estoma, esponja suave, jabón neutro, bolsa para recoger el material de desecho.
- **Retirada del dispositivo:** si usamos un dispositivo único, se debe despegar el adhesivo de arriba hacia abajo, sin dar tirones y manteniendo la piel tersa con la otra mano. Si usamos dispositivo múltiple y solo hay que cambiar la bolsa, se retirará de arriba hacia abajo; si hay que cambiar la placa adhesiva, hacerlo igual que si fuera único.

Recordar que se debe cambiar la bolsa cuando esté llena las 2/3 partes; si es único, no debe retirarse más de 2-3 veces al día; si es múltiple, la placa se retirará cada 3-4 días, si no hay ningún problema.

Envolver el dispositivo en bolsa de plástico para evitar olores hasta que se deseche.

- **Limpieza del estoma:** si hay heces, se deben retirar con papel higiénico, pañuelos desechables. A continuación lavar el estoma con la esponja humedecida en agua tibia y jabón neutro sin frotar, haciendo movimientos circulares de fuera hacia dentro. Realizar aclarado. Secar con toalla suavemente. Es conveniente dejar la piel al aire durante unos segundos. Si existe vello alrededor del estoma, se debe cortar, nunca rasurar.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- **Medir el diámetro:** medir el diámetro del estoma con ayuda de un medidor. El dispositivo se deberá ajustar lo máximo posible al diámetro del estoma para prevenir irritaciones cutáneas, se consigue tomando la medida exacta y se evita que el efluente entre en contacto con la piel. Una vez tomada la medida se colocará sobre la placa y se recortará con el diámetro correspondiente.
- **Colocación del dispositivo:** si es posible, es recomendable que el cambio se realice con el anciano de pie. Se retirará el film protector de la placa; si el sistema es *único*, se colocará todo el dispositivo sobre el estoma y se ajustará bien el diámetro a este, alisando la placa para que no queden burbujas; si el dispositivo es *múltiple*, se colocará primero la placa sobre el estoma, igual que se ha mencionado anteriormente, ajustando bien el tamaño del diámetro con este; se tomará la bolsa colectora y se colocará sobre la placa asegurándonos de que encaja perfectamente para evitar fugas. En las bolsas de ileostomía o cuando presentan diarrea, se usan bolsas con pinza o clip, que debe ser cerrado después de su colocación.

Complicaciones del estoma

Pueden surgir complicaciones que deben conocerse para poder tratarlas y comunicarlas con el personal sanitario responsable.

332

ALTERACIÓN DE LA PIEL PERIESTOMAL

- **Dermatitis irritativa:** alteración de la integridad de la piel periestomal, producida por el contacto entre el efluente y la piel periestomal.
- **Dermatitis mecánica:** alteración de la integridad de la piel periestomal, cuando el adhesivo se cambia con demasiada frecuencia o cuando las maniobras de retirada se hacen de forma brusca.
- **Dermatitis de contacto:** por alergia a algún adhesivo concreto.
- **Dermatitis micótica:** alteración de la integridad de la piel periestomal producida por una infección por hongos o bacterias.

Dentro de estas, nos encontramos con dos grados que describimos para poder tratar:

Dermatitis de grado I:

- Eritema: se tratará aplicando cremas de barrera o solución epitelizante.
- Edema: se tratará ajustando al máximo el diámetro del dispositivo al estoma.

Dermatitis de grado II: en este caso aparece erosión, fisura y/o sangrado, para ello usaremos placa hidrocoloide alrededor del estoma; no usar nunca otra pomada o desinfectante (tipo yodo o clorhexidina).

ESTENOSIS

Consiste en un estrechamiento de la luz del estoma dificultando la adecuada evacuación. La estenosis puede ser relativa, si el dedo explorador no pasa libremente a través del estoma, y absoluta, cuando el dedo explorador no pasa a través del estoma. *Cuidados:* dilataciones periódicas del estoma.

RETRACCIÓN

Es el hundimiento del intestino hacia el interior del abdomen por excesiva tensión, relacionado con pobre movilización o aumento de peso del paciente. Se debe adecuar el dispositivo (dispositivos convexos y/o pasta niveladora). Evitar el aumento de peso. Evitar estreñimiento.

PROLAPSO

Es la protrusión del asa intestinal sobre el plano cutáneo del abdomen a través del orificio del estoma. *Cuidados:* valorar la permeabilidad del estoma, así como su coloración. Se puede realizar maniobra de reducción con el paciente en decúbito supino presionando el extremo del intestino hacia el orificio del estoma. Posteriormente se deberá adecuar el dispositivo, que tendrá que abarcar todo el prolapso; dejar espacio suficiente para la recogida de heces y evitar el roce de la mucosa con la bolsa colectora favoreciendo la hemorragia. Si no se resuelve, el tratamiento deberá ser quirúrgico.

HERNIA PEROSTOMAL

Es el fallo o defecto de la pared abdominal protruyendo tanto la ostomía como la piel de alrededor. *Cuidados:* faja para controlar la presión abdominal. Utilización de dispositivo con cinturón. Aconsejar al paciente que evite los esfuerzos físicos y el aumento de peso. Se debe colocar el dispositivo en decúbito supino porque la hernia en esta posición tiende a reducirse.

HEMORRAGIA

Es la pérdida de sangre a través del estoma. *Cuidados:* si es leve, no se debe frotar el estoma durante su limpieza. Si es aguda y abundante, se debe acudir a su médico.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Recomendaciones dietéticas

Es importante que lleve una dieta equilibrada para evitar el aumento de peso y que las heces sean más formadas.

Al principio es mejor comer cantidades pequeñas y realizar más comidas a lo largo del día. Procurar comer en horarios regulares. No implica que el anciano tenga que tomar una dieta triturada, ni que deba comer menos para tener menos heces. Puede tomar cualquier tipo de alimento e ingerir entre 1,5 y 2 litros de agua diarios, si no existe contraindicación médica. Los alimentos deben ser ricos en proteínas, como son los huevos, carnes y pescados; la mejor forma de tomarlos es a la plancha, horno, y se deben evitar los fritos. Es posible que al principio sienta intolerancia a la leche, por ello puede probar con derivados lácteos.

Para prevenir los gases o mal olor se deben conocer qué alimentos se lo provocan para evitarlos, también debe comer despacio y masticar bien los alimentos. Entre los flatulentos podemos encontrar: repollo, cebolla, refrescos con gas, coliflor, y los que producen mal olor son ajo, quesos fuertes, espárragos, coliflor, cebolla, legumbres. Sin embargo, hay alimentos que inhiben el mal olor como son mantequilla, yogur, queso fresco y cítricos.

En caso de *diarrea*: se deben tomar alimentos astringentes, que estén a temperatura ambiente o templados, aumentar los líquidos en cantidades pequeñas y frecuentes en forma de caldo de arroz, infusión de manzanilla, agua de limón (cuidado con anciano que presente dificultad para tragar líquidos, habrá que usar espesante). Si la diarrea no cede con estas medidas y/o aparece fiebre y/o sangre en las heces, se debe consultar con el personal sanitario responsable. Se deben usar bolsas abiertas para poderlas vaciar sin cambiar todo el dispositivo y vigilar que las heces no entren en contacto con la piel.

En caso de *estreñimiento*: se debe fomentar la actividad física si es posible, tomar alimentos ricos en fibra y vigilar que no permanezca más de 48 horas sin realizar deposición o que no haya dolor abdominal; son motivo de consulta con personal sanitario.

Urostomía

El estoma está hecho en la parte de su intestino delgado llamado íleon, el uréter va conectado a un pequeño pedazo de este y sale a través de la piel del abdomen. El estoma debe sobresalir ligeramente de la piel y es normal que presente algo de mucosidad.

Los dispositivos que se usan para este tipo de ostomía son abiertos para poderse conectar a una bolsa de recogida de orina, que podrá ir ajustada a la pierna del paciente o colgada de la silla o cama donde se encuentre.

Cuidados

- Lavado de manos previo a la manipulación de cualquiera de las partes de la urostomía.
- La posición del anciano será de pie, si es posible, y si no, tumbado en decúbito prono.
- Retirar el dispositivo colocado desde arriba hacia abajo manteniendo la piel estirada con la mano contraria, así evitaremos que se derrame la orina sobre la piel. No tirar con fuerza para evitar lesiones.
- Comprobar el estado del estoma para prevenir posibles complicaciones, vigilando que no haya signos de irritación o inflamación (cambios de color o grosor en el estoma; debe ser rosáceo y húmedo).
- Lavar el estoma y su alrededor sin frotar con agua templada y jabón neutro, secar con toalla muy bien y colocar el nuevo dispositivo, previamente hemos medido el estoma y cortado el diámetro en la placa, pegando bien el dispositivo a la piel para evitar aire y arrugas.
- Hay que asegurarse de que está cerrado el grifo de salida si no se va a conectar a una bolsa de diuresis, en caso contrario debe permanecer abierto.
- La bolsa se debe cambiar, en caso de dispositivos únicos, a diario o cada 2 días, según estado del sistema y de la piel; si no está drenando la orina a una bolsa de orina, habrá que cambiarlo siempre que la bolsa supere la mitad de la capacidad. Si se usa dispositivo múltiple, la placa se cambiará cada 3-4 días o cuando se sospeche de fuga o deterioro; la bolsa diariamente o según lo mencionado de su capacidad.

Complicaciones

Se pueden producir:

- En el *estoma*: está morado, gris o negro. Tiene mal olor. Está seco, no presenta la mucosidad propia. La abertura es más grande y permite salir al intestino. Se ha producido una hendidura.
- En la *piel circundante al estoma*: retracción. Presenta erosiones o zonas enrojecidas donde se ha levantado la piel, tiene protuberancias grises, rojas oscuras. Duele, está caliente al tacto. Está hinchada.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- En la *orina*: existe disminución de la orina o presencia de arenilla o hay cambios en color, olor o aparece fiebre, signos de confusión, agitación en el anciano; puede existir infección.

Todos ellos serán motivo de consulta al personal sanitario.

Recomendaciones dietéticas

Se recomienda la ingesta hídrica adecuada, si no existe contraindicación, frutas y zumos ricos en vitamina C para acidificar la orina, evitando infecciones y mal olor.

Nefrostomía

Es un procedimiento quirúrgico que consiste en la colocación de un catéter en el riñón a través de un pequeño orificio en la piel de la zona lumbar para que la orina salga por él.

El tiempo de permanencia de este catéter es variable, dependiendo del motivo por el que fue colocado: si es con fines diagnósticos, será usado durante varios días, pero si es con fines terapéuticos, suele permanecer colocado varias semanas, y es de este del que nos vamos a ocupar.

La zona de inserción del catéter debe permanecer tapada y protegida para evitar infecciones y evitar salidas accidentales del catéter.

Pueden existir diferentes formas de colocar el apósito:

1. Con gasas y apósitos: para ello será necesario cortar las gasas y el esparadrapo hasta la mitad, pegarlo a la piel alrededor de la inserción del catéter, levantando este con precaución para dejarlo en el punto de corte. Asegurarnos de que los bordes quedan bien pegados a la piel, de esta forma el catéter irá unido directamente a una bolsa de recogida de orina.
2. Con bolsas de urostomía de dos piezas (dispositivos de urostomía): consiste en la colocación de un disco adhesivo para proteger el punto de inserción del catéter.

Si la forma de proteger el catéter es con gasas y apósitos, este se conecta directamente a una bolsa de recogida de orina por una conexión que presenta en el extremo distal.

Si se coloca una bolsa de urostomía, el catéter quedará dentro de esta, donde drenará, y si es necesario, se colocará una bolsa de diuresis.

Cuidados

Si se usan apósitos con gasas:

- Lavado de manos previo a la manipulación.
- Retirada del apósito existente, que se hará cada 1-2 días o siempre que esté mojado. Cuando se realice el aseo del anciano, tener la precaución de no mojarlo.
- Medir el catéter, siempre debe medir lo mismo; si hay variación, se debe consultar con personal sanitario.
- Verificar que está correctamente sujeto el catéter a la piel mediante los puntos de sutura.
- Limpiar la piel alrededor del catéter con una gasa impregnada en clorhexidina o povidona yodada. La limpieza se hará en círculos desde la zona más próxima al catéter hacia fuera.
- Colocar el apósito como se ha mencionado anteriormente y conectar a la bolsa de diuresis. Asegurándonos de que la conexión está en posición abierta para permitir el flujo.
- Lavado de manos posterior a la manipulación.

Si se usan dispositivos de urostomía:

- Lavado de manos previo a la manipulación.
- Retirar la bolsa del dispositivo, evitando derramar la orina sobre la piel; se realizará de arriba hacia abajo.
- Medir el catéter.
- Retirar el disco: para ello despegar una esquina de la parte superior e ir despegando despacio sin dar tirones, es preferible separar la piel del disco, cuidado con los puntos que tenga para fijar a la piel, pues se pueden retirar. El disco puede mantenerse colocado 4-5 días si no está deteriorado o hay sospecha de fuga.
- Limpiar la piel igual que se ha hecho en el caso anterior.
- Preparar el disco que se va a colocar: para ello es necesario realizar un corte en forma de cruz por la parte posterior del mismo y en el centro para permitir el paso del catéter por este.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Se introduce el catéter por el orificio central y se lleva hasta poner en contacto con la piel del anciano, pegándolo; se recomienda hacer movimientos circulares alrededor para sellarlo mejor.
- Acoplar la bolsa al disco. Comprobar que está bien unida y que el grifo de la bolsa está cerrado; si lo conectamos a una bolsa de diuresis con mayor capacidad, deberá estar abierto.

Siempre se debe mantener la bolsa por debajo del nivel del catéter y evitar que la bolsa colectora toque el suelo. Evitar tirones. Vaciar la bolsa cuando esté ocupada en 2/3 de su capacidad y cambiarla una vez a la semana.

Complicaciones

Obstrucción del catéter: no hay orina en la bolsa o ha disminuido la cantidad con la misma ingesta hídrica.

Se debe realizar un lavado del catéter:

1. Lavado de manos.
2. Se usará una jeringa estéril y desechable, y suero salino.
3. Cargar la jeringa con 3 cc de suero fisiológico.
4. En el extremo distal del catéter se encuentra una llave, se conecta la jeringa y se introduce el suero empujando el émbolo despacio y suavemente.
5. Aspirar y si sale orina, seguir vigilando; si no es así, acudir a centro sanitario.

Si apareciese: drenado alrededor del catéter (al realizar la medición, el tamaño del catéter ha aumentado; indica que se ha salido total o parcialmente de la vía renal), dolor abdominal, fiebre, sangre en la orina, cambios en el olor o color no relacionados con algún alimento o medicamento, se debe consultar con personal sanitario.

Gastrostomía

Es una sonda que se introduce en el estómago a través de la pared abdominal para nutrir al anciano que presenta dificultad para ingerir alimentos por la boca.

La colocación se realiza a través de endoscopia.

Cuidados

- Lavado de manos de la persona que va a realizar el cuidado.
- Retirar la gasa de alrededor del estoma si la hubiera y fijarnos si está manchada de comida, secreción verdosa o está limpia y seca.
- Levantar el fijador externo que apoya en la piel circundante del estoma y lavar alrededor con agua templada y jabón neutro; se hará diariamente.
- Secar muy bien sin frotar.
- Se rotará la sonda hacia la derecha e izquierda para evitar adherencias, es una rotación de 360°.
- Valorar el estado del estoma: si presenta enrojecimiento, secreción, mal olor.
- Lavar la sonda con agua y jabón desde la base hacia el extremo.
- Fijar la parte exterior de la sonda a la pared abdominal con esparadrapo para evitar movimientos que la puedan desplazar.
- Mantener los tapones cerrados cuando no se usen, es aconsejable que se revisen y se limpien una vez al día, usando un bastoncillo para evitar acúmulos de comida en la entrada de los mismos.
- No pinzar la sonda con objetos metálicos.
- Vigilar la posible pérdida de alimento o jugo digestivo a través del estoma y mantener la zona siempre seca. Si hay escape, este se debe limpiar inmediatamente y colocar una gasa alrededor de la sonda, que se cambiará tantas veces como sea necesario.
- Comprobar que al levantar ligeramente la sonda solo se eleva unos 3 mm.
- Realizar aseo de la boca del anciano dos veces al día y siempre que lo precise.

Formas de administración de la alimentación

Pueden ser:

- **Intermitente:** de esta manera se puede organizar según horarios de comida habituales. Hay tres formas:

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

1. Con jeringa:

No es el procedimiento más habitual, pero sí es aconsejable cuando el anciano precisa seguir con sus rutinas diarias.

Se usan jeringas de 50 cc con cono ancho que se adapta a la entrada de la sonda y se introducen lentamente cantidades de 200-300 cc, siendo de 100 ml/5 min; no se debe empujar el émbolo rápidamente. Espaciar las tomas cada 4-6 h.

2. Administración por gravedad: permite una administración más lenta y generalmente es mejor tolerada; permite graduar la velocidad de administración moviendo la posición del regulador del equipo de infusión.

La alimentación se debe pasar en 2-3 horas, dependiendo de la cantidad, y espaciar las tomas 4-5 h.

3. Administración por bomba: permite regular exactamente la velocidad de infusión y por ello, se obtiene mejor tolerancia a la alimentación. Habitualmente son de uso hospitalario.

- **Continua:** en este caso, la administración de la dieta se realiza por goteo lento (40-150 ml/h) y continuo durante las 24 horas del día, o bien dejando unas horas de descanso nocturno.

Complicaciones

- Infecciones de los bordes del estoma: se observará enrojecimiento, bordes engrosados.
- Fuga del contenido gástrico alrededor del estoma.
- Desplazamiento de la sonda porque el globo no esté perfectamente hinchado.
- Fiebre.
- Obstrucción de la sonda, no pasa el alimento: se debe intentar pasar 30 cc de agua, y si no es posible, avisar al equipo médico correspondiente. En ningún caso se usarán refrescos tipo cola o se ejercerá mucha presión sobre la sonda.
- Rotura de la sonda: se debe acudir al centro médico de referencia.

- Neumonías por bronco aspiración: es una complicación grave. Consiste en dificultad respiratoria coincidiendo con la administración de la dieta. Se produce por aspiración hacia el bronquio de pequeñas partículas de la fórmula. Es más frecuente que se presente en ancianos con disminución del nivel de conciencia. Para disminuir el riesgo colocaremos al paciente incorporado unos 30-45° durante las tomas y comprobaremos, antes de comenzar, el *residuo gástrico*: consiste en medir la cantidad de volumen de alimentación que hay en el estómago antes de administrar la siguiente toma; para ello, con una jeringa de 50 cc de cono ancho conectada a la entrada de la sonda, aspiraremos el contenido gástrico; si este es mayor de 150 cc, no se administrará la alimentación y se esperará 1 hora para repetir la operación, si ha disminuido el residuo, se procede a suministrar la toma correspondiente bajando el ritmo de infusión.
- Diarrea: es una complicación frecuente cuando se administra nutrición enteral (NE), aunque no siempre la causa es la misma nutrición. Ante esta complicación se deben revisar los siguientes factores:
 - Que la velocidad de infusión sea la correcta: las velocidades altas favorecen la aparición de diarrea.
 - Que la fórmula esté a temperatura ambiente.
 - Contaminación bacteriana de la fórmula: se debe tener especial precaución y extremar las normas de higiene durante la preparación y administración de las mismas.

No se debe suspender la alimentación, sino disminuir la cantidad de alimentación.

- Estreñimiento: por la inmovilidad que puede tener el anciano; si se produce, se cambiará la alimentación por otra rica en fibra, y si no hay contraindicación médica, aumentar el volumen de agua entre las tomas.
- Náuseas y vómitos: pueden aparecer porque el paciente no adopte la posición correcta durante la administración de la alimentación (que debe ser incorporado 30-45°, sentado) o porque no haya digerido bien la toma anterior, por ello se mide el residuo gástrico.

¿Y si se sale la sonda?

Lo más importante es volver a colocarla, por ello se debe acudir al centro sanitario más cercano.

Traqueostomía

Es la apertura al exterior de la traquea, con colocación de una cánula que impide su cierre, para facilitar la permeabilidad de las vías aéreas.

Se pueden distinguir dos tipos:

- **Temporales:** cuya duración oscila entre días y semanas.
- **Permanentes:** cuya duración es larga o indefinida. Dentro de estas pueden ser parciales, que pueden hablar ocluyendo el orificio, o completas, que no podrán hablar.

Los dispositivos usados en las traqueostomías son las cánulas, que pueden ser metálicas (rígidas) o sintéticas (flexibles) y de diferentes tamaños. Entre las metálicas, las más usadas son las de aleación de plata, de las cuales hay dos tipos:

- **Fenestradas:** permiten el paso de aire por los orificios existentes en la curvatura, lo que permite que el anciano pueda hablar tapándose el estoma con dedo o tapón. Se usan en traqueostomías temporales o en laringectomías parciales.
- **No fenestradas:** son lisas sin orificios y no permiten el habla. Se utilizan en ancianos con laringectomías totales.

Constan de tres partes:

- **Externa:** se coloca directamente en el interior del estoma y se mantiene en este por medio de una venda o cinta de hiladillo que se pasa por los orificios laterales de la cánula y se anuda en la parte posterior del cuello. Entre esta parte y la piel se coloca el apósito traqueal si fuera necesario.
- **Interna:** se introduce dentro de la externa y se mantiene por una presilla situada en la parte superior de la externa. Esta parte está en contacto directo con las secreciones, por lo que se extrae para limpiarla.
- **Fiador:** se utiliza como guía para introducir la cánula externa en el estoma, solo en caso de estrechez del orificio traqueal.

Cuidados

1. Cánula: limpieza y mantenimiento:

- Se precisa: cepillo para limpiar tubos, jabón líquido, agua corriente, cazo, agua destilada, caja para guardar cánulas, gasas estériles.

- Lavarse las manos antes del procedimiento.
- Cortar la cinta de sujeción y extraer la cánula, separar las dos partes.
- Pasar la cánula interna por debajo del grifo del agua para arrastrar la suciedad. Humedecer el cepillo con agua caliente y jabón líquido para introducirlo en el interior de la cánula y con movimientos de arriba abajo limpiar la mucosidad adherida.
- Realizar enjuague meticuloso de la cánula interna con agua de grifo. Póngala a la luz e inspecciónela para comprobar que está limpia.
- Seque la cánula.
- Se realiza lo mismo con la cánula externa.
- Introducir las dos partes en un cazo con agua destilada para hervirlas durante unos minutos. Posteriormente, cuando estén frías, se sacan y se secan.
- Si tiene varias cánulas disponibles, las limpias se guardarán en una caja protegidas con gasas estériles.

2. Estoma y cambio de cánula:

- Se precisa: gasas estériles, suero fisiológico, cinta de hiladillo, apósito traqueal, cánula de traqueotomía completa.
- Lavado de manos.
- Preparar la cánula limpia: para ello colocar la cánula externa dentro de la interna sujetándola por las aletas laterales y colocando el apósito traqueal por el orificio que presenta, dejando la parte plastificada hacia arriba. Colocar la cinta como ya se ha explicado.
- Colocarse delante del anciano si el cambio lo va realizar el cuidador, y si no, el anciano se colocará enfrente del espejo.
- Retirar la cánula colocada.
- Limpiar el estoma con gasas estériles y suero fisiológico para retirar restos de mucosidad, secarlo con gasas. Evitar que penetre líquido en el estoma para no producir tos.
- Introducir la cánula preparada realizando un movimiento curvado hacia arriba y adentro del estoma suavemente.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Cuando la cánula está correctamente colocada, anudar los extremos de la cinta a la parte posterior del cuello con nudos firmes, pero sin presión sobre la zona.
- Es posible usar un "protector de estoma": consiste en colocar un pañuelo, mejor de algodón, atado al cuello. Con ello evitaremos que entren partículas de polvo, se calienta el aire antes de ser respirado y evitamos miradas indiscretas que molestan al anciano.
- Si se forman tapones de moco, que provocan tos y dificultad para respirar, se debe instilar 2 cc de suero en el estoma para provocar la tos hasta que se expulse el tapón.
- Evitar ambientes secos, donde se fume. Colocar en el domicilio, si fuera necesario, humidificadores, recipientes con agua encima de los radiadores.
- Beber abundantes líquidos, si no hay contraindicación.
- Tener precaución cuando se le afeita, no permitir la entrada de espuma en el estoma, o cuando se corta el pelo; es preferible que use protector en ambos casos.
- Si se ducha solo, hay que mantener la ducha por debajo del estoma.
- Se debe tener preparada una pizarra, papel o lápiz para que el anciano se pueda comunicar. Se debe tener paciencia e intentar establecer un código de comunicación con el fin de evitar que el anciano se ponga nervioso.

344

Sonda nasogástrica

Es un tubo de plástico muy fino que se introduce por la nariz y llega hasta el estómago. Permite que la nutrición enteral vaya directamente al interior del organismo. Se utiliza en enfermedades o situaciones en las cuales no es posible alimentación por boca.

Cuidados

- La sonda se fija a la nariz mediante un esparadrapo, que se debe sustituir diariamente y siempre que se encuentre despegado. Para ello, sostenga la sonda con cuidado para que no se mueva, despegue el esparadrapo usado, limpie los orificios nasales con un gasa, agua y jabón, secándola con cuidado; mueva la sonda rotándola y cambiando de lugar la zona donde apoya en la nariz, coloque de nuevo el esparadrapo. Vigilar la piel de la nariz y del interior de los orificios nasales por la posible aparición de úlceras o heridas.

- Para colocar espadrapo: usar unos 7 cm de esparadrapo de tela. Cortar unos 4 cm a lo largo por el centro. Fijar la parte ancha en la nariz y enrollar las partes estrechas sobre la sonda. Para evitar que la sonda quede tirante, hacer un bucle y fijarlo con esparadrapo a la mejilla.
- Compruebe que la sonda se mantiene bien colocada. La distancia entre la nariz y el tapón no tiene que variar. Si la sonda se ha salido o se ha desplazado, debe avisar al personal sanitario.

Complicaciones

- Lesiones en la nariz por el rozamiento o rigidez de la sonda; por ello se cambia esparadrapo a diario y se moviliza la sonda.
- Obstrucción de la sonda debida a que la preparación nutricional o los medicamentos se han secado en su interior; por ello los medicamentos deben estar pulverizados, y después del uso de la sonda, esta se debe lavar con 30-50 cc de agua.
- Extracción de la sonda por accidente o maniobra inadecuada: si está pasando alimentación, suspenderla y avisar a la enfermera.
- Sensación de boca seca al disminuir la salivación: se puede usar saliva artificial o mojar con gasas humedecidas; mantener una correcta higiene bucal.
- Náuseas y vómitos porque se administre la alimentación con posición incorrecta (anciano doblado sobre abdomen, tumbado), se ha pasado a ritmo rápido, no se ha medido el residuo gástrico o el estómago tenía contenido mayor de 150 cc.

Drenajes

Dispositivo, catéter o sonda que se coloca en una cavidad, víscera, herida o absceso para favorecer la salida de material orgánico al exterior, cuya permanencia en el organismo será nociva para la salud.

Se puede hablar de diferentes tipos de drenaje:

- Pasivos: tipo Penrose, de silicona, de Kher.
- Activos: tipo redón, Saratoga.

En el anciano no es frecuente que se mantengan drenajes, el más común que puede portar extrahospitalariamente es el drenaje de Kher, también denominado

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

en forma de T. Este drenaje es un tubo de silicona insertado en las vías biliares para favorecer la salida de la bilis al haberse producido una obstrucción por cálculos o tumoración.

Cuidados

- Mantener el catéter conectado a una bolsa de recogida, como las de diuresis, colocarla más baja que el anciano para permitir drenaje por gravedad, evitar tracciones.
- Realizar cambio de apósito cuando esté mojado o sucio, evitar manipular si no es necesario. Se retirará el apósito colocado con precaución para evitar la retirada accidental del drenaje. Limpiar la zona de inserción con antiséptico (clorhexidina), secar y cubrir de nuevo. Comprobar que el catéter está bien fijado con el punto de sutura.
- Lavados del catéter: se realizan para comprobar la permeabilidad del drenaje, se usarán 4-5 cc de suero salino y se introducen a través de la conexión. Valorar que fluye el contenido biliar por el tubo de drenaje.

Bibliografía

346

- Agudo F, González A. La enfermería ante los drenajes en cirugía pancreática y biliar. Anales de la universidad de Cádiz (02131595) 1992-93; 9-10:177-94.
- Coloplast. Guía de enfermería en pacientes ostomizados. Grupo C.I.D.O. Disponible en [http://www.coloplast.es/ECompany/ESMed/homepage.nsf/0/e82b8e46e7d56ca241256a6a003e5ebb/\\$FILE/Guia%20ostomizados.pdf](http://www.coloplast.es/ECompany/ESMed/homepage.nsf/0/e82b8e46e7d56ca241256a6a003e5ebb/$FILE/Guia%20ostomizados.pdf). Consultado abril 2013.
- Cuidados del paciente con sonda de gastrostomía. Hospital de Guadarrama.
- Cuidados hospitalarios del paciente portador de Nefrostomía percutánea. Protocolo de enfermería. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Revisión 2013.
- De las Heras MP. Manejo de ileostomías y colostomías en Atención Primaria. Boletín de enfermería en atención primaria 2011; vol VI(3).
- Guía de Ileostomía. Published 2004. United Ostomy Association, Inc.1962-2005.
- Guía didáctica del INEM para la ocupación de auxiliar de enfermería en geriatría (Código SACA). Cuidados terapéuticos en geriatría. Manual del alumno. Módulo IV. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/empleo/recursos/>

material_didactico/especialidades/materialdidactico_aux_enf_geriatria/manual_alumno. Consultado abril 2013.

- Guía práctica de autocuidados Urostomía. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Mayo 2005.
- Hollister. Ostomía. Nefrostomía. Primera ayuda. Disponible en <http://www.urostomias.es/Guias/nefrostayuda.pdf>. Consultado abril 2013.
- Moreno MC. Cuidando al paciente con sonda de gastrostomías. Educare21 -Esp, 2010; 69.
- Nutrición por sonda nasogástrica. Nestlé nutrición. Disponible en <http://www.sgxx.org/pdfs/Guia%20Nutricio%20sonda%20nasog%20J.pdf>.
- Poza Artés CM, Ortiz Jiménez FM, Ramos Bosquet G. Efectos de la cirugía laríngea radical sobre la imagen corporal y las relaciones humanas en los pacientes y sus cuidadores. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0207.php>.
- Protocolo cuidados de Nefrostomía. Cod. PE-DE-104. Hospital Costa del Sol. Realizado el 04/03/2009.
- Protocolo de Actuación de Enfermería en el manejo de la nutrición enteral Protocolo Consensuado. Revisión 2012. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
- Protocolo de actuación de enfermería a pacientes ostomizados según niveles de conocimiento en Atención Primaria. Nivel 1. Disponible en http://www.sergas.es/Docs/xap_vigo/publicacions/DocumentacionTecnica/Protocolo%20do%20paciente%20ostomizado.pdf. Consultado abril 2013.
- Ruiz Moreno J, Martín Delgado M.ªC, García-Penche Sánchez R. Procedimientos y Técnicas de enfermería. Rol. 2.ª edición, julio 2008.

Manuel Nevado Rey

Qué hacer ante los problemas conductuales

Introducción

Los problemas conductuales son una de las principales áreas de sobrecarga en los familiares de personas con deterioro cognitivo, el deterioro en la comunicación, en las funciones ejecutivas o en el control de impulsos dificulta mucho la labor de cuidado del familiar y entorpece la vida conjunta, por todo ello es importante abordar las pautas comunicativas adecuadas, trabajar la empatía, la relación de ayuda y aprender pautas sencillas de manejo conductual que mejoren la calidad de vida de los familiares y de sus cuidadores.

Pautas generales de comunicación con el enfermo para un manejo adecuado de la conducta

La comunicación es uno de los pilares fundamentales de la vida social entre las personas. Sin la capacidad de comunicación sería imposible la vida en grupo y los seres humanos permaneceríamos aislados física y psíquicamente.

Las personas con demencia van sufriendo un paulatino deterioro en las funciones cognitivas, y el lenguaje estaría incluido dentro de estas funciones.

Uno de los primeros problemas que aparecen es el olvido en el significado de algunas palabras, por lo que las eliminan de su discurso o las sustituyen por otras. Esta sustitución se realiza a veces de forma adecuada empleando un sinónimo, o lo que se conoce como "palabras comodín" (cosa, esto, aquello, cacharro, etc.); en cambio, en otras ocasiones utilizan palabras que no concuerdan con lo que se está diciendo, e incluso palabras inventadas, lo que dificulta enormemente la capacidad para comprenderles.

Por todo ello es fundamental seguir una serie de consejos para mejorar la comunicación y manejar los problemas conductuales:

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Acercarse a la persona de frente y lentamente

A la hora de dirigirse a la persona con demencia lo haremos de frente y despacio, para que nos vea y le dé tiempo a reconocernos, de otro modo puede sentirse amenazado o asustado y reaccionar de forma agresiva.

Para hablar con él, siempre nos situaremos a su altura (si está sentado nos sentaremos frente a él o nos agacharemos de rodillas), de forma que le podamos mirar a los ojos y utilizar el lenguaje no verbal de nuestras expresiones faciales para proporcionarle seguridad y afecto.

Utilizar un lenguaje sencillo

Es recomendable utilizar palabras conocidas por el enfermo y mantener un lenguaje repetitivo, es decir, utilizar siempre las mismas palabras para referirnos a los mismos elementos (por ejemplo, si el enfermo siempre ha llamado "alcoba" al dormitorio, pues siempre que nos refiramos a él le nombraremos como "alcoba").

El motivo de esto es que ya desde las fases iniciales su lenguaje se irá viendo afectado con una pérdida progresiva de vocabulario, por lo que es preferible ayudarle a conservar una determinada cantidad de palabras familiares para él y que le permitan expresarse, aunque sea de forma básica, que tratar de mantener un lenguaje rico con un amplio vocabulario.

350

Emplear frases cortas

Es importante simplificar nuestro discurso mediante frases cortas, claras y sencillas, pues si empleamos una oración larga o con un lenguaje complicado el enfermo habrá olvidado el principio antes de que hayamos terminado la frase. Y no nos comprenderá.

Además, así evitaremos que se agote del esfuerzo que supone tratar de entender frases largas y complicadas que seguramente no va a lograr comprender.

Hablar despacio y claramente

Los enfermos de Alzheimer precisan mayor tiempo para percibir e integrar los estímulos, por lo que debemos adaptarnos a su ritmo y no proporcionar más información de la que pueden asimilar.

Usar un tono de voz bajo

El tono de voz con el que nos dirigimos al paciente puede ser determinante para facilitar la comunicación o por el contrario provocar una posible reacción

catastrófica. Un tono de voz bajo proporcionará sensación de calma y permitirá que el enfermo ponga atención en el contenido del discurso. Por el contrario, una voz chillona le hará sentirse incómodo y pensará que estamos enfadados con él.

Eliminar ruidos de fondo

Cualquier ruido puede distraer al enfermo y hacer más difícil que escuche lo que le decimos. Por ello es importante bajar el volumen de la televisión o la radio; si hay mucha gente hablando a nuestro alrededor, es preferible acompañar al enfermo a un sitio más tranquilo para poder hablar con él y que nos preste toda su atención.

Este consejo va ligado al anterior, pues, si es preferible dirigirnos al enfermo sin gritar, es necesario que no haya ruidos que le distraigan, de modo que nosotros no tengamos que pronunciar más fuerte la voz para que nos oiga.

Utilizar preguntas sencillas

Cuando queramos que la persona enferma nos responda a una cuestión, debemos plantearla de forma que requiera una respuesta sencilla: sí/no, o dando las opciones existentes para que elija. Hay que evitar preguntas abiertas que requieren un proceso de pensamiento abstracto y organización de lenguaje muy elaborado.

Repetir la misma información o pregunta con las mismas palabras

Cuando debemos repetirle algo al enfermo es conveniente hacerlo de la misma forma, usando las mismas palabras y el mismo tono de voz. De esta manera, con muchísima paciencia, se repetirán las cosas tantas veces como sea necesario para que el enfermo nos entienda.

Motivarle para que se exprese y ayudarlo a hacerlo

Es de vital importancia incentivar a la persona para que se comunique, por lo que debemos prestar atención tanto al lenguaje verbal como no verbal, el cual en muchos casos será más relevante.

Debemos mostrar interés en lo que está diciendo o sintiendo, y si no le entendemos es conveniente hacérselo saber y animarle a que trate de comunicarse también con gestos.

Le ayudaremos cuando no encuentre la palabra adecuada ofreciéndole una idea, pero tratando de no corregirle cuando se equivoca (si hemos detectado el error

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

es porque hemos comprendido lo que nos quería decir, que es al fin y al cabo lo importante). Así lo verdaderamente importante es que le entendamos independientemente de que no haya empleado la palabra adecuada, porque nosotros le hemos entendido.

No hablar por él

Cuando la persona muestre más dificultad para comunicarse, no debemos caer en el error de hablar nosotros por él, ya que si lo hacemos contribuiremos a que la pérdida del lenguaje sea más rápida.

Hay que tratar por todos los medios de evocar las palabras en su mente, ya sea recurriendo a fotos, objetos, etc., para poco a poco ir construyendo la frase que él nos quiere decir.

No hablar de él como si no estuviera presente

Es algo muy común a pesar de ser un grandísimo error. Hay tendencia a pensar que el enfermo no “se entera de nada” y, por supuesto, no es así.

Puede que no comprenda lo que se está diciendo, pero es casi seguro que percibirá que se está hablando de él, lo que le provocará mucha frustración, vulnerabilidad y desconfianza.

Cuando preguntan de qué o de quién se está hablando, no sirve con decirle que se trata de otra persona, pues eso le hará sentirse engañado y pensará que se trata de algo malo sobre él y que no se lo queremos decir.

Tratar al enfermo con dignidad y respeto, y siempre como un adulto

No debemos nunca infantilizar al enfermo, comparándolo con un niño y tratándole de forma autoritaria.

Es una persona adulta, que ha vivido su vida y que probablemente ha tenido que superar numerosos problemas y dificultades a lo largo de los años, por ello debe tener todo nuestro respeto, y a pesar de que ahora se muestre más vulnerable y necesite muchos cuidados debemos garantizar siempre la dignidad de la persona por encima de cualquier cosa.

Ignorar alucinaciones o delirios inofensivos

Es recomendable no dar importancia a las alucinaciones o delirios que presenta el enfermo, cuando estos no sean potencialmente peligrosos. Es un error y no

sirve de nada tratar de convencerle de su equivocación; además, tengamos en cuenta que una confrontación puede empeorar la situación.

Lo mejor en estos casos es darle la razón para que se muestre confiado y después tratar de desviar su atención hacia otra idea o actividad.

Recurrir a la comunicación no verbal

Los enfermos de Alzheimer pueden entender las caricias mejor que las palabras, sosteniéndoles las manos o pasando el brazo alrededor de sus hombros le podemos transmitir nuestro mensaje cuando las palabras ya no le lleguen.

Sin embargo, puede haber personas a las que antes de contraer la enfermedad no les gustase que las tocaran, por lo que ahora pueden mostrar rechazo al contacto físico. Por ello es importante tener en cuenta este aspecto.

Cuando se utiliza la comunicación no verbal es recomendable expresarse de forma lenta y suave, para no asustarles ni resultar invasivos con nuestro contacto. Es recomendable situarse a su altura para mirarle a los ojos, pues ello le demostrará que le estamos prestando atención. Una sonrisa puede tranquilizarlo y un abrazo o un beso le demostrarán cariño y seguridad.

Análisis de los problemas conductuales en demencia

A fin de analizar de la manera adecuada los problemas de conducta asociados a los distintos tipos de demencia, conviene tener en cuenta una serie de principios y de preguntas relacionadas con el programa.

- **¿Cuándo aparece el problema?** Analizar el momento concreto en el que aparece la alteración del comportamiento, el momento concreto. Por ejemplo: anochecer, hora concreta de la noche, por la mañana, en el momento de la ducha...
- **¿Dónde aparece?** El problema puede presentarse en cualquier lugar, pero es importantísimo especificar el sitio en concreto. Por ejemplo: baño, delante del espejo, al llevarla a la ducha, al destaparla de la cama...
- **¿Qué sucede antes del problema?** Analizar los antecedentes de esa conducta: puerta abierta, luz en la habitación, tono de voz, gente con la que está sentada...
- **¿Cómo se desarrolla el problema?** Describir todo lo que sucede durante la conducta disruptiva.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- **¿Qué sucede tras la aparición del problema?** Observar cómo reacciona el entorno y como afecta el episodio al paciente y al auxiliar.

Alteraciones de conducta: cómo se producen y cómo actuar

Las enfermedades que cursan con demencia, como el caso que nos ocupa, no ocasionan solamente un deterioro de las funciones intelectuales, sino que provocan también una serie de trastornos psicológicos de áreas no cognitivas y de alteraciones del comportamiento.

Estos síntomas psicológicos y del comportamiento tienen mucha importancia porque generan un elevado sufrimiento en el enfermo y en su entorno, dando lugar a situaciones de difícil manejo y en las que la actitud y comunicación que mantengamos con el paciente pueden ser determinantes.

Dada la importancia de dichos síntomas, vamos a definir de forma general los más frecuentes y más adelante se mostrarán situaciones difíciles concretas que nos podemos encontrar en el día a día y consejos para minimizar su aparición.

Agitación o inquietud psicomotriz y agresividad

Aunque el término agitación se ha convertido en una especie de cajón de sastre en el que se incluyen numerosos síntomas de conducta, en realidad la agitación o inquietud psicomotriz se puede definir como la presencia de movimientos o conductas excesivas, exageradas o inadecuadas a la situación, que no son causadas por un estímulo externo.

Este apartado puede incluir la intranquilidad, los movimientos repetitivos, la manipulación constante de objetos o de la ropa, el hecho de vestirse y desvestirse repetidamente, las llamadas de atención mediante quejas, el rechazo a aceptar los cuidados, el voceo o la emisión constante y sin sentido de palabras.

Estos comportamientos suelen aparecer en la fase moderada de la demencia, y en algunas ocasiones son señal de incomodidad o manifestación de otros síntomas que el paciente no es capaz de expresar, como, por ejemplo, el dolor o el miedo.

Agresividad

La palabra agresividad engloba todas las conductas que pueden hacer daño al propio paciente o a otras personas, y es un síntoma muy frecuente y relevante en la enfermedad de Alzheimer. La agresividad puede ser verbal (en forma de insultos, gritos, órdenes o respuestas intemperantes) o física (golpes, arañazos, empujones, agarrar firmemente objetos o personas, patadas, mordiscos, lanzamiento de objetos).

La agresividad suele también presentarse en la fase moderada o severa de la demencia y es en muchas ocasiones agravada o precipitada por una respuesta o actitud inadecuada de los cuidadores o un estímulo ambiental indeseable.

Cómo actuar ante la agresividad y la agitación

No gritar, sujetar, provocar o elevar la voz.

No enfrentarse ni pedir explicaciones.

No hacer gestos bruscos, ni tocarle inesperadamente o por detrás.

Postura empática, receptiva, recordar siempre que la sonrisa es el amortiguador de la agresividad.

Eliminar o retirar objetos peligrosos del alcance de los enfermos.

Buscar el contacto visual facilitando el acercamiento progresivo.

Si el enfermo está muy agresivo o en ese momento no se le puede controlar, retirarse fuera del alcance de sus golpes.

Preguntarle qué pasa y si le podemos ayudar (voz suave).

Desviar la atención (verbalmente o ambientalmente).

Anticiparse a la agresividad.

No tomarlo como algo personal.

Olvidar lo ocurrido, recordando siempre que la persona agresiva que está al lado es un enfermo, evitando de este modo tomarlo como algo personal.

Alucinaciones

Las alucinaciones son percepciones sensoriales en ausencia de un estímulo, mientras que las ilusiones son deformaciones en la percepción de estímulos reales.

Las más frecuentes son las alucinaciones visuales (principalmente en la demencia por cuerpos de Lewy) que aparecen en más de un tercio de los pacientes en algún momento, aunque surgen especialmente en la fase moderada. Suelen consistir en la visión de personas dentro de la casa y, con menor frecuencia, de animales. El enfermo no siempre las vive con temor o sufrimiento.

Las alucinaciones auditivas son muy raras.

Las más comunes son ver cosas o escuchar sonidos.

Evaluación de defectos sensoriales; por ejemplo, personas con pequeños déficits auditivos mejoran con la implantación de un audífono (vista y oído).

Vigilar y revisar los fármacos, consultando las dudas con los especialistas.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Buscar desencadenante, el porqué de esa alucinación, el momento del día en el que se produce.

Nunca negarle la alucinación, recuerde que para él es real.

Tranquilizarle y acercarse despacio y siempre dentro de su campo visual, identificándose y diciéndole en todo momento quiénes somos.

Puede intentar distraerle mostrándole algo que le guste.

Si la alucinación no es peligrosa, dejarle.

Ideas delirantes

Los pacientes con demencia, a menudo tienen ideas fijas de carácter delirante, que no pueden, por tanto, modificarse con el razonamiento lógico. Las más frecuentes son las ideas de robo (que aparecen como un intento de explicación a la pérdida de objetos en la fase inicial y moderada de la demencia) y las ideas persecutorias o paranoicas, que le pueden llevar a huir sin sentido o a rechazar la alimentación por miedo a ser envenenados. Otras ideas delirantes son la de que el cónyuge o los hijos son unos impostores, que la casa en la que se encuentra no es la suya (a veces recuerdan una vivienda que tuvo en otro momento y puede no existir ya), los delirios de celos hacia el cónyuge y las ideas de abandono. Las ideas delirantes parecen aumentar el riesgo de agresividad física.

356

Facilitar la ubicación en el espacio conocido y familiar.

Buscar desencadenante. Analizar el porqué, el momento antes y después del delirio.

Nunca seguirles la corriente ni discutir con ellos sobre la veracidad del mismo.

Mantener conversación con él a las ideas coherentes, reforzándolas y premiando este discurso.

Desviar la atención a actividades o cosas agradables, que se sepan que son del agrado del enfermo.

No dejarle solo.

Se debe intentar orientarle con tranquilidad.

Se debe mejorar en lo posible el déficit visual y auditivo.

Si los delirios se producen especialmente durante la noche, dejar una pequeña luz encendida.

Explicarle lo que ve o escucha; si no lo entiende, repetir la información.

En enfermos muy suspicaces, evitar hablar bajito en su presencia.

Si no reconoce a un familiar, no contradecirle, tranquilizarle y una vez tranquilo explicarle el parentesco.

Insomnio

Los trastornos del sueño en la enfermedad de Alzheimer son frecuentes, alrededor del 40-70% de los pacientes tienen estas alteraciones, y es uno de problemas de conducta que más repercuten en los cuidadores.

Teniendo en cuenta que durante el envejecimiento se modifican los patrones habituales del sueño (se despiertan más veces, necesitan dormir menos horas que los jóvenes, tardan más en conciliar el sueño, presentan somnolencia durante el día y realizan siestas más frecuentes), y si a esto se le une la desorientación temporoespacial, esta desorientación provocará que cuando los enfermos se despiertan por la noche se levanten porque no pueden saber la hora que es.

Crear una rutina de horarios de dormir. Programar el sueño.
Evitar las cabezadas diurnas.
Realizar actividad física durante el día, de tal manera que lleguen cansados a la hora de dormir.
Evitar cenas excesivas o dejarles con hambre, acostumbrarles a la rutina de que tomarse un vaso de leche tibia ayuda a dormir.
Evitar líquidos excesivos antes de dormir.
No beba bebidas cafeinadas, estimulantes ni alcohol.
Ir al servicio antes de acostarse.
Temperatura de la habitación adecuada.
Dormitorio tranquilo, si es posible lejos de otras zonas de la casa donde se produzca ruido ambiental.
Si se levanta, acompañarle para dormir, tranquilizarle y orientarle.

Desinhibición

Muchos pacientes con demencia manifiestan comportamientos que no se adecuan a las normas habituales de educación y convivencia, o conductas impulsivas o inadecuadas a la situación. Esta desinhibición puede ser extrema, con la aparición en presencia de otros de síntomas como la agresividad, los gritos e insultos, o la desinhibición sexual. Se trata de un problema muy significativo, ya que, además de causar serio estrés a los familiares, puede tener consecuencias graves, como la compra o venta impulsiva (son personas fácilmente sujetas a sufrir timos y engaños) o conducir imprudentemente y de forma peligrosa.

Rara vez el paciente tiene conciencia de su enfermedad y de lo patológico de estos comportamientos, lo que dificulta aún más su manejo.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

No reaccionar de forma alarmante, ni castigarles, ante un problema de este tipo.

Si se reacciona de forma alarmante se puede producir una fijación, al no poder comprender si lo que han hecho es adecuado o inadecuado.

Desvío de atención.

Ayudarle a vestirse llevándole a un lugar tranquilo y adecuado.

Adaptar y modificar las ropas con botones especiales para que no se las quite con facilidad.

Recordar que cuando hay problemas de masturbación el paciente solo hace lo que le hace sentirse bien y no tiene culpa de ello. Por lo tanto, trate de no darle importancia.

Si hay una exhibición delante de niños o familiares, reaccionar con naturalidad para no crear un impacto mayor en ellos.

Vagabundeo

Este síntoma es de difícil tratamiento y resulta especialmente estresante para los cuidadores. Consiste en la deambulación incesante y sin rumbo del enfermo por su entorno, a veces hasta el agotamiento físico, y muchas veces con manipulación de los objetos que le rodean, intentando llevar a cabo sin éxito distintas tareas. Otras veces se acompaña del intento de salir o huir del domicilio, o le conduce al extravío involuntario fuera de él. Cuando el vagabundeo aparece por la noche, el estrés del cuidador se multiplica, así como el riesgo de caídas para el enfermo.

Eliminar barreras arquitectónicas que impidan el vagabundeo, como sillas o muebles en los pasillos, creando de este modo un entorno seguro.

Rodear los nuevos ambientes con objetos familiares.

Buscar el porqué de la conducta, la hora de mayor incidencia, la causa y tratarla.

Buscar el contacto visual.

Pasear con él e intentar desviar la atención a otra tarea gratificante o provechosa de forma serena.

Hablarle, intentar calmarle, evitando una reacción catastrófica, tales como un grito.

No obligarle a sentarse. Se volverá a levantar.

Dejarle andar. Al tener una mayor actividad física dormirá mejor.

Señal de aburrimiento, intentar aumentar su nivel de actividad física y mental.

Distraerle.

Ejercicios y consejos ante situaciones complicadas

¿Qué puedo hacer cuando repite una y otra vez las mismas cosas?

En ocasiones la enfermedad puede hacer que el enfermo repita una y otra vez la misma palabra (ecolalia), e incluso a repetir las mismas frases o las mismas preguntas; debemos saber que no es nada intencionado, aunque pueda parecerlo, y puede ser debido entre otras causas a desorientación, pérdida de memoria, preocupación o inseguridad.

Igualmente podemos encontrarnos con el paciente que se muestra inquieto y en numerosos momentos del día confuso. Este comportamiento suele ser habitual en numerosos enfermos, sobre todo a última hora de la jornada, posiblemente porque se encuentran cansados de toda la actividad realizada durante el día. Otra situación que podemos encontrarnos es cuando la persona enferma a media noche se despierta y comienza a mostrarse inquieta en la cama, balanceándose una y otra vez agarrada a la barandilla o elevando y moviendo los pies como si estuviese andando o haciendo la bicicleta.

En definitiva, cada persona es un mundo, y aun padeciendo la misma enfermedad, puede comportarse de mil y una maneras distintas, lo importante es que intentemos descubrir qué es lo que causa ese problema, ya que si conocemos la causa podremos poner el remedio o tratamiento adecuado, siempre manteniendo la calma y la tranquilidad.

¿Qué podemos hacer?

- Tener en cuenta que esa actitud no es culpa del enfermo, sino de la enfermedad que padece que le hace comportarse así.
- Procuremos distraerle con actividades sencillas cambiándole de tema.
- Intentemos que realice algo tan fácil como doblar ropa, limpiar el polvo, preparar alimentos, limpiar algún objeto, etc.
- En ocasiones la única solución es ignorar el comportamiento.
- Si es de noche, puede que sea debido a que durante el día da cabezadas, motivo por el cual no descansa correctamente al finalizar la jornada. Una buena solución es dejarle una luz encendida para darle seguridad.
- Debemos asegurarnos de que se encuentra cómodo en la cama, relajado (recordemos que un vaso de leche caliente antes de acostarle va a relajarle debido al triptófano, un sedante natural de dicho alimento).

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Otra solución es tranquilizarle abrazándolo y dándole cariño, en numerosas ocasiones es la mejor terapia.

¿Qué se puede hacer cuando nos acusa de robo?

El enfermo de Alzheimer en numerosas ocasiones acusa al cuidador o al familiar más cercano de que estos le han robado determinados objetos: un reloj, una prenda de vestir, una joya o cualquier otra cosa.

El problema reside en que dejan los objetos en cualquier lado y posteriormente no son capaces de recordar el lugar donde los pusieron, siendo consecuencia todo ello de los propios déficits cognitivos producidos por la propia enfermedad.

La persona enferma cree que lo que ha perdido ha sido porque se lo han robado y tienden a culpar de ello al familiar más cercano o al propio cuidador. Una vez dicho esto, los acusados buscan afanosamente lo extraviado, pudiendo aparecer en los sitios más inverosímiles, como puede ser la nevera de casa, una olla express, dentro de un zapato o en cualquier otro lugar.

- En primer lugar, no sentirnos nunca acusados cuando nos señalan como culpables del robo. En definitiva, no darle importancia a ese comportamiento.
- Evitemos preguntarle dónde ha puesto los objetos, ya que ni lo sabe ni se acuerda, ni le culpemos de lo ocurrido.
- Ayudémosle explicándole aquello que no entiende y diciéndole que vamos a buscar lo que le falta.
- Limitemos el número de lugares donde pueda esconder las cosas, dejándole, por ejemplo, en su habitación la mesita y un cajón en el armario, lo que nos va a facilitar encontrar los objetos "extraviados".

¿Qué hacer cuando se asusta de su propia imagen en el espejo?

Sabemos que la enfermedad de Alzheimer ocasiona una ruptura de las células nerviosas (neuronas) que forman el cerebro, provocando cambios en el mismo y ocasionando que no vuelva a trabajar como solía hacerlo, llegando un momento en el que el propio enfermo es incapaz de pensar, recordar, tomar decisiones o entender las cosas como lo hacía antes.

Los cambios en la conducta explicados en las páginas anteriores ya hemos visto que no son intencionados, sino que están causados por la propia enfermedad y provocados por el avance de la enfermedad con el paso del tiempo.

La agnosia (pérdida de la capacidad para poder reconocer a las personas con las que el paciente convive e incluso para poder reconocerse a sí mismo) se hace cada vez mayor, llegando un momento en el que puede no ser capaz de reconocer a sus familiares con los que convive e incluso a desconocer su propia imagen cuando se mira ante el espejo, llegando en ocasiones a asustarse al pensar que “allí hay otra persona que antes no había visto nunca”.

¿Qué podemos hacer?

- En primer lugar, debemos tener infinita paciencia, recordemos que no es él quien hace eso, sino su enfermedad, y esta es la que olvida, grita o hace que no se reconozca ni nos reconozca.
- Reaccionemos con tranquilidad, evitando discutir con él, poniéndole más nervioso aún.
- Procuremos distraerlo llevándolo a otro lugar de la casa y realizando alguna actividad.
- Utilicemos nuestro contacto personal, nuestro cariño, nuestras caricias y toda nuestra atención para evitar esas situaciones extrañas.
- Si son cuadros o espejos los que le confunden, podemos taparlos o incluso retirarlos para evitar ese comportamiento y proporcionarle de esta manera la seguridad que necesita.

¿Cómo actuar cuando no quiere tomarse la medicación?

En numerosas ocasiones la persona enferma de Alzheimer u otra demencia actúa de manera agresiva, se niega o llora cuando le damos los fármacos prescritos, porque no puede expresar adecuadamente lo que necesita o porque no le gusta el sabor de los fármacos cuando se disuelven en su boca (generalmente están muy amargos, motivo por el que los rechazan).

En mi trabajo diario empleo varias estrategias a la hora de administrar la medicación a un enfermo de Alzheimer, entre ellas las siguientes:

- Si es solo un fármaco, generalmente se lo trituro con un machacador de los que venden en la farmacia y posteriormente dándole vueltas se lo disuelvo en un vasito de zumo.
- En otras ocasiones y si el paciente es capaz de tragar adecuadamente (aún conserva el reflejo de succión y deglución), mezclo poco a poco cada fármaco (sin machacar) con una cucharada de mermelada sin azúcar (generalmente una porción individual o unidosis), y con toda la paciencia y cariño

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

del mundo se lo voy introduciendo en la boca tragándolo generalmente sin esfuerzo. La experiencia me ha enseñado que a numerosos enfermos con demencia les encanta el dulce, por lo que no les cuesta trabajo tragar los fármacos mezclados sin machacar, no así cuando son varios y se los machacas porque en este caso los escupen, ya que les saben amargos.

- Evitar las discusiones, ya que solo le causarán tensión y confusión al paciente, es preferible en ocasiones ceder y volver a los 10 minutos para intentar que se lo tome de nuevo. Tengamos en cuenta que lo ocurrido es culpa de la enfermedad, nunca del enfermo.

¿Qué puedo hacer para aumentar la seguridad del enfermo de Alzheimer?

Al final de la primera fase de la enfermedad y fundamentalmente en la etapa moderada de la misma es conveniente conocer que pueden producirse problemas debido a la pérdida de memoria y a la desorientación, que en ocasiones llegan a poner en peligro la seguridad personal de los enfermos y de quienes conviven con él.

Por este motivo se considera importante establecer un plan que sea conocido por todos los componentes de la unidad familiar con objeto de mantener dicha seguridad.

Fundamentalmente, ese plan consiste en realizar cambios en el entorno ambiental para lograr un hogar lo más sencillo posible, agradable, cómodo y seguro, que no cause desorientación en el enfermo (recordemos que puede desorientarse fácilmente simplemente porque le cambiemos de lugar los muebles que han estado en el mismo sitio toda la vida).

Dichos cambios van orientados a:

- Retirar alfombras, cables por el suelo y moquetas con las que el enfermo pueda tropezar, así como los muebles con aristas o de cristal.
- Conseguir un entorno estimulante que contribuya a la reorientación de la persona enferma, como pueden ser grandes relojes, calendarios, letreros o dibujos en las puertas, puzles con la época y estación del año en que está, etc. De esta forma estaremos estimulándole y a su vez le evitaremos que se desoriente aún más.
- Procurar que exista suficiente luz en toda la casa.
- Conseguir una temperatura agradable y estable en toda la vivienda (alrededor de 21 °C).

- Informar a los amigos que acudan a visitarle para que lo realicen avisando con antelación, al objeto de hacerlo de una forma programada, evitando en el enfermo la desorientación que le produce cuando coinciden muchas personas distintas a la vez.
- Mantener cerradas aquellas puertas correspondientes a habitaciones donde el paciente no es conveniente que entre.
- Colocar cerrojos de seguridad en aquellas puertas o ventanas que den a lugares potencialmente peligrosos, como pueden ser las escaleras, terrazas, piscina, etc.
- Tener cuidado con los productos de uso doméstico (limpiadores, lejías, detergentes, etc.) por el peligro que puede ocasionarle si lo ingiriese, haciendo lo mismo con el botiquín y medicamentos, manteniéndolos bajo llave.
- Tener duplicado de los siguientes documentos: DNI, tarjeta de la Seguridad Social, documentos bancarios, etc. Teniendo una copia bajo llave donde él no tenga acceso.
- Tener duplicado de las gafas o audífono (si los usa), las llaves, etc.
- Controlar y vigilar el uso de utensilios peligrosos, como cuchillos, tijeras, batidoras, hornos y fuegos del gas, así como la bombona, etc.
- Instalar alarmas para detectar la fuga de humos y gases.
- Colocar grifos del agua que se cierran solos y de forma automática tras unos segundos de uso.
- Regular el calentador de agua caliente para que salga siempre a la misma temperatura y así evitarle quemaduras.
- En ocasiones es conveniente colocar la cama en el medio de la habitación, por si se levanta desorientado, que pueda hacerlo fácilmente por ambos lados.
- Si es preciso, colocarle barandillas protegidas mediante espuma, para impedir que pueda caerse y hacerse daño.
- Cambiar las lamparitas de noche sobre las mesitas por apliques en la pared para evitar que llegue a ellas y pueda romperlas o quemarse con las bombillas.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Colocar en la ducha (mejor que la bañera para favorecer su entrada y salida sin riesgo a que pueda caerse), alfombrillas antideslizantes, así como asideros que faciliten su agarre, entrada y salida.

Conforme avance la enfermedad, el paciente reduce su actividad y con ello disminuyen las situaciones peligrosas definidas (dejar el gas o el fuego abierto, los grifos sin cerrar, o beber lejía al confundirla con agua, etc.), y aparecen los problemas derivados de la inmovilización.

¿Qué podemos hacer cuando se niega a efectuar actividades físicas?

El deseo de caminar es uno de los comportamientos más peligrosos relacionados con la enfermedad de Alzheimer, ya que, además de perderse (lo que suele ser habitual en la segunda fase de la patología), su confusión puede llevarle a tener un accidente (puede ser de tráfico al cruzar una calle con el semáforo en rojo para los peatones, o incluso hasta de frío en el invierno al no saber regresar a casa, o simplemente y lo más habitual que es el tropezar cayéndose y producirse una fractura de fémur, cadera o extremidades superiores). Para evitarlo es primordial tomar las medidas adecuadas y saber cómo actuar cuando la situación ocurre.

Es conveniente que el enfermo, como todas las personas y más aún las de edad avanzada, mantenga una actividad física adecuada relacionada con su estado físico y edad, de esta forma se va a prevenir la aparición de numerosos problemas relacionados con la inactividad y el aburrimiento.

Pasear por el parque, ir al mercado para realizar la compra, acudir a misa o a la peluquería, visitar a los amigos, etc., pueden y deberían convertirse en actividades habituales para las personas mayores.

¿Qué puedo hacer cuando realiza movimientos repetitivos?

Ante todo debemos tener infinita tranquilidad y recordar que el único culpable de lo que le ocurre es la propia enfermedad que padece. Los movimientos repetitivos son habituales y es una queja habitual en los cuidadores, ya que les cuesta aguantar que saque una y otra vez las cosas de los mismos cajones, o quitar los cojines del sofá y dejarlos delante de la puerta, o deshacer la cama o incluso balancearse hacia delante constantemente.

Las medidas a tomar, además de las explicadas anteriormente, pueden ser las siguientes:

- No prohibir la actividad ni recluirle; quizás lo que para nosotros es absurdo y no tiene ningún sentido, para la persona enferma es algo muy importante que tiene que seguir haciendo (siempre que la actividad no sea peligrosa, en

este caso debemos intentar entretenerle para, poco a poco, cambiársela por otra).

- Procurar mantenerle ocupado con otras actividades menos molestas y más llamativas para él: recortar, realizar puzles, introducir o sacar objetos dentro de un cubo de colores (como los de los peques), etc.

¿Qué puedo hacer cuando aparece la hipoactividad?

Según avance la enfermedad la persona enferma de Alzheimer va a ir reduciendo poco a poco su movilidad física e incluso puede llegar el momento al final de la tercera fase en que los sistemas corporales (extremidades superiores e inferiores) sufran un deterioro general, llegando incluso a la rigidez en posición fetal.

Para evitar la inmovilidad podemos realizar movilización tanto activa (por él mismo mientras pueda), como pasiva (efectuada por nosotros moviéndole todas las articulaciones: cabeza y cuello, hombros, codos, manos y dedos, muslos, pantorrillas, tobillos y pies).

Movilizaremos y masajearemos las zonas más alejadas o distales para facilitar el retorno venoso, manteniendo siempre una buena alineación corporal, de esta forma tan simple evitaremos la aparición de rigideces, malformaciones e incluso las tan temidas escaras o úlceras por presión.

¿Qué hacer ante los problemas de eliminación urinaria y/o fecal, o ambas?

Generalmente, los trastornos de la eliminación van a hacerse presentes conforme va avanzando la enfermedad. Cuando la incontinencia aparece de forma repentina o brusca, en numerosas ocasiones suele tener una causa diferente de la del proceso demencial, por ejemplo, puede ser debida a infección urinaria, ser un efecto secundario de algún tipo de medicación, o a la ingesta de determinados alimentos, etc.

En los casos anteriores, cuando se descubre la causa (que es lo que se debe buscar de forma prioritaria), al subsanarlo se acabó el problema.

Lo que aparece con cierta frecuencia o asiduidad en las personas enfermas de demencia es la incontinencia funcional ocasional, siendo este un problema importante, ya que origina y ocasiona una gran dependencia, y al que los familiares y cuidadores de este tipo de enfermos tienen miedo de enfrentarse.

En la fase inicial de la enfermedad, la incontinencia urinaria y/o fecal puede ser ocasional, aunque el enfermo suele ser capaz de controlar los esfínteres en ambos casos. En la fase media, sin embargo, en un primer instante los episodios

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

de incontinencia urinaria va a pasar, conforme avanza la enfermedad, a la incontinencia fecal, donde ya suelen ser frecuentes ambos.

En la fase avanzada o final de la enfermedad tanto la incontinencia urinaria como fecal ya es total, siendo la persona con demencia completamente dependiente de la persona que cuida del enfermo, ya que este por sí mismo es incapaz de valerse en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Cuando la incontinencia urinaria aparece es conveniente que conozcamos algunas normas muy simples y sencillas que nos pueden ayudar en un primer momento a salir del paso y posteriormente a controlar la situación:

- Procuremos que no se orinen encima, y cuando esto ocurra, no realizar en ningún momento ante el enfermo comentarios desagradables, humillantes ni alusivos a la situación.
- Es conveniente señalar dónde se encuentra el cuarto de baño, bien con un dibujo del inodoro pintado, mediante una fotografía o a través de un cartel con letras grandes.
- La llegada al cuarto de baño debe estar libre de objetos que obstaculicen el acceso por parte del paciente.
- Es conveniente realizar un horario determinado para acompañarle al inodoro cada vez que preveamos que el paciente necesite eliminar, generalmente cada 2-3 horas.
- Durante la noche el camino desde el dormitorio al cuarto de baño puede señalizarse mediante luces piloto o dejando una luz encendida en el aseo que sirva como orientación a la persona enferma.
- Cuando sea necesario quizás sea conveniente no administrarle líquidos al enfermo a partir, por ejemplo, de las 19 horas (7 de la tarde), y conseguir que el enfermo miccione antes de acostarse.
- La simplificación en los vestidos es fundamental, evitando las cremalleras, cinturones y colocando velcros a fin de hacer más sencillas y fáciles las maniobras de desvestido.

Bibliografía

- Del Ser T, Peña-Casanova J. (ed.). Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: JR Prous Editores, 1994.
- Feil N. The Validation Breakthrough. Simple Techniques for Communicating with People with Alzheimer's-Type Dementia. Baltimore: Health Professions Press, 1993.

- Finkel SI, Costa J, Cohen G, Miller S, Sartorius, N. Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia: A Consensus Statement on Current Knowledge and Implications for Research and Treatment. *International Psychogeriatrics*, 1996; 8(Supl. 3):497-500.
- Folstein MF, Bylsma FW. Noncognitive Symptoms of Alzheimer Disease. A: Terry RD, Katzman R, Bick KL (ed.). *Alzheimer Disease*. Nueva York: Raven Press, 1994; 27-40.
- Kaplan HI, Sadock BJ. *Psiquiatría clínica*. Buenos Aires: Editorial Médica Hispanoamericana, 1990.
- Mace NL, Rabins PV. *The 36 Hour Day: A Family Guide to Caring Persons with Alzheimers Disease, Related Dementia Illnesses, and Memory Loss in Later Life*. Baltimore MD: The Johns Hopkins University Press, 1991. (Versión española: *36 horas al día*. Barcelona: Áncora, SA, 1991).
- Mega MS, Cummings JL, Fiorello T, Gornbein J. The Spectrum of Behavioral Changes in Alzheimer's Disease. *Neurology* 1996; 46:130-5.
- Nevado M. *Alzheimer hechos y dichos de sus cuidadores*. Madrid: Obra Social Cajamadrid, 2003.
- Nevado M. *Manual práctico para gerocultores*. Madrid: Obra Social Caja Madrid, 2009.

Manuel Nevado Rey

Actitud ante la detección de las adicciones

Introducción

El estrés crónico puede conducir a la larga al padecimiento de una depresión y favorecer el desarrollo de adicciones, generalmente al tabaco, al alcohol, a las drogas o al juego. En cuidadores de personas con discapacidad este estrés se va incrementando como consecuencia del tiempo de cuidado y el abandono social y físico por el que atraviesa un cuidador.

Las adicciones suponen una válvula de escape cuando uno se siente atrapado en un mundo en el que se encuentra tremendamente solo. Las adicciones forman parte de nuestra sociedad: escuchas los programas deportivos en la radio y te inundan con información de apuestas deportivas en las cuales te prometen la solución económica a muchos de los problemas que tienes a día de hoy, sales a dar una vuelta y todo el mundo te incita a tomar una caña o un vino acompañado de un cigarrillo...

Solo hay que fijarse en la Navidad como potenciador de adicciones: ludopatía (lotería de Navidad), alcoholismo (fiestas de empresa y familia)...

Por ello resulta tremendamente fácil caer en una adicción y tremendamente difícil salir de ellas.

Qué son las adicciones

Las adicciones son hábitos que dominan la voluntad de una persona, provoca una enfermedad física y psicoemocional y genera dependencia hacia sustancias, actividades o relaciones causada por la satisfacción que esta causa a la persona (codependencia).

Las adicciones suelen ser una respuesta de ansiedad a nivel motor que surge como consecuencia de situaciones de estrés que generan inadaptación en las personas que la padecen. Los deseos producidos por la adicción consumen los pensamientos y comportamientos (síndrome de abstinencia) del adicto, y estos actúan

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

en aquellas actividades diseñadas para conseguir la sensación o efecto deseado y/o para comprometerse en la actividad deseada (comportamientos adictivos).

Las adicciones deterioran la vida real y traen consigo problemas gravísimos en la esfera social, afectiva, personal, familiar y económica en la persona afectada.

Tipos de adicciones

Actualmente se considera adicción cualquier actividad que la persona es incapaz de controlar, que lo lleve a conductas compulsivas y que perjudique su calidad de vida. En muchas de las adicciones hay que tener en cuenta la presión social sobre los afectados, resulta difícil resistirse a tomar una caña o un vino con los amigos, echar una quiniela o tomar un ansiolítico cuando uno se encuentra especialmente nervioso. Este tipo de conductas están tan arraigadas en la sociedad actual que dificultan muchísimo la rehabilitación de los afectados y su vuelta a la reinserción social.

Los principales tipos de adicciones son las siguientes:

Drogodependencia

Se trata de una enfermedad de carácter crónico que afecta progresivamente al que la padece. Caracterizada por el consumo de una sustancia lícita o ilegal que provoca en el ser humano la imperante necesidad de seguir ingiriendo para alcanzar un estado emocional, y por lo tanto conductual, que le provoque la sensación que él o ella "necesite". De aquí se desprende por qué la mayoría de los adictos tienen una droga de preferencia.

Consiste en el consumo de una sustancia que afecta al sistema nervioso central y al cerebro, produciendo alteraciones tanto en el comportamiento como en el juicio.

La dependencia es la necesidad que tiene el drogadicto de consumir droga. Puede ser de dos tipos:

- **Física:** cuando el individuo deja de tomar droga se producen cambios en su aspecto físico. Pasa, por ejemplo, en el estado de abstinencia.
- **Psicológica:** se produce cuando el individuo toma droga debido a la euforia que esta produce. Cuando no la toma experimenta un descenso emocional.

Alcoholismo

El alcoholismo consiste en el consumo abusivo de bebidas etílicas, generando una dependencia a las mismas y produciendo en la persona problemas físicos

y mentales importantes que pueden dar lugar incluso a la aparición de un tipo de demencia específico en personas alcohólicas, como es el síndrome de Korsakoff.

Tabaquismo

Se produce cuando la persona genera una adicción al tabaco. Esto es debido a que entre sus componentes se encuentra la nicotina, que es una sustancia adictiva y estimulante.

Constituye una de las principales causas de muerte en todo el mundo y entre sus efectos cabe destacar la disminución de oxígeno que llega al cerebro debido al aumento del dióxido de carbono.

Ludopatía

La ludopatía se produce en aquellas personas que recurren al juego como fuente de evasión. Es un trastorno consistente en la necesidad de jugar (apostar) continuamente. Está reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su clasificación internacional de enfermedades. Para los ludópatas el juego es una enfermedad que constituye una obsesión y una pérdida de control total y absoluta de sus vidas.

Farmacodependencia

Adicción relativa al consumo de fármacos, principalmente benzodiazepinas; estas comienzan a tomarse como respuesta a problemas de ansiedad y a la falta de control en determinadas situaciones que suponen estrés.

Emocionales

Referentes a personas que nos hacen daño, pero que generan fuerte dependencia y de las cuales resulta muy difícil salir, generando daño para uno mismo en todas las esferas de la vida.

Adicciones múltiples

Se producen cuando se suman varias adicciones, por ejemplo, tabaco, alcohol y juego.

En cuidadores de personas con discapacidad la adicción a los fármacos es más habitual en mujeres, y al alcohol y al juego en hombres.

Características

Es importante diferenciar lo que es una adicción de otro tipo de comportamiento. A una persona le puede gustar mucho una actividad en concreto y no por ello constituir un problema de índole adictiva. Las características diferenciales hay que buscarlas en los efectos que producen, como puede ser el progresivo deterioro de la calidad de vida, motivado de un modo directo por las consecuencias de la actividad en cuestión.

Otra característica que se presenta invariablemente es la pérdida del control; ser incapaz de evitar la práctica compulsiva, aunque el adicto lo vea de otra manera. Esto es así, porque esta es otra particularidad que siempre está presente: el autoengaño y la negación del problema, lo que conduce a una falta de perspectiva a la hora de asociar el deterioro personal con el comportamiento adictivo que lo provoca, y por ende, no ver la necesidad de buscar ayuda. Muchas adicciones, además del daño que se inflige uno mismo, se caracterizan por otros daños colaterales, particularmente al entorno más próximo, como la pareja o la familia.

- Son personas que pasan la mayoría del tiempo pensando en una sustancia, actividad o persona.
- Dan vueltas y vueltas a los pensamientos y se inventan una y mil mentiras para evitar asumir la realidad de la adicción.
- Manipulan constantemente, mienten para conseguir el objetivo y ocultar la realidad.
- Cuando razonan son conscientes de que la sustancia, actividad, etc., les está causando problemas importantes y muy serios, pero continúan buscándola.
- Consideran que controlan la situación y que pueden dejarlo cuando quieran; la realidad es otra, no pueden controlar el impulso sobre el estímulo adictivo y tienen la sensación de volverse locos si no lo consiguen.
- Intentan abandonar la adicción y consideran que pueden hacerlo por sí mismos, de esta manera se autoengañan.
- Como consecuencia de la conducta adictiva se acostumbran a perder (perder el trabajo, una relación amorosa, amistades u otro tipo de oportunidades).
- Mienten sobre la adicción: solo fumo de vez en cuando, solo tomo dos cañas, solo juego a las quinielas...
- Generan deudas, principalmente; se generan adicciones múltiples (alcohol, juego...).

- Asocian la adicción a momentos de placer, por lo que los refuerzos son mucho más potentes.

Ansiedad y adicciones

La relación existente entre trastornos psicológicos como la ansiedad y el aumento de las conductas adictivas tiene un sentido de carácter bidireccional, uno da lugar al otro y viceversa. A nivel científico recibe el nombre de patología dual, es decir, la relación existente entre un problema psicológico (ansiedad, depresión...) y su relación con el consumo de sustancias o actividades adictivas (alcohol, juego u otro tipo de drogas).

En la mayoría de las ocasiones la adicción está estrechamente relacionada con problemas psicológicos, bien como iniciadores de la adicción o como consecuencia de la aparición de la misma.

Así comprobamos que en pacientes con trastornos de ansiedad la presencia de trastornos de alcoholismo se sitúa entre el 15-33%. La diferencia del intervalo depende del trastorno de ansiedad estudiado, siendo máximo en trastornos de fobia social y menor en trastornos de pánico o de agorafobia.

En la gran mayoría de pacientes el trastorno de ansiedad aparece con anterioridad a la dependencia de alcohol, debido probablemente a que estas personas utilizan esta sustancia como un medio de autotratamiento para intentar disminuir las manifestaciones de ansiedad debido a las "conocidas" propiedades ansiolíticas del alcohol.

Otras adicciones, como el juego patológico, siguen el mismo proceso que el alcohol y se desarrollan como una vía de escape ante problemas de la vida diaria, mediante el cual encontrar refuerzos rápidos a situaciones complejas.

Por todo ello hay unos conceptos básicos que hay que tener en cuenta en todos estos procesos:

- Un abordaje multidisciplinar del mismo.
- Es importante apoyarse en las redes sociales del adicto (familia, amigos, pareja...) para conseguir y supervisar los procesos de rehabilitación de los mismos.
- Las adicciones y la ansiedad pueden formar parte de un conjunto general de trastornos, que de alguna forma pueden estar relacionados, debido a una base genética similar en ambos casos. Hay estudios familiares que así lo demuestran. En otros ensayos se observa que familiares afectos de

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

personas con problemas de adicciones y síndrome de ansiedad tienen más posibilidades de sufrir un trastorno de ansiedad que los familiares de personas que solo presentan trastornos de ansiedad.

Algunas causas de la adicción

- **Genética:** los genes no pueden causar una adicción, pero pueden hacer que la persona tenga una inclinación a volverse adicta a ciertas cosas.
- **Ambiente:** las personas pueden volverse condicionadas a través de experiencias evolutivas sociales o culturales.
- **Abuso:** muchos comportamientos adictivos comienzan con la idea de eliminar dolor físico y emocional causado por otra persona.
- **Problemas emocionales:** la ansiedad, la depresión, la frustración, son estados psicológicos de los cuales una persona desea escapar. En el intento de escaparse aumentan las adicciones.

Consejos

374

1. Darse cuenta de que existe el problema

Al igual que en cualquier otro problema que necesite solución, esta pasa por reconocer el problema, por reconocer la adicción. El primer paso para dejar de beber es ser consciente del alcance del problema. Asumir que existe una dependencia y que es necesario abandonarla cuanto antes.

2. Evitar pensamientos justificativos de la adicción

“Esto lo controlo”, “puedo dejarlo cuando quiera” o simplemente evitar pensar en ello y justificar la acción. Y reconocer además que será imprescindible contar con ayuda, que uno solo no puede salir de ello.

3. Ponerse en manos de profesionales cualificados

Para abandonar la adicción a las drogas, al alcohol o al juego es necesario apoyarse en mucha gente y contar con apoyo tanto profesional como social. No puede faltar el equipo sociosanitario (psicólogo, médico...), no solo para controlar que no haya recaídas, sino para corroborar que su organismo esté en el mejor estado posible. Quizá sea necesario recurrir a determinada medicación, pero siempre bajo prescripción médica. Además, el equipo médico también debe tomar parte en la parte psicológica del paciente.

4. Buscar apoyo de la gente cercana

Las adicciones generan ansiedad y depresión, aparece la culpa por el daño hecho a terceras personas, sobre todo cuando comienza el proceso de recuperación de la adicción, por eso es vital dejarse apoyar por los demás.

5. Hacer deporte y comer sano

En líneas generales se recomienda comenzar a desarrollar hábitos saludables tales como el deporte o la comida sana. Con ello se conseguirá mejorar el control cognitivo, mejorar la relajación y aumentar la autoestima mediante el control de objetivos a corto plazo.

6. Controlar los impulsos

Trabajar desde el campo de la psicoterapia para controlar impulsos, para ello se recomienda trabajar la relajación y aprender técnicas de control del pensamiento.

7. Acudir a asociaciones

Hay asociaciones y programas especiales para personas con todo tipo de adicciones, ya sean de pago o de carácter gratuito. Ahí se puede acceder a charlas, reuniones y todo tipo de actividades con más personas con el mismo problema, lo cual servirá de ayuda para, en conjunto, unir fuerzas y luchar por dejar definitivamente la adicción.

8. Tolerancia cero

Algo que debe tener claro una persona adicta a lo que sea (alcohol, tabaco, juego...) es que, una vez que empiece su proceso de recuperación, la adicción debe de desaparecer de su vida (por ejemplo, un ludópata no podrá echar una quiniela o jugar a un videojuego). No vale aquello de "es una ocasión especial", o "solo un trago". Ni en fiestas, ni en ningún otro evento.

9. Evitar malas compañías y lugares

Por malas compañías no nos referimos a gente mala, sino gente que haga peligrar nuestro propósito de dejar la conducta adictiva. Lo importante es nuestra vida y por ello hay que dejar aparcadas determinadas compañías o situaciones que no serán de ayuda. Si, por ejemplo, tenemos un compañero de borracheras, lo mejor es evitarle. O, en todo caso, convencerle y buscar la ayuda mutua para salir juntos del problema.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

10. Buscar hobbies

La falta de aficiones es uno de los motivos que suele conllevar a la aparición de adicciones, por ello y como base de la recuperación es importante trabajar en aspectos que puedan llenar al individuo y ayudarlo en su recuperación.

Estar con los seres queridos para recuperar el tiempo perdido con ellos: los viajes, la lectura, etc., que también serán un buen apoyo para continuar con una vida plena y sana.

11. Potenciar la autoestima y marcarse objetivos a corto plazo

Ser conscientes de que se puede salir, que se puede controlar. Los problemas pueden aparecer, pero lo que está claro es que nunca desaparecen como consecuencia del consumo de sustancias, sino que lo que hacen estas es cronificar e incrementar los problemas.

12. Trabajar las emociones

Expresar mis sentimientos, manejar la culpa, pedir perdón por el daño causado a terceros; en definitiva, potenciar la expresión emocional será clave para mejorar las conductas adictivas y mejorar el día a día.

376

Bibliografía

- Becoña Iglesias E, Cortés Tomás M. Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Edit. Socidrogra. Ministerio de Trabajo y Sanidad, 2010.
- Becoña Iglesias E, Cortés Tomás M. Manual de adicciones para psicólogos. Ministerio de Trabajo y Sanidad, 2011.
- Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. Manual de trastornos adictivos, 2011.
- De Asís Babín Vich F. Programa de prevención en drogodependencia. Edit. Ayuntamiento de Madrid, 2008.

Gregorio Jiménez Díaz

Paciente anciano con múltiple comorbilidad

El progresivo envejecimiento de la población condiciona un incremento de las personas que presentan una acumulación de enfermedades crónicas. La importancia de este acúmulo de enfermedades estriba en que se debe de contemplar como un factor de riesgo de eventos adversos de salud, es decir, mayor riesgo de deterioro funcional, discapacidad, dependencia, institucionalización, hospitalización, peor calidad de vida y, finalmente, mayor mortalidad. El primer problema que nos encontramos al abordar esta situación es el meramente semántico, ya que en la literatura encontramos diferentes términos que se refieran a ella. La definición de comorbilidad hace referencia a la presencia concurrente de dos o más enfermedades diagnosticadas médicamente en el mismo individuo, con el diagnóstico de cada una de estas enfermedades basado en criterios establecidos y no relacionadas causalmente con el diagnóstico primario; de hecho, la definición original es "cualquier entidad distinta adicional que ha existido o puede ocurrir durante el curso clínico de un paciente que presenta una enfermedad índice en estudio". Posteriormente se describió el término de multimorbilidad para describir la coocurrencia de múltiples enfermedades agudas o crónicas y situaciones médicas en la misma persona.

En la comorbilidad, la definición implica que el interés está centrado en una patología índice y en los posibles efectos de otras afecciones comórbidas sobre el pronóstico o tratamiento. En contraste, la multimorbilidad es la concurrencia de condiciones o enfermedades en la misma persona con un interés cambiante respecto a la que es condición índice y las condiciones comórbidas. Este término incluye enfermedades tradicionales y síndromes tales como enfermedad cardiaca, diabetes, enfermedades reumatológicas, enfermedad pulmonar crónica o la demencia; el concepto suele ampliarse para incluir otras enfermedades crónicas comunes, como el estreñimiento, caídas, alteraciones del sueño o déficits sensoriales. Estos dos términos aparecen en la literatura médica utilizados muchas veces de manera indistinta, a pesar de representar diferentes conceptos. Multimorbilidad se utiliza con mayor frecuencia en Europa y en publicaciones, y aunque la mayoría de las escalas se identifican como "índices de comorbilidad", lo que miden realmente es multimorbilidad, puesto que no se refieren a una enfermedad guía. A efectos prácticos utilizaremos el término comorbilidad, englobando los dos significados expuestos.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Desde un punto de vista geriátrico, la comorbilidad en el anciano condiciona mayor vulnerabilidad y riesgo de deterioro funcional y discapacidad, por lo que debe interpretarse en el contexto de una valoración integral que incluya la evaluación de disfunciones preclínicas asociadas al envejecimiento, medidas de fragilidad y aspectos funcionales, mentales y psicosociales. La figura 1 muestra un intento de integrar la comorbilidad en el modelo geriátrico.

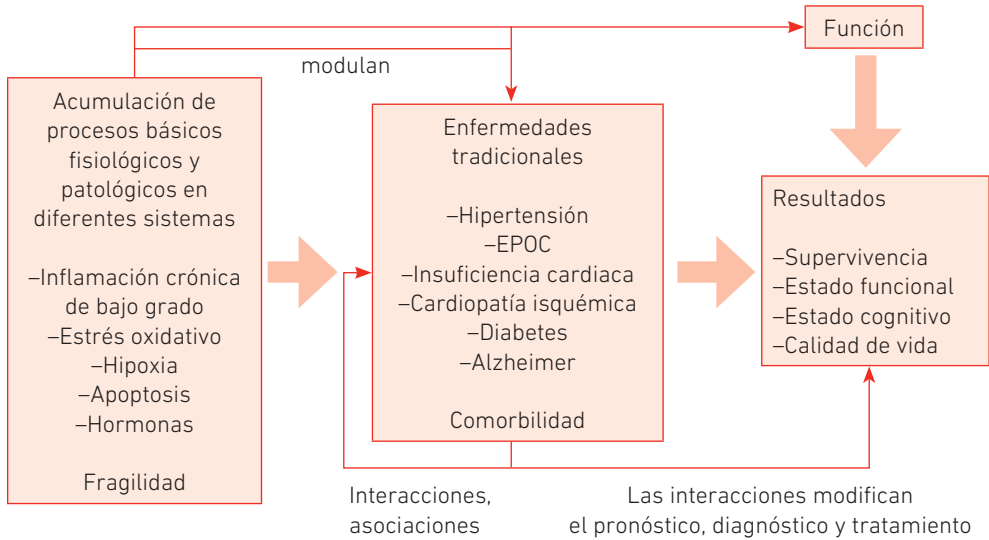


Figura 1. Integración de la comorbilidad en el modelo geriátrico

Importancia de la comorbilidad

Como ya se ha mencionado, la presencia de múltiples enfermedades es muy frecuente en edades avanzadas, lo que, unido a los avances en la atención médica y la salud pública que han permitido a la gente vivir más tiempo con enfermedades incurables, el número y la proporción de pacientes con múltiples enfermedades crónicas están aumentando. Sin embargo, las estimaciones exactas de prevalencia varían mucho en los diferentes estudios, ya que dependen del tipo y número de las condiciones consideradas en la definición de comorbilidad y del entorno en que se hayan realizado.

En una reciente revisión sistemática se concluye que más de la mitad de la población anciana presenta comorbilidad y que esta se incrementa en los muy ancianos, en las mujeres y entre las clases sociales más desfavorecidas. Diversos estudios poblacionales han descrito que el 24% de los mayores de 65 años y el 31,4% de los mayores de 85 padecen cuatro o más condiciones crónicas. En un estudio escocés se encontró que existía comorbilidad en el 23% de una muestra de 1,75 millones de personas incluidas en una base de datos de más de 300 consultorios médicos. En Estados Unidos, analizando los datos del

Medicare, se comprueba que cerca de dos tercios de los beneficiarios mayores de 65 años presentan dos o más enfermedades crónicas, y aproximadamente un tercio tiene cuatro o más patologías. En España existen pocos datos que nos hablen de la prevalencia del problema, pero si se extrapolan datos de forma indirecta obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud, se puede concluir que entre los 65-75 años se padece como media 4,1 enfermedades crónicas, cifra que asciende a 4,7 por persona por encima de los 75 años. Es probable que estas cifras sean mayores si se tiene en cuenta que hay un alto porcentaje de patología crónica infradiagnosticada, así como una serie de procesos subclínicos frecuentes entre esta población que no son tenidos en cuenta en este tipo de estadísticas.

Poco se sabe sobre los factores de riesgo ni sobre los mecanismos patogénicos que conducen a la comorbilidad, ya que ningún estudio ha conseguido encontrar nexo entre esta y factores genéticos, causas biológicas (dislipemia, hipertensión, obesidad), estilos de vida (tabaco, alcohol, sedentarismo) o factores ambientales (contaminación ambiental, entorno social). En este campo se abren interesantes perspectivas que llevan a considerar las enfermedades crónicas como una interfaz entre diferentes procesos fisiopatológicos con nexos comunes (inflamación, estrés oxidativo, apoptosis) y resultados en términos de salud traducidos en deterioro funcional y discapacidad. La investigación futura en estos campos se hace imprescindible, ya que el conocimiento de los factores predisponentes abriría la puerta al desarrollo de estrategias de prevención.

Lo que sí es bien conocido es el impacto de la comorbilidad sobre los resultados de salud, ya que prácticamente todos los estudios demuestran las consecuencias que origina en forma de mayor y más grave desarrollo de discapacidad, peor calidad de vida, mayor mortalidad y mayor consumo de recursos sanitarios, expresado como incremento del riesgo de hospitalización, de requerir estancias más prolongadas y con más complicaciones, de mayor número de reingresos y mayor posibilidad de institucionalización.

Cuantificación de la pluripatología

La manera más sencilla que tendríamos de cuantificarla sería realizar una enumeración del número de enfermedades o procesos crónicos que presenta un individuo; esta estrategia podría tener cierta correlación con el pronóstico, la calidad de vida y los costes, pero el hecho de que todas las enfermedades tengan el mismo peso conduce a que resulte poco útil. Por este motivo se ha considerado que un sistema más adecuado es crear índices que sean acordes al impacto y a los resultados de estas enfermedades. En definitiva, la utilización de estos índices consiste en una reducción de las enfermedades de una persona y su severidad a una puntuación que permita su comparación con otras personas.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

En la revisión de la literatura médica se encuentran hasta doce índices distintos para valorar la comorbilidad. La capacidad predictiva de estos índices depende de varios factores, como las situaciones clínicas incluidas y sus pesos relativos, de la distribución de las comorbilidades en la población de estudio, del objetivo del estudio y de la exactitud de las fuentes de los datos. Una descripción pormenorizada de estos índices escaparía al objetivo de este capítulo y aunque hacer recomendaciones acerca del uso de alguno de ellos es difícil, parece que por sus características psicométricas y su aplicabilidad, el CIRS-G (*Cumulative Illness Rating Scale-Geriatrics*) podría ser el más recomendable para su utilización en población anciana. La herramienta más conocida, el índice de Charlson, así como el ICED (*Index of CoExistent Disease*) o el índice de Kaplan, serían también métodos válidos y reproducibles.

Desafíos en el manejo de la comorbilidad en el anciano

La gran cuestión que debemos plantearnos y que no ha sido contestada, es cómo debe ser la atención que requieren los pacientes ancianos con gran carga de comorbilidad. La práctica de la medicina basada tradicionalmente en la enfermedad se facilita con las guías de práctica clínica, que ponen a nuestro alcance la mejor evidencia para el manejo de una patología. Desgraciadamente, esta situación se complica cuando tenemos varias enfermedades que controlar, porque el seguimiento de cada una de las guías de cada patología conduce a una atención fragmentada y poco coordinada, dando lugar a planes de tratamiento que son ineficientes, ineficaces o incluso perjudiciales para los pacientes con comorbilidad. Reflejo de esta situación es la aparición de algunas guías de práctica clínica que intentan adaptar algunas de sus recomendaciones a la situación de pacientes con mayor complejidad clínica.

En los últimos años, se han descrito diversas estrategias para mejorar la atención de pacientes ancianos con marcada comorbilidad y gestionar los diferentes desafíos que origina esta situación. Una revisión sistemática de diez estudios clínicos realizados en esta área mostraba los resultados de diferentes intervenciones multidisciplinares, concluyendo que aquellas que iban enfocadas hacia factores de riesgo específicos de cada paciente o hacia la situación funcional eran las que obtenían mejores resultados. Es importante señalar que cualquier estrategia dirigida al manejo del paciente con comorbilidad no debe ceñirse exclusivamente al tratamiento, sino que el completo espectro de la atención debe comprender, además, las intervenciones dirigidas al cribado, las medidas preventivas y muy especialmente las dedicadas al paciente con enfermedad avanzada.

Algunas sociedades científicas han ido tomando posiciones para ofrecer vías para conducir la atención de estos complejos pacientes. Así, la American Geriatrics Society convocó un panel de expertos cuyas opiniones condujeron a la elaboración de una guía clínica para el manejo del anciano con comorbilidad que vio la luz en 2012 (figura 2) y cuyos principales campos de intervención son:

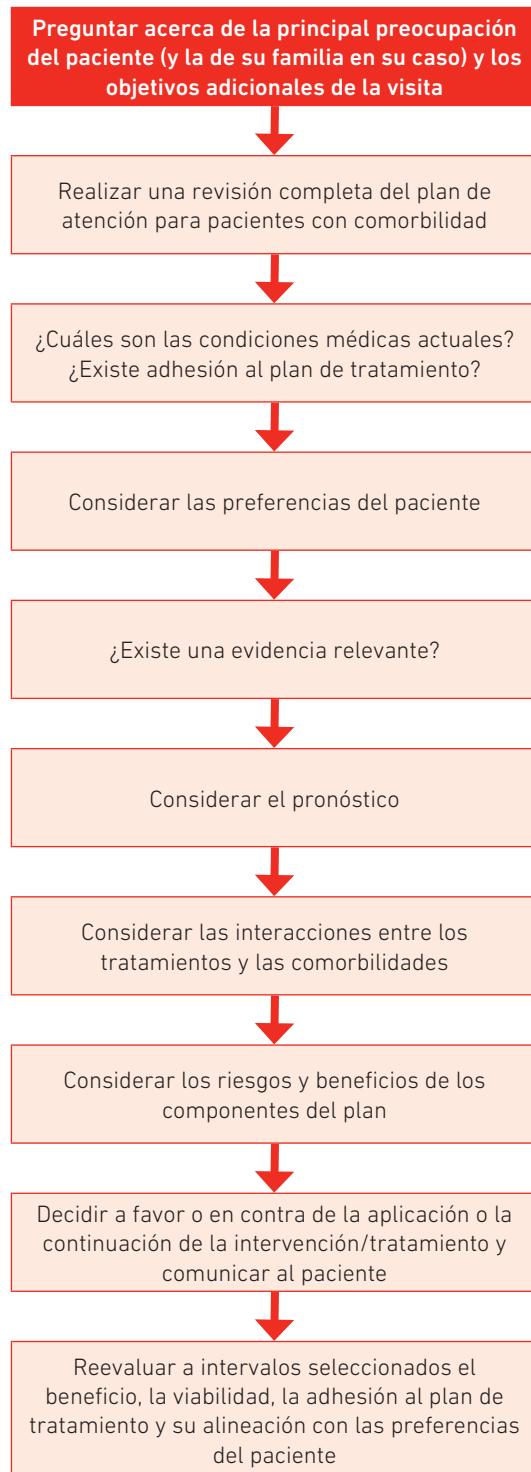


Figura 2. Aproximación al manejo del anciano con comorbilidad

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Suscitar e incorporar las preferencias del paciente en la toma de decisiones clínicas.
- Reconocer las limitaciones de la evidencia en la interpretación y aplicación de la literatura médica para adultos mayores con comorbilidad.
- Enmarcar las decisiones de manejo clínico en el contexto de los riesgos, cargas, beneficios y del pronóstico (esperanza de vida, estado funcional, calidad de vida).
- Considerar la complejidad del tratamiento y su viabilidad en la toma de decisiones clínicas.
- Elegir terapias que optimicen los beneficios, minimicen los daños y mejoren la calidad de vida.

De acuerdo con estos principios vamos a intentar resumir las principales intervenciones que deberían ser tenidas en cuenta para promover en estos pacientes una atención coordinada, segura, de calidad, que tenga en cuenta las preferencias del paciente y que sea viable en el actual sistema de salud.

Facilitar que el paciente declare sus objetivos y prioridades

382

Cada vez se encuentra más acuerdo en percibir que el verdadero norte que debe perseguir la calidad en la asistencia sanitaria es la experiencia de los pacientes. Esto se hace aún más relevante en el caso de la comorbilidad. El diálogo sobre los objetivos y prioridades del paciente incluye un análisis de la toma de decisiones médicas para el inicio o suspensión de tratamientos farmacológicos, las hospitalizaciones o derivaciones a los servicios de urgencias, la realización de determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos y recomendaciones para cambios de hábitos, tales como restricciones dietéticas y frecuencia de monitorización de determinadas constantes (presión arterial, glucemia...), así como, llegado el caso, de sus preferencias al final de su vida. Es importante que el paciente exponga sus preferencias solo después de haber recibido una información adecuada acerca de los beneficios y de los riesgos esperables de cada una de las opciones. Alguna de las decisiones sensibles serían, por ejemplo, iniciar tratamientos que podrían mejorar una patología y empeorar otra o terapias que pueden conferir beneficios a largo plazo, pero que originan problemas a corto plazo.

Lógicamente, este proceso puede llevar cierto tiempo y debe ser flexible. Es probable que el paciente quiera incluir en el proceso a familiares o cuidadores. En el caso de pacientes con deterioro cognitivo que no pueden comprender claramente el alcance de las decisiones, sería interesante que los familiares

participaran con los clínicos en aclarar los objetivos y preferencias. Finalmente, hay que señalar que las preferencias pueden cambiar en el tiempo y que habría que revalorarlas periódicamente, especialmente cuando se produce un cambio en el estado de salud del paciente.

Coordinación de la atención

Los pacientes con comorbilidad experimentan encuentros clínicos frecuentes con múltiples profesionales de diferentes niveles asistenciales (Atención Primaria, hospitalización, urgencias, atención domiciliaria, centro residencial). Cada uno de estos profesionales puede plantear en su área de intervención y de forma aislada modificaciones al plan de cuidados, lo que puede traducirse en recomendaciones inconsistentes, enfrentadas o duplicadas, y así dar lugar a confusión en el paciente, errores y costes innecesarios. Además, cada vez se encuentra más evidencia que señala a las transiciones entre niveles como situaciones de alto riesgo de errores, en especial para los pacientes complejos. Entre estas situaciones destacarían los episodios de hospitalización y sus procesos de alta, así como los de los servicios de urgencias.

Un componente esencial de la atención de alta calidad para los pacientes con comorbilidad es la coordinación de un plan de atención uniforme, que se transmite a través de los distintos niveles asistenciales y profesionales. En este sentido, sería de vital importancia contar con una historia clínica electrónica accesible desde los diferentes niveles del sistema sanitario, ya que se facilitaría el acceso y el intercambio de información entre los distintos profesionales, permitiendo así una mejor coordinación de la atención.

Papel de los cuidadores

Cada vez se está dando más importancia al papel que juegan los familiares y cuidadores, tanto remunerados como informales, en la atención global de los pacientes clínicamente complejos, ya que influyen en la adherencia y la toma de decisiones, complementan el cuidado personal, y con frecuencia acompañan a los pacientes a consultas. Aunque sigue habiendo dudas sobre cómo participar de manera óptima e integrar esta red de apoyo, estos agentes son con frecuencia esenciales en la gestión de la “visión global” para los pacientes con comorbilidad.

Modelos de atención innovadores

En los últimos años se han venido desarrollando nuevos modelos de atención que están resultando prometedores en su capacidad para promover una atención más transparente, eficiente e integral para los ancianos con comorbilidad.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Estos programas suelen incorporar muchos aspectos del modelo de atención crónica propuesto por Wagner y que hace hincapié en los elementos del sistema que promueven la atención coordinada mediante la creación de asociaciones entre los pacientes, sus familias y cuidadores informales, y los profesionales sanitarios. Ejemplos de estos modelos de atención encontramos en el *Guided Care*, el *Program of All-Inclusive Care of the Elderly* (PACE), el *Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders* (GRACE) y el *Patient-Centered Medical Home*. Intentos de desarrollar programas parecidos en nuestro medio se han llevado a cabo en áreas donde se ha integrado la prestación sanitaria con los servicios sociales.

Menos puede ser mejor

Toda intervención, hospitalización o medicación prescrita conlleva un potencial riesgo, que se acentúa en los pacientes ancianos y más especialmente cuando existe comorbilidad. Por tanto, se debe prestar una consideración cuidadosa a cada decisión de tratamiento que adoptemos y adaptarse a la ecuación global de beneficio potencial frente a la carga, el riesgo y el pronóstico vital. Por ejemplo, en el tratamiento de los pacientes ancianos con diabetes, las directrices de la American Geriatrics Society recogen la necesidad de dar prioridad a los objetivos de la atención a pacientes con múltiples enfermedades y recomendar objetivos más permisivos para el control de la glucemia y la presión arterial en los pacientes con fragilidad o con limitada esperanza de vida. De la misma manera, hay que ajustar las medidas preventivas al estado de salud de cada paciente; por ejemplo, las medidas de cribado de cáncer deberían de abandonarse en aquellos pacientes en que la expectativa de vida es inferior a los 5 años o en aquellos en que se observa un declinar evidente en su estado de salud. Como ya se ha mencionado, uno de los pilares en que debemos basarnos para enfrentarnos a la toma de decisiones en estos pacientes es en el pronóstico. Para ayudar en su cuantificación, se han venido desarrollando diferentes herramientas para utilizar en diferentes entornos. Para utilizar un esquema temporal, deberíamos categorizar las decisiones para el corto plazo (en 1 año), el medio plazo (en los próximos 5 años) o a largo plazo (más de 5 años); así, en un paciente con una expectativa de vida limitada, las decisiones deberían enfocarse para el corto plazo y dirigirse, por ejemplo, a decidir la intensidad del control y la monitorización de la glucemia o a si puede continuar viviendo solo en su domicilio.

Optimización de los tratamientos

Los paciente ancianos con comorbilidad presentan un elevado riesgo de sufrir polifarmacia, utilización subóptima de los medicamentos, mayor número de reacciones adversas y peor control clínico. Por tanto, las intervenciones deben ir dirigidas a optimizar la adherencia a los tratamientos esenciales y evitar las

prescripciones inadecuadas, mejorando así los beneficios y minimizando los riesgos, lo que conduce a incrementar la calidad de vida.

El primer paso en la optimización de los tratamientos pasa por evitar la prescripción inadecuada, para lo cual existen diferentes criterios que sirven para identificar medicamentos potencialmente inapropiados (Beers, STOPP/START). Hasta el 66% de los pacientes hospitalizados reciben medicación potencialmente inapropiada y hasta el 85% de ellos la mantienen al alta, por lo que es recomendable reevaluar periódicamente los regímenes terapéuticos de estos pacientes. Para ello se pueden usar estrategias, como preguntarse si el problema se puede abordar con medidas no farmacológicas, revisar frecuentemente la lista de medicamentos de nuestros pacientes, iniciar cualquier nueva medicación con dosis bajas para ir incrementándolas poco a poco de manera progresiva, consolidar esquemas de dosificación sencillos o buscar intervenciones farmacológicas polivalentes (por ejemplo, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina –IECA– para la presión arterial, la protección renal y la insuficiencia cardiaca).

Otra forma de promover mejores resultados de salud en los pacientes con comorbilidad es identificar e intervenir sobre cuestiones que afectan de manera transversal a diversas de las patologías crónicas del paciente, como por ejemplo nutrición, actividad física, alteración del sueño, salud mental o sobrecarga del cuidador.

Consideraciones específicas de cada enfermedad

La presencia de comorbilidad obliga con frecuencia a ajustar los planes de tratamiento individual de cada patología, lo que no excluye que en algunas ocasiones haya que priorizar el manejo de uno de los procesos; así, por ejemplo, en algunas ocasiones puede ser necesario un tratamiento agresivo de la insuficiencia cardiaca para evitar las exacerbaciones y hospitalizaciones frecuentes. En cualquier caso, el principio rector en pacientes con comorbilidad debe ser la individualización del tratamiento.

En el caso de la diabetes, una cifra de hemoglobina glicosilada del 8% puede resultar apropiada en personas con esperanza de vida limitada o en aquellos en los que el riesgo de hipoglucemia supera el beneficio de conseguir metas más agresivas. Igualmente, la terapia con insulina puede ser inapropiada en los pacientes con deterioro cognitivo o visual en los que aumenta el riesgo de errores de medicación. En caso de precisar tratamiento hipoglucemiante, se debe preferir utilizar fármacos con un menor riesgo de producir hipoglucemia. Finalmente, debe discutirse con el paciente la intensidad de la monitorización de la glucemia capilar, que deberá adaptarse tanto al tratamiento que recibe como a las capacidades funcionales y cognitivas.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Con respecto a la hipertensión arterial, todos los pacientes deben recibir tratamiento no farmacológico y comenzar el farmacológico cuando los cambios de estilo de vida no han sido suficientes. La reducción de la presión arterial debe ser gradual y ser evaluada regularmente, prestando atención a la presencia de ortostatismo, hipotensión posprandial, caídas o mareo. Cuando se inicie un tratamiento farmacológico, este debe prescribirse minimizando la polifarmacia y teniendo en cuenta que no debe exacerbar otras comorbilidades.

Bibliografía

- Abizanda Soler P, Paterna Mellinas G, Martínez Sánchez, López Jiménez E. Evaluación de la comorbilidad en la población anciana: utilidad y validez de los instrumentos de medida. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2010; 45(4):219-28.
- American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60:E1-E25.
- Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, Meinow B, Fratiglioni L. Aging with multimorbidity: A systematic review. *Ageing Res Rev* 2011; 10:430-9.
- Martínez Velilla NI, De Gaminde Inda I. Índices de comorbilidad y multimorbilidad en el paciente anciano. *Med Clin (Barc)* 2011; 136(10):441-6.
- Palomo L, Rubio C, Gervás J. La comorbilidad en atención primaria. *Gac Sanit* 2006; 20(Supl. 1):182-91.

Gregorio Jiménez Díaz

Atención de personas mayores en el servicio de urgencias

El progresivo envejecimiento de la población tiene un efecto importante sobre los cuidados sanitarios. Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) han venido asistiendo en los últimos años a un incremento del número de visitas que reciben, resultando este aumento más significativo en el grupo de pacientes ancianos; además, este tipo de pacientes también ha sufrido un claro cambio en su perfil, ya que, junto con una edad más avanzada, presenta mayor pluripatología, gran deterioro funcional y un mayor grado de dependencia, así como una más frecuente institucionalización. Este cambio tiene su reflejo en los (SUH), que se constituyen en un área de elevado consumo de recursos y donde las visitas de los mayores de 65 años representan el 30-35% de las atenciones.

La frecuentación de urgencias aumenta con la edad, llegando a ser de 70 visitas por cada 100 personas mayores de 85 años. De 1993 a 2003 la tasa de visitas de mayores de 65 años en Estados Unidos aumentó un 26%, superando a cualquier otro grupo de edad. Pero además, los ancianos vistos en los SUH parecen significativamente más enfermos, ya que el 25,4% precisa ingreso hospitalario, frente al 8% de los menores de 65 años. Los SUH proporcionan una asistencia de gran importancia a esta población, ya que se han convertido en la puerta de entrada al cuidado de alta tecnología, representan la interfase entre el hospital y la comunidad, proporcionan atención a las emergencias y son un recurso disponible 24 horas todos los días del año.

Características generales de la utilización de los SUH por los ancianos

Diferentes estudios parecen reflejar que el paciente anciano utiliza mejor que el adulto más joven el servicio de urgencias, presentando con mayor probabilidad una enfermedad grave y siendo clasificados con mayor frecuencia, con un nivel de atención de muy urgentes y urgentes, cuando se les compara con población adulta de menor edad.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Los patrones de uso de los SUH por los ancianos han sido bien descritos. Estudios en hospitales aislados, multicéntricos y bases de datos multihospital ofrecen unos patrones bastantes similares:

- Representan un importante número de las visitas a urgencias (12-35%).
- Su estancia en el servicio de urgencias es más prolongada (en ocasiones hasta un 50%) y consumen más tiempo del personal y recursos.
- Las características de estos pacientes, junto con la presentación atípica de enfermedades, conducen a que se realicen más pruebas diagnósticas, muchas de ellas invasivas (cateterismos, punciones lumbares...).
- La tasa de ingreso en el hospital es 2,5-4,6 mayor y es más probable que necesiten ingreso en UCI.
- Con mayor frecuencia llegan al SUH en ambulancia.
- Es más probable que sean derivados por su médico de Atención Primaria o del centro residencial.
- Los síntomas cardiopulmonares son los motivos de consulta más comunes (11%). El dolor abdominal, vértigo y debilidad generalizada comprenden aproximadamente el 3% de los problemas.
- Presentan un mayor número de complicaciones, un mayor porcentaje de ingresos y reingresos y tienen mayor riesgo de institucionalización o muerte tras el alta.

388

Resulta fácil comprender que todas estas características implican un gran impacto en la ya elevada presión asistencial de los SUH. Este grupo de pacientes es muy heterogéneo, pero encontramos un subgrupo de enorme importancia no solo desde el punto de vista de consumo de recursos, sino porque engloba a los pacientes con un mayor riesgo de presentar un resultado adverso, entendiéndose por tales: revisita a urgencias, hospitalización, mortalidad, deterioro funcional o dependencia, institucionalización o deterioro de la calidad de vida y sobrecarga del cuidador. El perfil de este paciente en riesgo corresponde al del anciano frágil. De manera práctica, entendemos fragilidad como la vulnerabilidad frente a eventos adversos derivada de la menor capacidad de respuesta frente a las situaciones de estrés como consecuencia de la pérdida de reserva fisiológica de los diferentes sistemas que integran el organismo. Las características del fenotipo clásico fragilidad de Fried (tabla 1) nos permiten ayudar a describir a este tipo de pacientes.

Tabla 1. Criterios de fragilidad de Fried

Pérdida de peso no intencionada

5 kg o bien > 5% de peso corporal en el último año.

Debilidad muscular

Fuerza prensora < 20% del límite de la normalidad ajustado por sexo y por Índice de masa corporal.

Baja resistencia-cansancio

Autorreferido por la misma persona e identificado por dos preguntas de la escala *Center Epidemiological Studies-Depression* (CES-D).

Lentitud de la marcha

Velocidad de la marcha para recorrer una distancia de 4,5 m < 20% del límite de la normalidad ajustado por sexo y altura.

Nivel bajo de actividad física

Cálculo del consumo de calorías semanales por debajo del quintil inferior ajustado por sexo.

La presencia de tres o más de estos criterios nos indica fragilidad.

La prevalencia del anciano frágil varía notablemente en función de la ubicación donde se realicen los estudios y de los criterios diagnósticos que se utilicen, por lo que se describen cifras tan extremas como entre el 5 y el 60%. Con respecto a su prevalencia en los SUH, existen pocos datos publicados, pero sí se han cuantificado algunas de sus consecuencias, ya que requieren ingreso hospitalario en el 24% de los casos, presentan deterioro funcional el 14-45% de los pacientes y suelen tener un mal pronóstico a corto plazo con una mortalidad del 10% y un porcentaje de reingreso del 24% a los 3 meses.

En el anciano frágil parece que la enfermedad aguda actúa como desencadenante de eventos adversos, uno de los cuales es la visita al SUH, lo que hace que se ponga de manifiesto la situación de vulnerabilidad. Por este motivo se empieza a considerar que es clave la identificación de este grupo de pacientes en los SUH.

Problemas específicos de los ancianos en los SUH

El modelo de urgencias actual está diseñado para el paciente agudamente enfermo no para el paciente anciano médicamente complejo y funcionalmente dependiente. En este tipo de pacientes es más difícil la recogida de información. El paciente es visto como nuevo, sin que el médico conozca historia médica, fármacos que toma o circunstancias sociales porque, en general, no existen adecuados sistemas de información. Con frecuencia existen dificultades de comunicación con el anciano porque padece deterioro cognitivo, delirium, hipoacusia.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Los ancianos padecen condiciones que los jóvenes no sufren, algunos diagnósticos comunes tienen en ellos una presentación atípica, toman múltiples fármacos, padecen múltiples enfermedades cuyas manifestaciones se superponen e interfieren en la detección del proceso agudo y padecen con frecuencia problemas de lenta resolución más que un evento agudo. Todo ello complica la presentación, diagnóstico y manejo.

También el proceso de toma de decisiones es diferente en el anciano. No suelen existir directrices avanzadas y las decisiones relacionadas con el final de la vida son complejas. Por ello es frecuente la sobreindicación de ingresos. También puede darse en ancianos, con grave deterioro físico y mental y en situación terminal, un manejo inadecuado, con realización de maniobras diagnósticas y terapéuticas desproporcionadas.

A pesar de que los ancianos representan una considerable proporción de pacientes en los SUH, los profesionales de urgencias generalmente poseen escasa formación en las necesidades especiales de este grupo de pacientes y manifiestan una mayor dificultad en el manejo del paciente anciano, quienes con frecuencia se quejan de la falta de resolución completa de su problema tras su visita al SUH.

Hay problemas documentados con la calidad y continuidad de cuidados que recibe el anciano en los SUH, incluyendo fallo en identificar problemas que se beneficiarían de una evaluación en profundidad (en urgencias o en otro nivel asistencial), fallo en derivar a recursos adecuados y en comunicar al médico de Atención Primaria problemas detectados e intervenciones iniciadas. De hecho las transferencias de información clínica entre niveles asistenciales es uno de los puntos críticos en el manejo de pacientes ancianos clínicamente complejos.

Ya se ha mencionado que el modelo de atención al anciano en la medicina de urgencias no está adaptado al anciano clínicamente más complejo, ya que está basado en el síntoma que motiva la consulta. La valoración integral de este anciano, sumando a la evaluación clínica la situación funcional, mental y social, permite detectar problemas de alta prevalencia en el anciano que con frecuencia no se reconocen en el SUH. Además, un deterioro funcional subagudo no es infrecuente que pueda ser causa de consulta en los SUH y resulta frustrante para la familia que el médico de urgencias no reconozca la importancia de estas limitaciones. Igualmente es un factor de riesgo para pronósticos adversos tanto al alta como al ingreso. Algunos de los problemas prevalentes en ancianos que podemos detectar serían deterioro cognitivo, síndrome confusional, caídas, uso de medicación inapropiada, entre otros.

Recomendaciones para el manejo de pacientes ancianos en SUH

- El respeto a la autonomía y a la dignidad de los ancianos deben de ser los pilares de cualquier atención sanitaria. Este grupo de edad tiene derecho a

una asistencia sanitaria de calidad basada en las necesidades del paciente, sin ninguna restricción diagnóstica, terapéutica o asistencial basada exclusivamente en la edad.

- Los SUH no están preparados ni funcional ni estructuralmente para la atención del paciente anciano clínicamente complejo. Desde el punto de vista de la estructura, se debería recomendar ubicar a los pacientes mayores y especialmente a los más frágiles en zonas con menor nivel de ruido, en las que se pueda permitir el contacto visual y donde se les asegure una estancia confortable y segura, con vigilancia de eventos adversos, como las caídas o el desarrollo de úlceras por presión. Se debería evitar el sondaje vesical siempre que no fuera imprescindible, como en el caso de retenciones urinarias. Dentro de las posibilidades de cada servicio, se debe recomendar el uso de camas en vez de camillas y preferiblemente utilizando almohadas. Siempre que sea posible se debe permitir que el paciente anciano esté acompañado por sus familiares o cuidadores, especialmente en el caso de pacientes con deterioro cognitivo o con riesgo de desarrollar cuadros confusionales. Si no existiera la posibilidad de acompañamiento permanente, habría que recomendar que la separación del paciente y sus familiares sea lo más corta posible. Hay que señalar que la permanencia de familiares reduce la posibilidad de confusión o desarrollo de agitación, lo que redundaría en un menor uso de contenciones en el SUH, tanto farmacológicas como físicas. Finalmente hay que señalar la importancia de los familiares y cuidadores como valedores de la continuidad de la información de los pacientes clínicamente más complejos y con mayor comorbilidad, en ausencia de registros que faciliten la transferencia de información entre niveles asistenciales y muy especialmente en los pacientes con deterioro cognitivo.
- Sería importante identificar de forma precoz los ancianos frágiles que lleguen a los SUH con riesgo de presentar episodios adversos a corto plazo tras ser dado de alta desde urgencias. En la última década, diversos autores han intentado desarrollar escalas breves y sencillas con el fin de identificar este paciente. Estas herramientas suelen ser utilizadas por personal de enfermería en el triaje, con lo que realizaríamos una especie de triaje de fragilidad. Las más conocidas son el *Identification of Senior at Risk* (ISAR) y el *Triage Risk Screening Tool* (TRST). Ambas constan de seis preguntas que valoran esferas clave del paciente, con lo que resultan fáciles de administrar. Estas escalas tienen algunas limitaciones para identificar algunos resultados adversos, como la revisita al SUH.
- A estos pacientes identificados como de mayor riesgo se les debería realizar una valoración integral en la que, junto a la evaluación clínica, se incluyera la situación funcional, cognitiva y social, así como la investigación de la presencia de síndromes geriátricos de elevada prevalencia. No

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

está claramente definido el lugar donde realizar esta valoración ni quién la debería realizar. Parece claro que la dinámica de los SUH aconseja llevar a cabo esta evaluación en ubicaciones como las Unidades de Observación o en las Unidades de Corta Estancia. En la tabla 2, se recogen algunos instrumentos de valoración geriátrica adaptados a urgencias.

Objeto de valoración	Instrumento
Situación cognitiva	<i>Six-Item screener</i>
Síndrome confusional	<i>Confusion Assessment Method</i>
Depresión	<i>Emergency Department Depression Screening Instrument</i>
Situación funcional	Índice de Barthel
Índice de Lawton	
Comorbilidad	Índice de Charlson
Prescripciones inadecuadas/ subóptimas	STOPP/START
Caídas	<i>Get up and Go</i>
Situación social	Escala de Gijón

- Las intervenciones realizadas en los diferentes estudios ponen de relevancia la necesidad de una coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. El objetivo es la prevención de los resultados adversos que potencialmente pueden llegar a presentar estos pacientes, mediante la elaboración de un plan de cuidados al alta, que debe incluir el asegurar el seguimiento a corto plazo, la coordinación con los soportes de atención a domicilio, así como con Atención Primaria, y la derivación a los diferentes especialistas en función de los problemas detectados y donde deben jugar un papel clave los servicios y unidades de Geriátrica.

Bibliografía

- Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine position statement n.º 14: Guidelines for the management of older persons presenting to emergency departments 2008. *Australasian J Ageing* 2009; 28(3):153-7.
- Duaso E, López-Soto A. Valoración del paciente frágil en urgencias. *Emergencias* 2009; 21:362-9.
- Martín-Sánchez FJ, Fernández Alonso C, Gil Gregorio P. Puntos clave en la asistencia al anciano frágil en Urgencias. *Med Clin (Barc)* 2013; 140(1):24-9.

- Quality care for older people with Urgent & Emergency care needs. Silver Book. British Geriatric Society. En: http://www.bgs.org.uk/campaigns/silverb/silver_book_complete.pdf (con acceso el 4/05/13).
- Shah MN, Bazarian JJ, Lerner B, Fairbanks RJ, Barker WH, Auinger P, Friedman B. The epidemiology of emergency medical services use by older adults: An analysis of the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. Acad Emerg Med 2007; 114:441-8.

Pedro Gil Gregorio

Farmacia y medicamentos

La medicina moderna ha mejorado nuestras vidas de muchas maneras. Nos ha ayudado a vivir vidas más largas y más saludables. Pero las personas mayores de 65 años de edad deben tener cuidado al tomar medicamentos, especialmente cuando toman muchos fármacos diferentes. El 80% de las personas mayores padecen una o más enfermedades de carácter crónico con una prevalencia de casi tres veces más respecto del adulto joven, toman entre cuatro y seis medicamentos a la vez y el 22% de ellas sufre al menos una reacción adversa, bien por la dosis, por el propio efecto farmacológico o por causa de interacción fármaco-fármaco.

Se denomina reacción adversa a medicamentos cualquier efecto perjudicial producido por un fármaco utilizado a las dosis habituales y que requiere tratamiento, obliga a la suspensión de aquel o hace que su utilización posterior suponga un riesgo elevado. Estas reacciones adversas pueden ser responsables de un 10% de los ingresos hospitalarios y estancias hospitalarias prolongadas.

Para intentar prevenir las reacciones adversas es muy útil tener en consideración algunas recomendaciones en el momento de pautar un tratamiento.

1. Pautar el menor número de fármacos posibles y con un claro objetivo terapéutico: aumentar la supervivencia y, sobre todo, mejorar la calidad de vida.
2. Utilizar una pauta simplificada, que incluya todos los fármacos que debe tomar y ordenados por grupos para evitar duplicidades.
3. Comenzar con dosis inferiores a las habituales para adultos e incrementarla de forma progresiva.
4. Conocer en detalle los posibles efectos adversos e interacciones.
5. Reevaluar periódicamente, en cada visita médica, el tratamiento completo, manteniendo cada fármaco el mínimo tiempo posible.
6. Confirmar el buen cumplimiento terapéutico y valorar posibles dificultades, por comprobación directa y a través de la información facilitada por terceras personas.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

7. Utilizar terapias no farmacológicas de apoyo: fisioterapia, quiromasajes, fisioterapia respiratoria, entre otras.

Preguntas para hacerle al médico

Si usted ha ido a ver a su médico porque no se siente bien, el médico puede decidir que un medicamento le ayudará y le dará una receta. Asegúrese de:

- Informar al médico o enfermera sobre todos los medicamentos que usted toma, siempre que le receten un nuevo fármaco.
- Recordarle a su médico o enfermera sobre sus alergias o cualquier problema que usted tenga con medicamentos, tal como sarpullidos, indigestión, mareos o cambios de humor (del estado de ánimo).
- Entender cómo debe tomar el medicamento antes de empezar a usarlo. Haga preguntas. Puede ser útil apuntar las respuestas. Entre las preguntas más frecuentes se encuentran las siguientes:
 - ¿Cómo se llama el medicamento y por qué debo tomarlo?
 - ¿Cuántas veces al día debo tomarlo? ¿A qué horas? Si el frasco dice “4 veces al día”, ¿quiere decir 4 veces en 24 horas o 4 veces durante las horas del día, sin contar las noches?
 - ¿Debo tomar el medicamento con o sin comida? ¿Hay algo que no debo beber o comer cuando tomo este medicamento?
 - ¿Qué significa “tal y como sea necesario”?
 - ¿Cuándo debo dejar de tomar el medicamento?
 - Si se me olvida tomar el medicamento, ¿qué debo hacer?
 - ¿Qué efectos secundarios puedo esperar? ¿Qué debo hacer si tengo algún problema?

Su farmacéutico es una parte importante de su equipo de cuidados de salud. Si usted tiene preguntas sobre su medicamento después de haber salido del consultorio del médico, el farmacéutico puede contestar muchas de esas preguntas. Por ejemplo, el farmacéutico le puede decir cómo y cuándo debe tomar su medicamento, si una droga puede cambiar cómo funciona otro medicamento que usted está tomando y qué efectos secundarios puede tener. Además, el farmacéutico puede contestar preguntas sobre los medicamentos que se pueden comprar sin receta médica.

Trate de comprar todos sus medicamentos recetados en la misma farmacia para que así sus archivos estén en un solo lugar. El farmacéutico mantendrá un registro de todos sus medicamentos y le podrá decir si una nueva droga le puede causar problemas. Si no le es posible usar una sola farmacia, enséñele al nuevo farmacéutico su lista de medicamentos y drogas compradas sin receta médica cuando le entrega su receta. Cuando su receta médica va a ser preparada:

- Dígale al farmacéutico si a usted le cuesta trabajo tragar píldoras. Es posible que haya un medicamento líquido. No mastique, parta o triture las tabletas sin antes averiguar si el fármaco aún funcionará si hace cualquiera de esas cosas.
- Asegúrese de que puede leer y entender el nombre del medicamento y las instrucciones en el envase y en las etiquetas de advertencia. Si la etiqueta es difícil de leer, pídale al farmacéutico que use letras más grandes.
- Verifique que puede abrir el envase. Si no, pídale al farmacéutico que ponga los medicamentos en frascos que son más fáciles de abrir.
- Pregunte si hay instrucciones especiales que indican dónde guardar el medicamento. Por ejemplo, ¿debe ser guardado en el refrigerador o en un lugar seco?
- Revise la etiqueta de su medicamento antes de salir de la farmacia. La etiqueta debe tener su nombre y las instrucciones indicadas por su médico. Si no es así, no acepte el medicamento y hable con el farmacéutico.

Paciente y fármacos

Su médico le ha recetado un medicamento. El farmacéutico ha preparado la receta. Ahora es responsabilidad suya tomar el medicamento de manera segura. Los siguientes consejos le pueden ayudar:

- Haga una lista de todos los medicamentos que usted toma, inclusive los productos que pueden ser comprados sin receta médica y los suplementos dietéticos. Enséñesela a todos sus proveedores de cuidados de salud, inclusive a los terapeutas físicos y dentistas. Mantenga una copia en su botiquín y una en su billetera o cartera. La lista debe incluir: el nombre de cada medicamento, el médico que lo recetó, la razón por la cual fue recetado, la cantidad que toma y las veces que lo toma.
- Lea y guarde en un solo lugar toda la información escrita que trae el medicamento.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Tome su medicamento en la cantidad exacta y a la hora que su médico le recetó.
- Llame a su médico inmediatamente si tiene problemas con su medicamento o si le preocupa que le esté haciendo más mal que bien. Es posible que su médico pueda cambiarle la receta por otra diferente que le funcione mejor a usted.
- Use algo que sirva como una ayuda de memoria para acordarse de tomar sus medicamentos a tiempo. Algunas personas usan las horas de comida o la hora de acostarse para acordarse de tomar sus medicamentos. Otras personas usan diagramas, calendarios y estuches semanales de píldoras. Encuentre un sistema que le funcione a usted.
- No omita una dosis o tome la mitad de una dosis para ahorrar dinero. Hable con su médico o farmacéutico si no puede cubrir el coste del medicamento recetado. Es posible que haya opciones menos costosas o programas especiales para ayudar con el coste de ciertas drogas.
- Evite mezclar alcohol y medicamentos. Es posible que algunos medicamentos no funcionen correctamente o le hagan sentirse mal si los toma con alcohol.
- Tome su medicamento hasta que se haya terminado o hasta que su médico le diga que puede dejar de tomarlo.
- No tome medicamentos que le han sido recetados a otra persona ni dé los suyos a alguien más.
- Revise la fecha de vencimiento de sus frascos de medicamentos. Probablemente su farmacéutico le pueda decir cómo desechar medicamentos que usted ya no necesita o cuyas fechas de vencimiento han expirado. Puede ser que el farmacéutico pueda desecharlos por usted.
- Asegúrese de guardar todos los medicamentos y suplementos fuera de la vista y fuera del alcance de los niños. Además, no tome sus medicamentos enfrente de niños pequeños; ellos pueden tratar de copiar lo que usted hace.

398

Cómo utilizar los medicamentos

Antes de comenzar a tomar un medicamento deberíamos saber contestar de forma correcta las siguientes preguntas:

- ¿Por qué tomo este medicamento?
- ¿Por cuánto tiempo debo tomarlo?

- ¿Cuándo comenzaré a sentirme mejor?
- ¿A qué problemas debo prestar atención?
- ¿Qué hago si tengo problemas o efectos secundarios?
- ¿Cuándo debo tomar este medicamento?
- ¿Debo tomarlo con el estómago vacío o con las comidas?
- ¿Puedo tomar bebidas alcohólicas con el medicamento?
- ¿Qué hago si me olvido de tomar una dosis?

Debemos conocer el medicamento que estamos tomando, saber cuál es la marca comercial y las características de color, forma y envase. Si se ve diferente la próxima vez que lo compre, pregunte por qué se ve distinto, podría tratarse de un medicamento equivocado.

Es conveniente leer la etiqueta/prospecto y averigüe cuáles son los componentes del medicamento. No lo tome si es alérgico a alguno de ellos. No tome dos medicamentos con ingredientes similares o idénticos. No tome dos medicamentos para el mismo problema salvo que su médico, personal de enfermería o farmacéutico se lo recomiende. Lea las advertencias con cuidado.

Es recomendable cuando vaya al médico y/o enfermería que lleve una lista de todos los medicamentos que usa. Anote el nombre de todos sus medicamentos recetados, incluya también los medicamentos sin receta médica, no olvide anotar vitaminas, minerales, hierbas, aminoácidos y cualquier otro producto.

HAGA UNA LISTA DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS

Fecha	Nombre del medicamento	¿Cuánto tomo?	¿Cuándo lo tomo?	¿Para qué sirve?
	Ejemplo	1 pastilla de 400 mg	3 veces al día después de las comidas	Artritis

Guarde esta lista en su cartera y enséñesela a su médico, farmacéutico o enfermera.

Bibliografía

- Breseler R, Bahl J. Principles of drug therapy for elderly patient. *Mayo Clin Proc* 2003; 78:1.564-77.
- Gómez J, González P, García I. Recomendaciones en la prevención de reacciones adversas a medicamentos en personas mayores con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2010; 45:89-96.
- Lázaro M. Reacciones adversas a medicamentos. En Ribera JM, Cruz A. (eds.). *Geriatría en Atención Primaria*. Madrid: Aula Médica, 2002; 72-81.
- Rodríguez A, Dávila A, Morales C, Pedrón B. Farmacología y iatrogenia. En Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (ed.). *Manual del Residente de Geriatría*. Madrid: ENE Life, 2011; 75-89.
- Terleira A, Vargas E. Principios generales de utilización de medicamentos. En Ribera JM, Cruz A. (eds.). *Geriatría en Atención Primaria*. Madrid: Aula Médica, 2002; 61-71.
- www.nia.nih.gov/espanol.
- www.fda.gov/oc/Spanish.

Primitivo Ramos Cordero

Alteraciones de la temperatura corporal en las personas mayores

Introducción

La temperatura corporal guarda un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor del organismo, y está regulada por el centro termorregulador situado en el hipotálamo. El calor y el frío son captados o percibidos por receptores cutáneos que transmiten los impulsos al hipotálamo, y este regulariza la temperatura corporal, es decir, actúa como un termostato.

¿Cómo actúa el centro termorregulador del hipotálamo ante los cambios de temperatura?

- a) Cuando se eleva la temperatura: inhibe la producción de calor y aumenta la pérdida de calor, provocando una vasodilatación cutánea, una relajación muscular, una estimulación de las glándulas sudoríparas (sudoración) y un aumento de la respiración.
- b) Cuando desciende la temperatura: aumenta la producción de calor y conserva el calor del cuerpo, provocando una vasoconstricción de los vasos cutáneos, contracciones musculares (escalofríos) y una inhibición de las glándulas sudoríparas.

La pérdida de calor corporal se realiza por diferentes procedimientos físicos: evaporación, radiación, conducción y convección.

El sistema termorregulador corporal con el envejecimiento se vuelve menos eficaz, descendiendo la temperatura en condiciones normales, y especialmente en las personas en situación de fragilidad (hipotermia basal). En los mayores, la sensación o percepción de calor o frío es distinta que en el adulto, y la transmisión de impulsos al hipotálamo es más lenta.

Temperatura corporal normal

La temperatura corporal basal axilar se sitúa en torno a $36,8 \pm 0,4$ °C, independientemente de las condiciones ambientales que rodean al individuo, y sigue

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

un ritmo de variación diurna que se mantiene en la enfermedad, alcanzando un punto mínimo en la madrugada y un punto máximo en las últimas horas de la tarde; entre la mañana y la tarde hay diferencias de 0,5 °C. La temperatura rectal es aproximadamente 0,6 °C más alta que la oral.

La temperatura basal se ve influenciada por diversos factores, como la edad, el ejercicio físico, la ingesta, etc. En las personas mayores se pueden considerar normales temperaturas de hasta 35 °C. Temperaturas superiores a 41 °C son poco frecuentes, y por encima de 43 °C y por debajo de 26 °C, se consideran letales o mortales.

La temperatura corporal puede verse afectada en forma de fiebre y de hipotermia, por diferentes circunstancias ambientales como la hipertermia o golpe de calor, olas de frío o congelaciones.

Medición de la temperatura corporal

El instrumento que se utiliza para su medición es el termómetro, que puede ser de diferentes tipos: de mercurio, electrónico, infrarrojos, etc. Siendo el primero uno de los más fiables, aunque genera contaminación ambiental, por lo que están siendo retirados del mercado. Como alternativa está el termómetro de infrarrojos, que mide el calor sin estar en contacto con el objeto (la medición se realiza en el oído).

402

Procedimiento de toma de temperatura

Lavarse las manos y colocarse guantes si es necesario. Explicar el procedimiento al paciente. Comprobar que el termómetro está encendido o preparado para tomar la temperatura. Se podrá tomar en tres zonas:

- 1. Axilar:** colocar el termómetro en la zona axilar, que ha de encontrarse seca (si estuviese mojada, secar con una gasa previamente).
- 2. Oral:** colocar el termómetro en la boca, con el bulbo debajo de la lengua, e indicar al paciente que debe mantener la boca y los labios cerrados.
- 3. Rectal:** aplicar lubricante sobre el bulbo del termómetro, separar los glúteos e introducir el bulbo del termómetro en el ano (unos 3 cm).

Retirar el termómetro y leerlo una vez que oigamos el pitido, o hayan pasado 5 minutos. Tras ello, limpiar o desinfectar el termómetro.

Fiebre

Es un aumento de la temperatura corporal por encima de los límites normales, causada por un efecto primario en el hipotálamo. Es una respuesta inflamatoria

ante diferentes agresiones, entre las que destacan las infecciones, ante las cuales el organismo produce unas sustancias denominadas los pirógenos endógenos, que son los que producen la fiebre y potencian el sistema inmune y los mecanismos defensivos del organismo. La fiebre, hasta determinados valores de temperatura, es un mecanismo de defensa frente a las agresiones, ya que cuando alcanza temperaturas extremas (más de 40 °C), aparecen efectos perjudiciales, como convulsiones, disminución del nivel de conciencia, etc.

En ocasiones, la toma cotidiana de medicamentos para el tratamiento de enfermedades que padecen los mayores (antiinflamatorios no esteroideos –AINE–, paracetamol, corticoides, etc.), atenúa o amortigua la respuesta febril; además, en los mayores esta respuesta está mermada, y hace que un 20-30% de las infecciones virales o bacterianas importantes (colecistitis o neumonía) no cursen con fiebre. Esto hace que las infecciones en los mayores adopten una presentación atípica de la enfermedad, la cual tiene connotaciones importantes, ya que a veces son la causa de retrasos en el diagnóstico y tratamiento de procesos infecciosos, que junto a la comorbilidad asociada, ensombrecen el pronóstico del proceso en este colectivo.

A medida que sube la temperatura corporal encontramos dos situaciones bien definidas:

- a) **Febrícula:** temperatura axilar entre 37 y 37,8 °C, y oral entre 37,2 a 38 °C. En estos casos, se recomienda realizar varias tomas en las próximas 24 horas.
- b) **Fiebre:** temperatura axilar superior a 37,8 °C y oral superior a 38 °C.

Se aconseja tener constancia o un registro de la temperatura corporal basal (en condiciones normales) de las personas mayores, ya que un aumento de la temperatura superior a 1,3 °C, independientemente de la cifra y del lugar de medición, se considera fiebre.

Causas de fiebre

La fiebre es una respuesta inespecífica del organismo, y aunque su origen obedece mayoritariamente a infecciones, existen otras muchas causas que deben contemplarse, como deshidratación, inflamación, hemólisis, tumores, infartos, tromboembolismo pulmonar, problemas tiroideos, medicamentos, etc.

Patrones o tipos de fiebre

- Intermittente: alternan días de fiebre y otros de normalidad, pero con un ritmo fijo.
- Remitente: oscilaciones diarias > 1 °C, pero que no regresan a la normalidad.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Continua: elevación de la temperatura persistente, con oscilaciones diarias $< 1\text{ }^{\circ}\text{C}$.
- Recidivante (recurrente): periodos de fiebre, alternando cíclicamente con temperatura normal. En los periodos febriles puede seguir cualquier patrón descrito anteriormente.
- El comienzo de la elevación de la temperatura puede ser brusco o lento.
- El final de la fiebre puede ser “en crisis” o lentamente.
- Fiebre de origen desconocido (FOD): fiebre $> 38,3\text{ }^{\circ}\text{C}$ en varias ocasiones, que tras 1 semana de estudio en hospital, o de tres visitas al médico, no se conoce la causa.

Síntomas y signos acompañantes a la fiebre

La fiebre puede acompañarse de síntomas y signos, como los escalofríos, el bochorno, la sudoración profusa, deshidratación, palidez, “piel de gallina” o rubicundez facial, malestar general, cefaleas, dolores articulares y musculares, somnolencia, taquicardia (10-15 latidos por cada grado), bradicardia, taquipnea, aumento del metabolismo (15% por cada grado), pérdida de peso, oliguria, convulsiones y alteraciones del nivel de conciencia si es muy alta.

404

Aproximación diagnóstica de la fiebre

Ante toda persona con fiebre, conviene efectuar un diagnóstico lo más certero posible, para determinar la actuación más pertinente frente a esta. Se realizará un estudio de la misma y en algunos casos se deberá proceder incluso al diagnóstico hospitalario.

Actuación ante la fiebre

A veces se busca obsesivamente el control de la fiebre, sin embargo, la fiebre no precisa tratarse obligatoriamente, salvo que exista algún compromiso para el organismo, como en los siguientes casos: niños, ancianos, fiebre muy elevada, convulsiones o alteración de la conciencia, compromiso de órganos (cardiaco, hepático o renal).

Medidas generales

- Mantener un ambiente no caluroso (habitación alrededor de $20\text{ }^{\circ}\text{C}$), una hidratación adecuada (suplementar líquidos) y una dieta equilibrada.

Medidas físicas antitérmicas

- Disminución de la temperatura ambiental.
- Evitar abrigar en exceso al enfermo y ponerle compresas de agua fría sobre la superficie cutánea, o un baño corporal en agua templada.
- Mantas hipotérmicas (en casos excepcionales y en pacientes ingresados en la UCI).
- En casos de temperaturas > 40 °C, sumergir al enfermo en agua fría y hielo, hasta que la temperatura rectal descienda a 38,5 °C, y derivarlo al hospital.

Tratamiento farmacológico

- No administrar antibióticos hasta conocer que es de origen infeccioso, y además no todo proceso febril de causa infecciosa requiere antibiótico (infecciones víricas).
- En la fiebre de origen infeccioso, el antibiótico específico suele controlar la infección en 48-72 horas, a partir de estos momentos desaparecerá la fiebre y se disminuirán gradualmente los antipiréticos hasta llegar a suspenderlos.
- Antipiréticos: tomarlos regularmente cada 4-6 horas, evitando tomarlos intermitentemente solo en los picos febriles, ya que pueden ocasionar descensos bruscos de temperatura, escalofríos y aumentar el malestar general.
- Ácido acetilsalicílico (Aspirina®) es el más usado y eficaz para bajar la fiebre. Evitar ante alergia, úlcera gastroduodenal, anticoagulados, etc. Usar en estos casos paracetamol o ibuprofeno. El metamizol (Nolotil®) es útil bebido o por vía venosa.

Derivación al hospital por fiebre

Temperatura mayor de 40 °C (hiperpirexia), o mayor de 39 °C que no desciende con antitérmicos, o mayor de 38 °C que no desciende con antitérmicos y que el paciente padece una enfermedad que puede empeorar con la fiebre.

- Complicaciones (convulsiones, alteración de conciencia, estado general grave).
- Inmunodepresión y/o factores de riesgo de bacteriemia.
- Sospecha de enfermedad grave que requiere tratamiento urgente.
- Más de 2 o 3 semanas con fiebre.

Hipertermia

La hipertermia es una desproporción entre la producción y eliminación de calor, que sobrepasa la capacidad de adaptación del centro termorregulador hipotálamico. El aumento de temperatura no se debe a los mecanismos termorreguladores, sino a un incremento del aporte de calor exógeno (golpe de calor), endógeno (ejercicio o intoxicación por drogas), o por incapacidad para eliminar el exceso de calor. No tiene ritmo circadiano, y la temperatura suele ser muy elevada, hasta 41,5 °C. Constituye una urgencia.

Las personas mayores, especialmente las que padecen enfermedades neurodegenerativas son más sensibles y vulnerables frente al calor por varios motivos:

- Reducción de la sensación de calor y de su capacidad termorreguladora.
- Disminución de la percepción de sed, y una saciedad precoz al beber.
- Reducción de la capacidad de eliminar calor (termólisis), pues las glándulas sudoríparas se fibrosan y disminuye la vasodilatación.

Las personas con más riesgo frente al calor son:

- Los mayores, especialmente los de edad avanzada (≥ 80 años), personas mayores frágiles, dependientes, con problemas de movilidad, encamados o en fase final de su vida (terminales).
- Las que padecen enfermedades crónicas: cardiovasculares, cerebrovasculares, insuficiencia cardiaca o renal, diabetes mellitus, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad de Parkinson o de Alzheimer, problemas psiquiátricos, etc.
- Los polimedicados, especialmente los que toman antidepresivos, neurolépticos, antihistamínicos, barbitúricos, diuréticos, beta-bloqueantes, laxantes, etc.
- Las que toman tóxicos: alcohol y drogas.
- Personas en soledad, vivienda mal acondicionada, que viven en el último piso, o en precariedad económica.
- Las que realizan sobreesfuerzos por trabajo o ejercicio especialmente al sol.

A medida que el organismo va entrando en hipertermia, se producen unos estadios clínicos progresivos, desde las lesiones en la piel hasta los calambres, el agotamiento y el golpe de calor.

Sarpullido por el calor: es una irritación de la piel por la sudoración excesiva, que produce una piel enrojecida con granos o pequeñas ampollas en el cuello, la parte superior del pecho, las ingles, debajo de los senos y la parte interna de los codos. Debe colocarse en un lugar fresco y menos húmedo. Evitar las cremas, porque conservan el calor y la humedad de la piel y pueden empeorar la situación.

Eritema solar: el eritema o quemadura solar en general produce poca molestia y se cura aproximadamente en 1 semana. Evitar el sol, aplicar compresas frías, aplicar una loción hidratante, no utilizar bálsamos ni ungüentos y no reventarse o vaciar las ampollas.

Calambres por el calor: afectan generalmente a personas que sudan mucho cuando practican actividad física intensa, ya que se agota la sal y la humedad del cuerpo, produciendo calambres dolorosos. Debe detener la actividad física, descansar en lugar fresco y beber abundantemente.

Agotamiento por calor: respuesta del cuerpo ante una pérdida excesiva de agua y sal en el sudor. Los más propensos al agotamiento por calor son los ancianos, las personas hipertensas y quienes trabajan o hacen ejercicio en ambientes calurosos. Cursa con sudor copioso, palidez, calambres musculares, cansancio, debilidad, mareo, dolor de cabeza, náuseas o vómitos, desmayo, pulso rápido y débil, respiración rápida y poco profunda. Debemos tratar de hacer que descanse, refrescar y enfriar mediante bebidas frescas, sin alcohol, ducha, baño, esponja o paños fríos, ambiente con aire acondicionado y ropa liviana. Si el agotamiento por calor no se atiende, puede degenerar en insolación.

“GOLPE DE CALOR O INSOLACIÓN”: temperatura corporal $\geq 40,5-41$ °C, con afectación del sistema nervioso central y falta de sudoración (anhidrosis). Tiene una mortalidad elevada en los mayores (60-80%). Las manifestaciones clínicas del “golpe de calor” van apareciendo progresivamente, y pueden ser:

- Piel caliente, roja y seca, sin sudoración.
- Cefaleas, somnolencia, sed, náuseas, vómitos, disnea.
- Arritmias, insuficiencia cardiaca.
- Confusión, disminución o pérdida del nivel de conciencia y convulsiones.

“OLA DE CALOR”: circunstancias y variables meteorológicas que pueden afectar a la salud de la población. Debemos actuar anticipándonos unos días antes a los efectos de las altas temperaturas sobre la salud, especialmente en los más vulnerables.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Prevención de la hipertermia y “golpe de calor”

- Evitar la exposición al calor, permanecer en sitio fresco, ventilado y usar ventiladores o aire acondicionado. No realizar actividad física excesiva en épocas de calor.
- Llevar ropa ligera, holgada, transpirable, y de colores claros para facilitar la sudoración.
- Ducharse con frecuencia a lo largo del día.
- Hacer comidas frecuentes, ligeras y refrescantes, ricas en hidratos de carbono, bajas en proteínas y abundantes líquidos. Evitar la cafeína y el alcohol (hacen perder agua).
- Cuidado con la toma de algunos medicamentos, como diuréticos, antidepresivos, antiparkinsonianos, etc., ya que predisponen a la hipertermia.

Tratamiento de la hipertermia y del “golpe de calor”

Conviene señalar que no responde a los antitérmicos. El tratamiento consiste en quitar la ropa y establecer medidas de soporte y el enfriamiento corporal con medios físicos (compresas de agua fría o paquetes de hielo bajo las axilas o ingles, ducha, baño, etc.).

Para evitar escalofríos se usa la clorpromacina. Ante una hipertermia maligna utilizar relajantes musculares, y si es secundaria a neurolépticos, usar dopaminérgicos.

Rehidratar por vía oral si mantiene un adecuado nivel de conciencia, o bien por vía subcutánea o intravenosa en función del grado de conciencia y de la intensidad o grado de deshidratación que padezca.

En los mayores conviene destacar la hipertermia maligna a neurolépticos, que se produce ante la toma de medicamentos como los antidepresivos tricíclicos, la fluoxetina y los neurolépticos, especialmente los dos últimos. Menos frecuente es la hipertermia maligna por anestésicos.

Hipotermia

Es una disminución de la temperatura corporal por debajo de los límites normales (35 °C), debida a un desequilibrio de la termorregulación. No es exclusiva del invierno. Tiene alta mortalidad. Puede deberse a una modificación de los mecanismos termorreguladores, a una exposición prolongada a temperaturas frías, a

un hipotiroidismo, al abuso de sedantes y de alcohol. La causa fundamental es por exposición al frío (mayores que viven solos, con precariedad económica, etilismo, con deterioro físico o mental, caídas), y por la toma de medicamentos.

En los mayores el umbral para la sensación de frío aumenta, retrasando el temblor y la intensidad de la tiritona. Las consecuencias dependen de la intensidad, del tiempo de exposición y de las enfermedades asociadas que padezca.

Prevención de la hipotermia

- Educación sobre la hipotermia y sus riesgos en los mayores.
- Usar una ropa adecuada a la estación del año y temperatura ambiental.
- Evitar el frío, utilizar abrigo adecuado, ventilar la casa y humidificar el ambiente.
- Usar calefacción, evitar los braseros eléctricos o de gas, por riesgos de accidentes.
- Recomendar una temperatura ambiente en el domicilio entre 20-22 °C.
- Comer y beber líquidos y tomar frutas, especialmente cítricos, por la vitamina C.
- No fumar ni beber alcohol.
- Hacer ejercicio, pasear y realizar ejercicios ventilatorios, aprender a toser y expectorar.

Tratamiento de la hipotermia

- Ante una hipotermia leve efectuar recalentamiento externo y caldear el ambiente mediante material aislante y quitar la ropa mojada o húmeda.
- Existen técnicas de recalentamiento activo mediante mantas eléctricas, colchones calientes, botellas o baños de agua caliente; estos métodos son más rápidos, pero deben usarse con precaución, pues puede producir una rápida vasodilatación y *shock*.
- Control de temperatura, frecuencia cardiaca, presión arterial y glucosa.
- Colocar en postura “en decúbito”, y evitar movimientos bruscos por riesgo de arritmia.

Congelación

Daño a la piel y los tejidos internos producidos por un frío extremo durante un tiempo prolongado. Suele afectar a zonas distales, como manos, pies, orejas, etc. Los efectos del frío no se limitan solo a la piel, pueden afectar a músculos, órganos y vasos.

Tratamiento de la congelación

- Proteger del frío, trasladar a un lugar cálido y quitar la ropa mojada o húmeda.
- Comprobar si sufre hipotermia, tratarla en primer lugar.
- Si mantiene el nivel de conciencia, tomar bebidas calientes.
- Envolver las zonas afectadas en compresas estériles, separar los dedos de las manos y pies.
- Calentar la zona y elevar el miembro afectado para evitar el edema.
- Mover la zona descongelada lo menos posible.
- Proceder al traslado, tumbado y cubierto con mantas, a urgencias.

Bibliografía

- Atención Sociosanitaria a personas dependientes. Módulo Formativo 3. Intervención en la Atención Sociosanitaria en Instituciones Sociales. Instituto de Formación y Estudios Sociales (IFES). Dirección Territorial de Andalucía. 2010; 30-1.
- De la Fuente Gutiérrez C, Montes Lluch M. Fiebre de Origen desconocido. Tratado de Geriátría para residentes. Madrid: Ed. IMC, 2007; 395-407. ISBN: 84-689-8949-5.
- Manual de protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Dirección de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Junta de Andalucía. Córdoba: Imprenta Vistalegre, 177-80. Depósito Legal CO-487/2001.
- Protocolo de actuación para personas cuidadoras. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. 2007.

- Protocolo de actuaciones de los servicios sanitarios ante una ola de calor. Salud Pública. Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Rumagraf SA, 2004.
- Vigilancia y control de los efectos de las olas de calor. Plan de respuesta ante los riesgos. 2010. Documentos Técnicos de Salud Pública. Dirección General de Ordenación e Inspección. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

*Rosa López Mongil
Montaña Román García*

Alteraciones cardiocirculatorias y respiratorias

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son las más frecuentes en el anciano, las que causan mayor mortalidad, discapacidad y dependencia, especialmente si ocasionan daño cerebral o cardíaco irreversible, siendo la hipertensión arterial (HTA) la principal, el mayor factor de riesgo para las demás y la que mejor se puede prevenir. Junto a ella, la diabetes, el colesterol y los hábitos de vida, favorecen la presencia de arteriosclerosis, que viene a ser la última responsable de las formas de presentación clínica más frecuentes de las ECV, como la insuficiencia cardíaca, la fibrilación auricular, la angina y el infarto de miocardio, los ictus o accidentes cerebrovasculares (AVC) y la arteriopatía periférica. Por otra parte, la insuficiencia cardíaca es la primera causa de ingresos y reingresos hospitalarios de las personas mayores de 65 años y la primera de mortalidad por enfermedad cardíaca.

Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) siguen manteniendo su importancia hasta edades avanzadas, pues si bien la prevención primaria (antes de que aparezcan las ECV), a veces no es posible, la prevención secundaria, terciaria y cuaternaria son obligatorias a cualquier edad, a la luz de las últimas investigaciones y consensos de guías clínicas y recomendaciones de expertos.

Diversos estudios epidemiológicos han relacionado la enfermedad coronaria en varones ancianos como primera causa de pérdida funcional y de calidad de vida, mayor consumo de recursos sociales y sanitarios y mayor mortalidad, y la enfermedad cerebrovascular como primera causa en las mujeres ancianas.

Actitudes nihilistas y ageístas desde el punto de vista terapéutico es posible que influyan en el mal control de los factores de riesgo cardiovascular en el anciano. Estudios recientes a nivel nacional cifran en tan solo un 10% los mayores de 65 años con buen control de la tensión arterial, siendo las variables implicadas en

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

mal control: la diabetes, el alcohol, el tabaco y la conducta terapéutica tolerante del médico responsable.

Principales problemas cardiocirculatorios en el anciano

Hipertensión arterial (HTA)

En la actualidad se considera que la tensión arterial en los ancianos no tiene que subir hasta cifras anormales conforme aumenta la edad; además, aunque más de la mitad de la población anciana presenta hipertensión arterial, el resto la tiene normal y, por tanto, la HTA no es un hecho fisiológico o normal en la edad avanzada, sino una enfermedad cardiovascular de primera magnitud.

Considerando los criterios actuales y reconocidos para el diagnóstico de la HTA, los ancianos hipertensos son aproximadamente el 60-70%.

La HTA se define como una presión arterial sistólica igual o superior a 140 mmHg y una presión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg, y en diabéticos cifras iguales o superiores a 130/80 mmHg. En los enfermos con insuficiencia renal con proteinuria mayor de 1 g/dl o con insuficiencia cardiaca, las cifras deberían mantenerse por debajo de 125/75 mmHg.

414

Es importante considerar el contexto de la HTA sistólica aislada (igual o superior a 140 mmHg con diastólica o mínima normal) y que hasta hace poco no se le ha dado la importancia debida; este es el tipo de HTA más frecuente en el anciano y más aun en la anciana, y se sabe su relación con la presentación de ictus y accidentes cardiacos fatales, como el infarto o la angina de pecho, así como su relación con el deterioro de la función renal; de forma que hoy se considera predictora de mortalidad por ictus y enfermedad coronaria más que la propia hipertensión diastólica (alta la mínima).

Para diagnosticar la HTA son precisas varias mediciones correctas (al menos dos en situación de reposo y en ambos brazos) con cifras altas. En los ancianos hay que poner especial precaución en la detección de hipotensión ortostática (HTO), fenómeno que se define como la caída de la TA sistólica (la máxima) en 20 mmHg o de la TA diastólica (la mínima) en 10 mmHg al cambiar de postura de sedestación (sentado) o decúbito (tumbado en cama) a bipedestación, acompañado de mareo y sensación de inestabilidad o inestabilidad real y caídas, e incluso síncope. Se trata de una falta de respuesta adecuada ante cambios de postura, pequeños cambios de volumen plasmáticos, variaciones de la TA, etc. y es más frecuente en ancianos que tienen factores de riesgo cardiovascular o que siguen tratamientos cardiovasculares.

La hipertensión arterial mantenida, ignorada o mal controlada en el anciano acarrea a corto, medio y largo plazo lesiones en órganos importantes, llamados **órganos diana** (porque son órganos predilectos de la hipertensión), que son las que en mayor medida van a determinar la evolución de la enfermedad. Estos órganos diana son: el **corazón**, donde lo más destacado es la hipertrofia o aumento de ventrículo izquierdo y el desarrollo de disfunción diastólica; el **riñón**, donde acontece nefroangioesclerosis que condiciona inicialmente microalbuminuria (30-300 mg/24 h), y posteriormente proteinuria o pérdida de las proteínas por la orina (superior a 300 mg/24 h), y a la larga, insuficiencia renal crónica y progresiva; la **retina**, donde se producen hemorragias que pueden causar pérdida de visión; las **arterias**, que presentan múltiples alteraciones que ocasionan la aparición de arteriopatía periférica a distintos niveles, y el **cerebro**, donde se produce una pérdida de los mecanismos de autorregulación del flujo cerebral ante los cambios de tensión sistémica, lo cual ocasiona un aumento de susceptibilidad para eventos isquémicos (falta de riego) cuando disminuye la TA y para accidentes hemorrágicos cuando aumenta.

Además de las lesiones de órganos diana se ocasionan otros trastornos clínicos asociados (TCA) a la HTA, como son: la insuficiencia cardiaca, la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular, la retinopatía hipertensiva y la arteriopatía periférica sintomática.

La valoración adecuada del anciano hipertenso debe incluir:

- Confirmar y definir la gravedad de la HTA.
- Investigar factores de riesgo cardiovascular (FRCV):
 - Edad: hombres mayores de 55 años, mujeres mayores de 65 años, antecedente familiar de ECV prematura.
 - Tabaco, alcohol, sedentarismo, diabetes mellitus (DM) o glucemia en ayunas superior a 125 mg/dl.
 - Dislipemia (colesterol total > 190 mg/dl, C-LDL > 115 mg/dl, C-HDL < 40 en hombres/46 en mujeres, triglicéridos > 150).
 - Obesidad abdominal: perímetro de cintura > 102 cm en varones y de 88 en mujeres.
 - Microalbuminuria (factor de riesgo cardiovascular independiente y marcador de daño renal).
 - Hipertrofia o aumento del ventrículo izquierdo del corazón.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Determinar lesiones de órgano diana (LOD) y su extensión.
- Detectar trastornos clínicos asociados (TCA) a la HTA.
- Excluir causas de HTA secundaria (HTA vasculorrenal, endocrinológica, etc.), ya que algunas pueden ser tratables.
- Realizar una valoración geriátrica integral (VGI) que pondrá de manifiesto no solo los problemas clínicos, comorbilidad y polifarmacia, sino también los problemas funcionales, mentales y sociales que puedan influir en la evolución de la HTA.
- Considerar las posibilidades individuales de tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Tratamiento no farmacológico: dieta, ejercicio y no fumar han demostrado ser eficaces a cualquier edad. Los objetivos principales serán la reducción del consumo de sal y el control del peso si hay sobrepeso. Estas medidas en el anciano tienen que ser juiciosamente valoradas desde el punto de vista de la relación beneficio terapéutico/perjuicio de la calidad de vida y teniendo en cuenta la situación económica y social.

416

Tratamiento farmacológico: se recomiendan los mismos fármacos que han demostrado ser eficaces en la población general; teniendo en cuenta las características del anciano, la comorbilidad (otras enfermedades que padezca) y especialmente la función renal: calcioantagonistas, diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) y antagonistas de los receptores de la angiotensina (ARA). Igualmente, deben emplearse de forma juiciosa e individualizada, considerando la posibilidad de retirarlos o reducir la dosis si la TA se mantiene por debajo de los límites recomendados y el anciano presenta síntomas perjudiciales, como la hipotensión, mareos o falta de estabilidad y equilibrio, caídas, etc.

Síndrome metabólico

Hay una relación importante entre los niveles elevados de colesterol total y de LDL (el malo) con la ECV; entre ellas la enfermedad coronaria y la enfermedad cerebrovascular, cuya relación se apoya, fundamentalmente, en la reducción de la frecuencia de ictus con el tratamiento hipolipemiante para el colesterol (estatinas). Los trastornos del colesterol en el organismo se conocen como dislipemias y el daño vascular es la llamada **arteriosclerosis**. En su aparición se han implicado los llamados FRCV, que son aquellas condiciones biológicas, hábitos o conductas que aumentan la probabilidad de padecer o morir a causa de una enfermedad vascular. El principal factor de riesgo causal para ECV es la

carga de placas de ateroma en las arterias y este fenómeno es prácticamente inseparable del envejecimiento. Como factores de riesgo para el desarrollo de arteriosclerosis se reconocen la edad, el tabaquismo, la diabetes mellitus y la dislipemia (aumento del colesterol total y del malo y disminución del bueno, HDL), además de otros muchos, como el sedentarismo, el antecedente familiar de ECV, el sexo, etc.

El síndrome metabólico fue descrito en 1988 por Reaven y tiene su importancia nefasta también en los ancianos. Se caracteriza por:

- Glucosa elevada en ayunas (igual o superior a 100 mg/dl) o que reciban tratamiento.
- Triglicéridos altos (> 150 mg/dl) o que reciban tratamiento específico.
- HDL colesterol bajo (< 40 en varones y < 50 en mujeres) o que reciban tratamiento específico.
- Presión sanguínea > 130/85 mmHg.
- Obesidad abdominal: diámetro de cintura > 102 cm en varones y de 88 cm en las mujeres.

Mención especial en este punto merece la diabetes del anciano (DM tipo 2), que se presenta en más del 30% de los mayores de 75 años y aumenta enormemente el daño vascular; por lo que en los diabéticos se debe ser más estricto en el control de otros FRCV que puedan asociarse y, por tanto, en ellos la TA no debe ser > 130/80, el colesterol total tiene que ser < 150 y el LDL (el malo) < 100 mg/ml. La asociación de dislipemia (bajo HDL-col, altos triglicéridos y LDL-col elevado, indicativo de partículas pequeñas altamente aterogénicas), HTA, resistencia a la insulina y estado protrombótico es frecuente en los ancianos, y se asocia con elevado riesgo cardiovascular.

Insuficiencia cardiaca (IC)

Es una enfermedad de personas mayores. El 90% de nuevos casos de IC son mayores de 65 años y la prevalencia es edad dependiente. La causa principal es la HTA, seguida de la cardiopatía isquémica y de las valvulopatías. La enfermedad avanzada se acompaña de deterioro funcional, físico y mental; por tanto, es una de las principales causas clínicas que condicionan la dependencia del anciano y amenazan su independencia, además de la elevada mortalidad que conlleva (50% anual en paciente con una IC muy avanzada), sin olvidar que la IC es la vía terminal común más frecuente de las enfermedades del corazón acarreadas a lo largo de la vida.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Es importante considerar que las manifestaciones clínicas típicas de la IC en los ancianos pueden estar ausentes y es más frecuente que se presente de manera anodina como:

- **Dificultad para realizar el ejercicio que realizaba habitualmente** y, por tanto, como disminución de la capacidad funcional, que a veces se reconoce simplemente por el dato de que ha dejado de hacer sus actividades habituales, porque se fatiga o se cansa.
- **Retención de líquido**, con aumento del perímetro abdominal y edemas en miembros inferiores acompañados de disminución gradual de la tolerancia al ejercicio y, por tanto, de la movilidad; añadiéndose con frecuencia la pérdida de apetito y vitalidad: astenia y anorexia.
- **Con síntomas atípicos (o como síndrome geriátrico)**, que no tienen nada que ver a simple vista con la enfermedad cardiaca, como un delirium, alteración del ritmo de sueño, una inmovilidad, una caída, incontinencia, nerviosismo, falta de apetito, etc.
- **Sin síntomas**: como hallazgo casual cuando se investiga otra patología.

El diagnóstico de la IC descompensada en el anciano no es tan fácil y suele haber causas desencadenantes o precipitantes y predisponentes que deben identificarse. Como causa predisponente la más común es la pérdida de reserva cardiovascular que acontece en el proceso de envejecimiento y como desencadenantes están las infecciones, el dolor, el incumplimiento del tratamiento y los fármacos.

En la valoración del anciano con IC es especialmente útil la VGI: clínica, funcional, mental y social:

La valoración clínica es la más importante y debe incluir una completa anamnesis y exploración con los análisis y pruebas necesarias, entre las cuales tiene especial relevancia el ecocardiograma, que es la base para confirmar el diagnóstico y para el diagnóstico diferencial entre IC con fallo sistólico (déficit de contracción) o diastólico (deficiencia en la relajación); es la más frecuente en el anciano, siendo la prueba imprescindible para detectar anomalías del corazón. En la actualidad, se considera la prueba complementaria más importante, es incruenta y no molesta al anciano; no obstante, se debe tener en cuenta que no está clara la utilidad de los ecocardiogramas seriados (solo se debe repetir en caso de importante cambio clínico o deterioro de la función cardiaca), por lo cual los ancianos diagnosticados de IC deberían tener al menos un ecocardiograma.

La valoración funcional está condicionada por el momento evolutivo de la enfermedad. Debe hacerse siempre en pacientes geriátricos, pero no es lo mismo una valoración funcional en fase de descompensación de una insuficiencia cardiaca que la valoración en la situación basal del paciente con insuficiencia cardiaca crónica.

La **valoración mental** tiene una importancia relevante, pues a cuadros de IC descompensada pueden añadirse cuadros depresivos y deterioro cognitivo o síndrome confusional.

En cuanto a la **valoración social**, que incluye los aspectos familiares, sociales y culturales, es de máxima importancia a la hora de considerar el cumplimiento terapéutico adecuado en la IC, pues es lamentable que entre las causas precipitantes de descompensación de la IC ocupe un lugar relevante el incumplimiento terapéutico.

El tratamiento incluye medidas no farmacológicas y farmacológicas.

Incluye en primer lugar, el control de los factores de riesgo (HTA) y la comorbilidad (enfermedad renal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, anemia, hipotensión, incontinencia urinaria o problemas de movilidad), la educación al paciente y/o cuidadores.

Tratamiento no farmacológico

Se basa fundamentalmente en las medidas higiénico-dietéticas ya mencionadas, si la IC está estable:

- Ejercicio físico diario, regular y supervisado, ya que mejora la fuerza muscular, la capacidad vasodilatadora y disminuye el estrés oxidativo.
- Control del peso y de la dieta; no solo pensando en descompensación por exceso, sino también por defecto, ya que a veces en situación de IC con edemas, se puede pasar por alto una malnutrición que se evidencia al disminuir los mismos.
- Evitar estrés y problemas psicosociales.
- Restringir consumo de sal adicional y evitar alimentos preparados.
- Abstinencia absoluta de tabaco y limitar ingesta de alcohol (una cerveza o dos copas de vino).
- Correcta vacunación antigripal (anual) y neumocócica (una vez).

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico debe ser adaptado a cada paciente anciano y sus circunstancias y, sobre todo, al tipo de insuficiencia cardiaca que padezca y el estado evolutivo en que se encuentre. Si está descompensada, en la mayoría de los casos requiere ingreso hospitalario, oxigenoterapia, fluidoterapia y control

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

de la diuresis (cantidad/24 h); además de los fármacos que estén indicados en cada caso. Siempre que se pueda se alcanzará el tratamiento de mantenimiento con los distintos fármacos y las dosis que recomiendan los protocolos actualizados para la población general; pero esto no es siempre posible en los ancianos. En general, para IC del anciano se recomienda el tratamiento con varios fármacos: diuréticos (furosemida/torasemida), vasodilatadores (IECA/ARA II), beta-bloqueantes, y digoxina y/o morfina para aliviar la disnea y otros síntomas en los casos que proceda. Se deben pautar antiagregantes y estatinas en pacientes con enfermedad arteriosclerótica y anticoagulantes orales en fibrilación auricular y enfermedad tromboembólica.

Fibrilación auricular/trastornos del ritmo

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en los ancianos. Es un factor de riesgo importante e independiente de IC. Es una alteración del ritmo cardiaco caracterizada por la actividad auricular rápida y desorganizada con una respuesta ventricular variable que puede ocasionar una contracción cardiaca ineficaz. Es importante identificar el inicio, pues no siempre una FA aguda que se detecta sin antecedentes previos similares es la primera, ya que puede haber formas asintomáticas que no se detectan. Si la FA es crónica, puede ser paroxística, persistente o permanente. La FA se considera el principal factor de riesgo de cardiopatía tromboembólica causante de ictus, los cuales suelen ser más graves que los aterotrombóticos. Los síntomas de FA pueden ser variables, como palpitaciones, disnea, dolor torácico, incluso síncope, mareo y caídas; pero lo más importante es que puede presentarse como ictus, insuficiencia cardiaca, edema agudo de pulmón o tromboembolismo. En los casos que no da síntomas, puede ser un hallazgo casual al investigar otras enfermedades, haciendo un electrocardiograma (ECG).

El tratamiento debe ser inmediato y tiene tres objetivos fundamentales:

- Controlar la frecuencia ventricular de modo que pase a ser de 60-90 latidos en 1 minuto en reposo y no más de 110 durante la actividad cotidiana. Para el control de la frecuencia ventricular son preferibles los beta-bloqueantes a la digoxina.
- Recuperar el ritmo sinusal o normal. Esto no siempre es posible, pero debe intentarse.
- Disminuir el riesgo de tromboembolismo sistémico: según existan una serie de factores de riesgo, entre los que se incluye la edad mayor de 75 años, estaría indicada o no la anticoagulación. Como sabemos que los factores de riesgo cardiovascular establecidos para considerar la anticoagulación son la edad, HTA, ICC e ictus, la mayoría de los ancianos con FA serían

susceptibles de tratamiento anticoagulante. En ausencia de dichos factores de riesgo se indicaría antiagregación.

Cardiopatía isquémica (CI)

La forma más frecuente de presentación de la CI, también en el anciano, es el síndrome coronario agudo que puede cursar como a cualquier edad, con **angina, infarto o muerte súbita**, fruto del compromiso vascular en los vasos coronarios: presencia de placa de ateroma que puede romperse o erosionarse y ocasionar la formación de un trombo que da lugar a la pérdida completa o incompleta de la circulación en los territorios dependientes.

Se ha referido que el síndrome coronario agudo es asintomático en los mayores; pero esto no siempre es así, pues con frecuencia se manifiesta como a cualquier edad con dolor precordial (centro del pecho) y cortejo vegetativo, es decir, sudoración profusa, ansiedad y malestar general o mareo; no siendo infrecuente que el dolor sea más atenuado o inexistente especialmente en los diabéticos, y que la comorbilidad acompañante o el deterioro cognitivo pueda dificultar el diagnóstico en los ancianos.

Para el diagnóstico es imprescindible el ECG, que ofrece el mejor rendimiento durante la crisis de dolor o de ansiedad, sudoración fría, náuseas y vómitos. La importancia de determinar enzimas cardíacas mediante análisis de sangre es fundamental si se sospecha infarto a cualquier edad y deben ser examinadas, ya que son diagnósticas de daño miocárdico y existe una relación directa entre sus valores y el riesgo; las más utilizadas son la mioglobina (la más precoz pero la menos específica), las troponinas (que ayudan a establecer el pronóstico y estratificar el riesgo y son las más sensibles y específicas) y la CPK-MB (específica de necrosis miocárdica).

Podría estar indicado, también en las persona mayores, realizar técnicas de desobstrucción de las arterias coronarias como la fibrinólisis, cateterismo o revascularización y angioplastia, pero deben individualizarse y realizarse en unidades especializadas, aunque sean personas mayores, dada la gravedad del cuadro y siempre atendiendo al riesgo del paciente y a la comorbilidad y no a la edad del mismo.

Arteriopatía periférica

Es la afectación de los miembros inferiores por la ECV debido a la arteriosclerosis sistémica o “falta de riego” y suele acompañar en los ancianos a otros cuadros circulatorios, especialmente la enfermedad cerebrovascular y la CI. En su causa están implicados los factores de riesgo cardiovascular y especialmente el tabaquismo. La importancia máxima del cuadro viene dada por la aparición

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

de episodios de isquemia aguda que con frecuencia obligan a la amputación de un miembro o parte, con la repercusión funcional que ello conlleva. Se sabe que el adecuado control de los factores de riesgo cardiovascular mejora el pronóstico y retrasa la evolución disminuyendo su morbilidad; entre ellos, los factores clásicos ya mencionados (tabaco, edad, sexo masculino, dislipemia, diabetes) y los llamados factores emergentes, cuyo significado es todavía incierto, pero que también han sido implicados en esta patología circulatoria crónica: predisposición genética, hiperhomocisteinemia, hipercoagulabilidad, lipoproteína (a), proteína C reactiva y fibrinógeno.

La manifestación clínica típica es la claudicación intermitente, conocida como "síndrome del mirador de escaparates" (dolor al caminar que cede cuando se para); no obstante, la enfermedad presenta una lenta progresión sin síntomas hasta que la luz del vaso implicado es menor del 70% y en ese tiempo el único signo puede ser la ausencia o disminución del pulso en las arterias del pie. Por otra parte, no siempre es fácil llegar a reconocer este problema en personas mayores, puesto que es un dolor que aparece con el ejercicio físico, y en pacientes ancianos con poca actividad y movilidad, puede pasar desapercibido. Lo típico es que el dolor aumente al caminar más distancia de la habitual y se localice en la zona o zonas cuyo riego está fuertemente comprometido; cede o disminuye con el reposo y se intensifica al subir escaleras, cuestas o al aumentar la intensidad del ejercicio al caminar.

422

Se clasifica en cuatro fases según lo avanzado de la enfermedad, siendo la fase I asintomática y la IV irreversible, en la que pueden aparecer úlceras vasculares muy dolorosas en los dedos de los pies, que no llegan a curarse.

El tratamiento médico en la actualidad es poco resolutivo, aunque puede responder a la asociación de antiagregantes con vasodilatadores en las primeras fases de la enfermedad. Como tratamiento quirúrgico se utilizan métodos mínimamente invasivos (fibrinólisis, angioplastia con implantación de *stent*...) o cirugía convencional, que pueden ser eficaces en ocasiones y conseguir salvar la extremidad o parte de ella.

Enfermedad cerebrovascular, ACVA o ictus

El ictus es también una patología de personas mayores, ya que el 80% de todos los episodios acontece en mayores de 65 años. Su gravedad no solo viene determinada por ser la tercera causa de muerte en los mayores tras las cardiopatías y el cáncer, sino por las consecuencias funcionales, mentales y sociales del ictus, hasta el punto de ser hoy día considerada la primera causa de incapacidad aguda y una de las principales de dependencia en el anciano, al alterar las funciones motoras, sensitivas, cognitivas y de comunicación.

ACVA significa accidente cerebrovascular agudo, también conocido como ictus y se define como un déficit neurológico focal o global de comienzo brusco y origen vascular. El principal factor de riesgo implicado son accidentes transitorios, HTA, además de la diabetes, tabaco, hipercolesterolemia, estenosis arteriales, FA y accidentes isquémicos previos. La mayoría de los ictus se producen por isquemia (falta de riego) y en menos casos por hemorragia, siendo el territorio vascular dependiente de la arteria carótida el afectado en la mayoría de casos y en menor proporción el vertebrobasilar. Las consecuencias dependen del territorio vascular implicado y de la evolución del cuadro; así podemos diferenciar distintos tipos según la evolución en el tiempo:

- **TIA** o accidente isquémico transitorio: con recuperación total en menos de 24 h; con frecuencia precede a un ictus verdadero.
- **RIND** o déficit neurológico isquémico reversible: si la recuperación es total en 1-3 semanas.
- **Ictus silente**: cuando no es referido como síntoma, sino que constituye un hallazgo casual en la neuroimagen (tomografía axial computarizada –TAC–, resonancia magnética nuclear –RMN–).
- **Ictus en evolución**: si el déficit inicial empeora claramente en las horas o días siguientes.
- **Ictus estable o AVCA establecido**: cuando el déficit neurológico inicial llega a su máxima expresión en las 24-72 horas siguientes dejando secuelas u ocasiona el fallecimiento del paciente.

En estos casos, se precisa un proceso diagnóstico adecuado que culmina con la Valoración Geriátrica Integral, la cual más que en ningún otro cuadro clínico demuestra su utilidad como metodología y procedimiento de evaluación multidimensional y dinámico, debido a las terribles consecuencias que puede causar un ictus en el anciano. Como estudios imprescindibles es preciso realizar ECG y TAC o RMN, según las posibilidades.

De la atención precisa y precoz al paciente con ictus va a depender gran parte de la evolución y las complicaciones (dependencia e inmovilidad); por ello, la planificación asistencial o plan de cuidados individualizado es esencial y debe basarse en los aspectos generales y particulares que ha puesto de manifiesto la valoración integral. No se debe olvidar el estado depresivo que puede presentar la persona que ha sufrido un ictus con secuelas y ha pasado de ser autónomo o autosuficiente para su edad, a depender de otros en todos o determinados actos de la vida diaria.

Por otra parte, es preciso comentar que la suma de múltiples lesiones cerebrales neurológicas silentes puede dar lugar a la tan temida demencia vascular,

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

que mina las facultades mentales del individuo y en la cual siempre están implicados, en mayor o menor medida, todos los factores de riesgo cardiovasculares mencionados en este capítulo.

Conclusiones prácticas

- Procure que el anciano que cuida mantenga la tensión arterial en los límites recomendados (prevención primaria).
- Si ha tenido algún episodio de los señalados, debe cuidar con mayor esmero otros factores de riesgo cardiovascular y tomar la medicación recomendada (prevención secundaria).
- Si es diabético o ha tenido enfermedad coronaria o insuficiencia cardíaca, tiene que controlar más estrictamente el colesterol, la tensión y el peso.
- Recomiéndele hacer ejercicio, mantener el peso y llevar un control periódico y anotado con TA, peso, diámetro de cintura y analítica.
- Si es diabético y cuenta con otros factores de riesgo, debe cuidarse especialmente los pies y la vista, propiciando las revisiones (prevención terciaria).
- Procure que el anciano que cuida sea valorado correctamente si presenta algún síntoma anormal y tiene factores de riesgo cardiovascular declarados.
- Cuide especialmente el cumplimiento terapéutico con los fármacos indicados por su cardiólogo o geriatra y a las dosis prescritas.
- Comunique cualquier cambio del anciano relacionado con la medicación (prevención cuaternaria).

424

Principales problemas respiratorios en el anciano

Disnea crónica

La palabra disnea significa respiración dificultosa, dolorosa o sensación de falta de aire o dificultad para respirar. La disnea es uno de los síntomas incapacitantes más frecuentes en pacientes con patología cardíaca o pulmonar crónica. A medida que aumenta empeora la calidad de vida. La disnea es un síntoma, no una enfermedad.

Tipos y causas

Disnea de esfuerzo. En el paciente cardíaco es progresiva.

Disnea de decúbito o cuando la persona está acostada o tumbada. Se alivia con el cambio de posición a erecta (sentada o de pie).

Disnea paroxística nocturna. Aparece durante la noche, obligando a despertarse de repente.

Disnea de reposo. Aparece incluso sin realizar ningún esfuerzo. Se clasifica en:

- *Aguda*: si aparece de repente; por ejemplo: obstrucción aguda de la vía aérea, neumonía, embolia pulmonar, neumotórax.
- *Crónica*: empeora lentamente en meses o años: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardiaca congestiva, derrame pleural.

A menudo es difícil distinguir entre causas cardiacas y pulmonares.

El medidor de flujo espiratorio máximo (FEM) o *peak flow meter* permite medir el FEM. Es la velocidad máxima del aire en espiración forzada, realizada tras una insuflación máxima pulmonar. Informa del grado de obstrucción de las vías aéreas de gran calibre.

Sintomatología

Junto a la dificultad respiratoria, silbido superior al respirar (asma) y la posible coloración azulada (cianosis), se puede observar diversa sintomatología acompañante:

- Fiebre (infección, neumonía...).
- Tos aguda (bronquitis aguda, asma, neumonía, cuerpo extraño, aspiración...).
- Tos crónica: sinusitis, bronquiectasias, EPOC.
- Expectoración: amarilla-grisácea: bacteriana; clara: vírica.
- Sibilancias (silbidos o pitidos): asma, obstrucción de la vía aérea.
- Hemoptisis (sangre al toser o escupir sangre): neumonía, tuberculosis, bronquiectasias.
- Dolor, ronquera, sudoración, escalofríos...

Diagnóstico

Conocer el comienzo, la frecuencia, la duración, hacer una exploración física, una analítica y pruebas complementarias, como la *pulsioximetría*, que es una prueba

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

en la que se coloca un sensor en el dedo para medir la saturación de oxígeno de la hemoglobina de sangre arterial. Es útil en la valoración de la sospecha de hipoxemia, además del cultivo de esputo, radiografía de tórax, pruebas de la función pulmonar y la espirometría, que consiste en un estudio indoloro del volumen y caudal en los pulmones. Se solicita al paciente que, tras una inspiración máxima, expulse todo el aire de sus pulmones durante el tiempo que necesite para ello. Así se obtienen los siguientes volúmenes y capacidades: capacidad vital: volumen máximo de aire que puede ser inhalada o exhalado y volumen espiratorio forzado (FEV1): volumen máximo de aire espirado en 1 segundo. Otra prueba importante es el TAC o tomografía computarizada de tórax.

Tratamiento

Identificar y tratar la enfermedad que lo provoca.

Favorecer la ventilación: estimular al paciente para que tosa, si no es posible se aspirarán las secreciones para mantener las vías respiratorias libres (contraindicado en crisis de asma). Los cambios posturales y las respiraciones profundas a intervalos regulares favorecen la expansión de los pulmones.

Rehabilitación respiratoria: la finalidad es conseguir la mejora de los pacientes con una enfermedad respiratoria crónica. Incluye educación, fisioterapia respiratoria, soporte emocional y entrenamiento muscular, así como la nutrición y la terapia ocupacional.

Ejercicios respiratorios:

1. Respiración diafragmática: sentado con las rodillas flexionadas, colocar las manos sobre el abdomen. Inspirar profundamente a través de la nariz manteniendo la boca cerrada. Al inspirar el abdomen se distiende. Colocar los labios como si se fuese a silbar y espirar lenta y suavemente haciendo un sonido silbante sin hinchar los carrillos.
2. Respiración con labios fruncidos: inspirar lentamente a través de la nariz con los labios como para apagar una vela o silbar. Espirar lentamente a través de los labios semicerrados. La espiración debe durar el doble que la inspiración.

Posición: La elegida es la de sentados en una silla, inclinados hacia delante, con los codos sobre las rodillas.

Tratamiento con oxígeno:

La oxigenoterapia crónica tiene indicaciones muy precisas debido a su elevado coste. El paciente recibe oxígeno cuando la saturación es inferior al 90%. En

pacientes con EPOC, con hipercapnia crónica, se depende de la presión de oxígeno en sangre arterial para estimular la respiración, por lo tanto, tasas altas de flujo de oxígeno pueden provocar depresión respiratoria, por lo que está indicada la administración de oxígeno a dosis bajas de 1 a 2 l/min. Además, cualquier paciente puede sufrir daño pulmonar con concentraciones altas de oxígeno aplicadas 24 horas.

En insuficiencia respiratoria crónica los efectos beneficiosos son principalmente sintomáticos: disminución de la disnea, aumento de la capacidad de ejercicio, mejora de la calidad del sueño y mejor calidad de vida.

Fuentes suministradoras de oxígeno a domicilio:

- Bombona de oxígeno: es la menos utilizada.
- Concentrador de oxígeno: el más utilizado. Se conecta directamente a la red eléctrica. Sus principales inconvenientes derivan del ruido que pueden llegar a producir y de la pérdida de eficacia si se requieren volúmenes elevados. Es importante limpiar semanalmente el filtro de encendido de aire y el de entrada de aire. Una vez al mes realizar una revisión técnica.
- Oxígeno líquido: es una fuente de oxígeno portátil que permite recibir oxígeno mientras se realizan actividades. Las mochilas tienen un peso aproximado de 4 kg y una autonomía de 8 horas, aproximadamente, cuando se emplean de 1 a 2 litros por minuto. Es preciso un aprendizaje para su uso y selección cuidadosa de candidatos, pues es una modalidad terapéutica muy cara.

Ventilación con presión positiva. Se trata de un dispositivo externo semejante a una mascarilla que se ajusta sobre la nariz o la boca. La presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) mantiene la misma presión positiva en inspiración y espiración para evitar que la vía respiratoria se colapse. La BIPAP es una mascarilla nasal de presión positiva continua binivel. El flujo de gas se suministra a mayor presión durante la inspiración que durante la espiración. Es difícil de mantener en pacientes no colaboradores o con alteración del estado mental. Puede irritarse la piel por la mascarilla o producir distensión gástrica por la deglución de aire.

Recomendable: disminuir las demandas de oxígeno, evitar la actividad excesiva, así como las conversaciones prolongadas. Además es conveniente evitar la elevación de la temperatura corporal, ya que contribuye al malestar, evitar tensiones o emociones que influyan sobre la respiración y disminuir la ansiedad. Otros aspectos a tener en cuenta: la presencia de compañía tranquilizadora, aire fresco sobre la cara, uso de humidificadores ambientales, ejercicios respiratorios, técnicas de relajación o autocontrol emocional: ejercicios de respiración

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

profunda y técnica del suspiro, posición confortable, adaptación del estilo de vida...

Los pacientes con disnea severa deben ingresar en el hospital.

Otras medidas

- Corticoides: para reducir la inflamación de los vasos linfáticos en pulmones. Dexametasona: 8-10 mg/día.
- Broncodilatadores: se inhalan para abrir los bronquiolos (vías respiratorias pequeñas) de los pulmones.
- Diuréticos: para el alivio de síntomas congestivos.
- Antibióticos: para tratar infecciones respiratorias.
- Opiáceos: para tratar el dolor moderado o grave y la disnea (morfina).
- Ansiolíticos: para el alivio rápido de la disnea se recomienda lorazepam (0,5-2 mg) sublingual.
- Anticoagulantes: para tratar los coágulos que bloquean los vasos pulmonares.

428

Insuficiencia respiratoria aguda y crónica

Es un trastorno del intercambio gaseoso entre el aire ambiente y la sangre circulante que afecta al intercambio de gases dentro del pulmón.

Los cambios normales de la vejez, entre ellos la disminución de la retracción elástica del pulmón, la rigidez de la caja torácica y la disminución de la masa muscular pueden predisponer al anciano a la insuficiencia respiratoria.

Las causas son múltiples, tanto de origen pulmonar como extrapulmonar. Hay que diferenciar insuficiencia respiratoria (IR) hipoxémica, debida a neumonía, tromboembolismo pulmonar, edema cardiogénico, y la IR hipoxémica-hipercápnica, por obesidad, síndrome de apnea del sueño, sobredosis de sedantes, neuropatías, miopatías, o bien por obstrucción de la vía aérea superior. La causa más frecuente es la EPOC, la fiebre, la agitación y el edema pulmonar por fuga capilar.

Entre las manifestaciones de hipoxemia, la más específica es la cianosis, puede haber confusión, taquicardia, HTA, disnea y taquipnea, con tiraje y disfunción multiorgánica.

Entre las manifestaciones de hipercapnia, predominan los síntomas neurológicos: cefalea, *flapping* (temblor involuntario de las manos), hiporreflexia, coma, depresión miocárdica, arritmias y vasodilatación.

Los signos de gravedad son taquipnea superior a 40 respiraciones por minuto, ortopnea y cianosis. También obnubilación y taquicardia, superior a 130 latidos por minuto.

Diagnóstico

Hemograma: la anemia puede implicar inadecuado transporte de oxígeno y la poliglobulia (aumento del número de glóbulos rojos de la sangre o policitemia) es un dato de cronicidad, radiografía de tórax, ECG y otras a valorar en función de la clínica.

Tratamiento

1. Mantenimiento de la vía aérea permeable.
2. Corrección de la hipoxemia. Existe gran variedad de sistemas de aporte de oxígeno (O_2), que se dividen entre los de bajo flujo (sondas o gafas nasales), que se caracterizan por su comodidad, pues permiten comer, hablar o toser. Sus inconvenientes son la sequedad de mucosas con irritación nasal, epistaxis y pérdida de olfato, y alto flujo, que son generalmente mascarillas venturi, a un flujo de 4-10 l/min. El inconveniente es la incomodidad de uso.

En ambos casos existen efectos secundarios derivados del uso de O_2 : sequedad de mucosas, acidosis respiratoria, microatelectasias, inversión de la vasoconstricción hipóxica compensadora y toxicidad del epitelio pulmonar a dosis elevadas.

Insuficiencia respiratoria crónica (IRC)

Conlleva la existencia de un estado previo largo para que el organismo ponga en marcha mecanismos compensadores de un aceptable nivel de oxigenación tisular: poliglobulia, aumento del gasto cardiaco derecho y, en caso de retención de CO_2 , compensación renal mediante la retención de bicarbonato.

Evolución: si no se corrige acaba desarrollando una hipertensión pulmonar en relación con diversos hechos: destrucción del lecho vascular pulmonar (enfisema, enfermedades intersticiales) o por embolismos o microembolismos pulmonares de repetición (poliglobulia, obesidad, sedentarismo). Esta situación acaba provocando sobrecarga con dilatación del ventrículo derecho, conocida

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

como cor pulmonale crónico, con episodios repetidos de fallo ventricular derecho.

Son frecuentes los episodios de descompensación entrando en una IRC reagudizada por desencadenantes como infecciones respiratorias, factores ambientales, hipnóticos, sedantes, fiebre...

El tratamiento incluye, rehabilitación respiratoria: la educación del paciente y la familia, atender aspectos nutricionales (dieta normocalórica con 40-45% de lípidos, porque parece que favorece una menor producción de CO₂; lógicamente el paciente obeso se beneficia de una dieta hipocalórica), la oxigenoterapia continua domiciliaria y la ventilación mecánica domiciliaria.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

La EPOC se define como una enfermedad respiratoria inflamatoria caracterizada esencialmente por una limitación crónica al flujo aéreo que no es totalmente reversible. Es una enfermedad muy común y su frecuencia aumenta con la edad. La limitación al flujo aéreo se suele manifestar en forma de disnea y, por lo general, es progresiva. Se asocia a una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a partículas nocivas y gases, principalmente derivados del humo de tabaco, que pueden producir otros síntomas como tos crónica, acompañada o no de expectoración. La EPOC no es una enfermedad limitada a los pulmones, sino que la inflamación afecta prácticamente a todo el organismo. Se caracteriza también por la presencia de agudizaciones y por la frecuente presencia de comorbilidades que pueden contribuir a la gravedad en algunos pacientes.

Se trata de una enfermedad infradiagnosticada y con una elevada morbimortalidad. Representa un elevado coste sanitario y constituye la cuarta causa de muerte.

La EPOC es una enfermedad compleja, multicomponente, crónica y progresiva. Su presentación clínica es muy heterogénea, y dentro de lo que hoy denominamos EPOC se pueden definir diversas formas clínicas o fenotipos con repercusión clínica, pronóstica y terapéutica. Aunque la EPOC no es una enfermedad curable, la deshabituación tabáquica es la medida más eficaz para prevenirla y frenar su progresión.

La denominación de fenotipo se utiliza para referirse a formas clínicas de los pacientes con EPOC. Un grupo de expertos internacionales ha definido el fenotipo clínico de la EPOC como "aquellos atributos de la enfermedad que, solos o combinados, describen las diferencias entre individuos con EPOC en relación con parámetros que tienen significado clínico (síntomas, agudizaciones, respuesta al tratamiento, velocidad de progresión de la enfermedad, o muerte)". Por tanto, el fenotipo debería ser capaz de clasificar a los pacientes en subgrupos con valor

pronóstico que permitan determinar el tratamiento más adecuado para lograr mejores resultados clínicos. Los estudios disponibles sobre fenotipificación de la EPOC han identificado diversos fenotipos clínicos:

1. No agudizador, con enfisema o bronquitis crónica.
2. Mixto EPOC-asma.
3. Agudizador con enfisema.
4. Agudizador con bronquitis crónica.

Definición de fenotipo agudizador

Paciente con EPOC que presente dos o más agudizaciones moderadas o graves al año. Estas exacerbaciones deben estar separadas al menos 4 semanas desde la finalización del tratamiento de la agudización previa o 6 semanas desde el inicio de la misma en los casos que no han recibido tratamiento. Las agudizaciones frecuentes pueden presentarse en cualquiera de los tres fenotipos restantes: enfisema, bronquitis crónica o mixto EPOC-asma.

Definición de fenotipo mixto EPOC-asma

Asma: deriva del griego *asthma*, respiración difícil. Se caracteriza por episodios donde las vías aéreas se vuelven muy estrechas por constricción muscular, inflamación de las membranas y producción de moco, lo que causa un flujo aéreo muy limitado, total o parcialmente reversible. Los síntomas son respiración sibilante y dificultad para respirar.

El fenotipo mixto en la EPOC se define por la presencia de una obstrucción no completamente reversible al flujo aéreo acompañada de síntomas o signos de una reversibilidad aumentada de la obstrucción. Se encuentran individuos asmáticos fumadores que desarrollan obstrucción no completamente reversible al flujo aéreo y fumadores sin antecedentes conocidos de asma cuyo patrón inflamatorio bronquial tiene un predominio de eosinófilos y se manifiesta clínicamente por un aumento de la reversibilidad al flujo aéreo.

Definición de fenotipo bronquitis crónica

Identifica al paciente con EPOC, en el cual la bronquitis crónica (tos productiva o expectoración durante más de 3 meses al año y durante más de 2 años consecutivos) es el síndrome predominante. La hipersecreción bronquial en la EPOC se ha asociado a una mayor inflamación en la vía aérea y a un mayor riesgo de infección respiratoria, lo que puede explicar que los pacientes con bronquitis crónica tengan una mayor frecuencia de agudizaciones que

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

los pacientes sin expectoración crónica. Se pueden detectar bronquiectasias mediante una exploración por tomografía computarizada de tórax de alta resolución (TACAR).

Definición del fenotipo enfisema

El enfisema se define como la afección de los pulmones caracterizada por un aumento de tamaño de los espacios aéreos situados más allá del bronquiolo terminal y que se acompaña de cambios destructivos en sus paredes. Debido a que el concepto de enfisema es anatómico, el diagnóstico del fenotipo enfisema es un diagnóstico clínico, radiológico y funcional. El fenotipo enfisema incluye a los pacientes que presentan disnea e intolerancia al ejercicio como síntomas predominantes. Los pacientes con fenotipo enfisema presentan una tendencia a un índice de masa corporal (IMC) reducido.

Diagnóstico

Además de las pruebas diagnósticas referidas para disnea y/o insuficiencia respiratoria se añade: *Prueba de la marcha de 6 minutos* o *Test de los 6 minutos*. Se mide la distancia que el anciano es capaz de caminar a paso habitual, en terreno llano, sin fatigarse durante 6 minutos. El paciente deberá ir en compañía del examinador, quien previamente le ha informado de las características de la prueba. Es una prueba de referencia de la capacidad de tolerancia a esfuerzos submáximos y ha demostrado ser un buen predictor de supervivencia y de la tasa de reingresos hospitalarios. Además es una medida válida de resistencia cardiovascular. Se utiliza en la evaluación de la limitación funcional.

432

Tratamiento

- La base del tratamiento de la EPOC estable son los broncodilatadores de larga duración (BDLD) y mucolíticos. Los fármacos que se deben añadir a BDLD dependerán del fenotipo del paciente. Los broncodilatadores son: agonistas β_2 adrenérgicos y anticolinérgicos. Relajan el músculo liso bronquial. Alivian los síntomas, mejoran la capacidad de ejercicio y disminuyen las exacerbaciones. Administración por vía inhalatoria.

Los agonistas β_2 adrenérgicos se dividen en dos tipos: SABA, por su nombre en inglés *short-acting b-agonist*, de acción corta: salbutamol y terbutalina, y de acción larga (LABA): formoterol, salmeterol e indacaterol.

Los anticolinérgicos lo integran SAMA, por su nombre en inglés *short-acting muscarinic antagonist*: el bromuro de ipratropio, y de acción prolongada LAMA: el bromuro de tiotropio y bromuro de aclidinio.

Con la excepción de las metilxantinas y el roflumilast (inhibidor de la fosfodiesterasa 4, y de efecto antiinflamatorio), todos los medicamentos se administran por vía inhalatoria.

- El tratamiento del fenotipo no agudizador, sea enfisema o bronquitis crónica, se basa en el uso de los BDLA en combinación.
- El tratamiento del fenotipo mixto se basa en la utilización de BDLA combinados con corticoides inhalados (CI).
- El tratamiento del fenotipo agudizador con enfisema se basa en BDLA a los que se pueden añadir los CI y la teofilina, según el nivel de gravedad.
- El tratamiento del fenotipo agudizador con bronquitis crónica se basa en los BDLA, a los que se pueden añadir CI, inhibidores de la fosfodiesterasa 4 o mucolíticos, según la gravedad o, en casos especiales, antibióticos de forma preventiva.
- Se debe prestar especial atención a las comorbilidades y optimizar su control.

Infección respiratoria

El mecanismo de aspiraciones es el más importante como vía de infección del pulmón. La aspiración de materiales procedentes de las vías altas es mucho más frecuente de lo que se pensaba. Durante la noche se llega a un 100% en el caso de los roncadores.

Características de la infección en el anciano: es frecuente que predomine el decaimiento general, los síndromes confusionales, exacerbaciones de enfermedades subyacentes como insuficiencia cardíaca o diabetes y alteraciones metabólicas, como hiponatremia o fallo renal.

La pobreza de síntomas respiratorios puede condicionar una mayor mortalidad al retrasar la solicitud de atención médica y, por tanto, el proceso diagnóstico y terapéutico.

La situación de fragilidad hace que se tenga que tener un especial cuidado en los tratamientos concomitantes controlando la nutrición, hidratación, electrolitos, estado metabólico, sueño, dolor, ventilación y oxigenación.

El uso de antibióticos es básico que sea precoz y a dosis suficientes. Dada la dificultad para efectuar un diagnóstico etiológico, el inicio será siempre empírico, procurando cubrir el máximo de posibles agentes causales.

Bibliografía

- Almagro Mena P, Llordés Llordés M. La enfermedad obstructiva crónica en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2012; 47(1):33-7.
- Calle Rubio M, Álvarez-Sala JL. Oxigenoterapia a domicilio en el paciente mayor. En: *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998; 33(5):259-61.
- Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2009.
- Formiga F, Rodríguez Mañas L. Diabetes Mellitus Tipo 2 en el anciano, nueva evidencia para aplicar el conocimiento a la práctica diaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2013; 48(2):55-8.
- Guía Española de la EPOC (GesEPOC)/Arch Bronconeumol 2012; 48(Supl. 1): 2-58.
- HYVET Study Group Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older. *N Engl J Med* 2008; 358:1.887-98.
- Macías Núñez J, y cols. Recomendaciones para la detección y el tratamiento del anciano con hipertensión arterial. *Nefrología* 2007; 27(3):270-8.
- Niño Martín V. Cuidados enfermeros al paciente crónico. Difusión avances de enfermería. 2011.
- Rodríguez Roca GC, Artigao Ródenas LM, Listerri Caro JL, Alonso Moreno FJ, Banegas Banegas JR, Lou Arnal S, et al. Control de la hipertensión arterial en la población española mayor de 65 años asistida en Atención primaria. *Rev Esp Cardiol* 2005; 58:359-66.
- Urrutia de Diego A. Fibrilación auricular en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008; 43(2):106-12.
- Vilches Moragas A, Rodríguez Pascual C. Insuficiencia Cardíaca Congestiva. En: *Tratado de Geriátrica para residentes*. Ed. SEGG, 2007; cap 30:313-23.

Rosa Matilla Mora
Ana Isabel Corregidor Sánchez

Prevención de accidentes en el entorno

Introducción

Pese a que los accidentes ocurridos en el hogar y en el ocio apenas encuentran eco en los espacios informativos, su mortalidad en España es seis veces superior a la producida en el ámbito laboral y más del doble de la registrada en los accidentes de tráfico. Aunque son cifras de extrema gravedad, no existen datos oficiales en ningún país que reflejen con claridad este tipo de accidentalidad.

El entorno de la persona mayor debe ser cuidadosamente valorado para evitar accidentes que si duda tendrán una repercusión negativa en la vida. El domicilio es el lugar donde más tiempo suelen pasar los mayores. Los accidentes que con más frecuencia se producen en las personas de edad son las caídas, intoxicaciones, incendios, quemaduras, explosiones y electrocuciones. Todos ellos cursan morbimortalidad en diferentes grados.

Las caídas son los accidentes más frecuentes en las personas mayores que residen en su hogar. En el capítulo “Alteraciones de la marcha y el equilibrio. Prevención de caídas. Osteoporosis” de este manual se recogen las principales causas, así como las intervenciones más efectivas para prevenir su aparición.

Factores de riesgo intrínsecos a la persona mayor que pueden estar implicados en los accidentes

- Disminución de la agudeza visual, adaptación a la oscuridad.
- Sordera.
- Disfunción vestibular; trastornos del equilibrio.
- Disfunción propioceptiva, patología de columna cervical, neuropatía periférica.
- Enfermedades neurológicas (demencia, Parkinson...).

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Enfermedades musculoesqueléticas.
- Patología del pie.
- Hipotensión ortostática.
- Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol).
- Tratamientos con psicofármacos (antidepresivos...).

La adaptación del entorno representa uno de los principales elementos que puede paliar o mitigar el grado de riesgos. Supone hacer todas aquellas modificaciones en el ambiente físico que rodea a las personas y que les permitan la realización de las actividades cotidianas (asearse, cocinar, caminar, etc.) de una manera más segura, sencilla e independiente. Adaptar el entorno a las condiciones de cada persona es tener en cuenta a cada persona en particular, contemplando los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos.

Aspectos a tener en cuenta para que un hogar sea seguro

Mantenimiento de la casa

- Cuando se derrama un líquido debe limpiarlo inmediatamente.
- Vigile y mantenga los suelos y las escaleras limpios, sin que se acumulen objetos.
- Ponga libros, revistas, utensilios de costura y otros objetos personales de nuevo en su lugar en cuanto haya concluido su utilización, y nunca los deje en el suelo o las escaleras.
- Guarde los utensilios de uso frecuente en estanterías de fácil acceso.

Suelos

- Asegúrese de que nadie se desplaza sobre suelos recién fregados antes de que se sequen.
- En el caso de encerar los suelos, aplique cera con autopulido y antideslizante.
- Elimine las alfombras, y si las tiene, sujételas todas con antideslizantes.
- Elimine todas las alfombrillas al pie y encima de las escaleras.
- Observe el estado de sus alfombras, ¿tienen algún borde curvado, algún punto desgastado o desgarros? Si es así, repárelas.

Iluminación

- Debe tener interruptores de la luz cerca de todas las puertas.
- Observe si existen zonas con sombras y ponga una iluminación suficiente para eliminarlas.
- Ponga una lámpara o interruptor de la luz al alcance de cada cama.
- Ponga luces de noche en los baños y en los trayectos que conducen de los dormitorios a los baños.
- Ponga buena iluminación en todas las escaleras, con interruptores en ambos extremos.

Baños

- Ponga antideslizantes dentro de la zona de baño: alfombrilla, adhesivo o pintura antideslizante.
- Coloque agarraderos o asideros bien fijados en las zona donde se ducha o se baña, asegúrese de que están bien sujetos al ladrillo y no solo al baldosín. También puede poner asideros donde crea que le van a ayudar a moverse con mayor seguridad, el cuarto de baño es una zona especialmente peligrosa dentro del hogar.
- Ponga alfombrilla antideslizante en el suelo del cuarto de baño para cuando sale mojado de la ducha o bañera. Sea especialmente cauteloso en este momento.
- Coloque el jabón en una zona de fácil acceso.

Zonas de paso

- Es importante poder caminar por todas las habitaciones de su casa, sin tener que dar la vuelta alrededor de muebles.
- La zona de paso entre su dormitorio y el cuarto de baño debe estar libre de obstáculos.
- Observe las zonas de paso de la casa y elimine los cables que pueda haber.

Escaleras

- Las barandillas deben estar seguras a lo largo de toda la escalera.
- Las barandillas deben sobresalir lo suficiente como para asirse bien a ellas y exceder la longitud de la escalera, por lo menos 20 cm.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Ponga marcas visibles o indicadores de manera que le avisen cuando llega el final de la escalera.
- Observe si la escalera está en buen estado, sin peldaños rotos, sueltos, ni inclinados.
- Si la escalera tiene alfombra o bordes metálicos, ¿están bien ajustados y en buen estado?
- Valore sustituir un escalón por una pequeña rampa.
- Ilumine bien la escalera.

Escaleras de mano y taburetes con escalones

- Coloque siempre la escalera de mano sobre una base firme y sin cosas por en medio.
- Antes de subirse a una escalera de mano asegúrese de que los escalones estén completamente desplegados y con los seguros anclados.

Áreas exteriores

- Portal y escaleras:
 - Se precisa una zona de 90 cm delante de la puerta si esta se abre hacia dentro, y de 150 cm si se abre hacia fuera.
 - Se recomienda rampa para evitar las escaleras. Debe tener un mínimo de 75 cm de anchura y la relación entre longitud/altura no debe exceder el 8%. La superficie debe ser antideslizante.
 - Si tiene escaleras, la pendiente recomendable está comprendida entre ángulos de 25 a 30°.
 - Es importante la presencia de barandilla a ambos lados.
 - En cada escalón, al final, se deberán colocar tiras antideslizantes que contrasten en color con el escalón.
 - El tamaño del escalón deberá ser de 15 cm de altura y 30 cm de anchura. La pendiente será de no más de 10 escalones y con rellanos intermedios.
- Mantenga las zonas de paso de su jardín y de otras áreas sin baches.
- Mantenga el césped y el jardín sin agujeros en el suelo.

- Guarde las herramientas del jardín y las mangueras cuando no las esté utilizando.
- Mantenga las áreas exteriores limpias de rocas, maderas sueltas y otros riesgos menores.
- Mantenga las zonas de paso exteriores, los peldaños y los porches limpios de hojas húmedas y de nieve.
- Ponga sal o anticongelante tan pronto como sea posible después de una nevada o helada en las zonas exteriores heladas.
- Límpiense las suelas mojadas de los zapatos antes de entrar para evitar resbalones.

Calzado

- El calzado debe ser flexible y sujetar bien el pie, tanto el antepié como el talón, con suela de goma con dibujo y punta redondeada o cuadrada, no puntiaguda.
- Evitar zapatos con cordones, si los tiene; puede cambiar los cordones tradicionales por unos elásticos.
- Evite caminar en casa con calcetines y utilice zapatillas bien ajustadas que no se salgan del pie.
- Use zapatos de poco tacón, de buena calidad, cuando trabaja en casa o en el jardín.
- Cambie las suelas y las tapas cuando se queden desgastadas.

Precauciones personales

- Esté alerta por si hubiera un mueble cambiado de lugar o algún objeto en el medio.
- Si en su casa viven niños pequeños o vienen de visita, observe si están jugando en el suelo y si dejan juguetes en la zona de paso. Podrían ser causa de tropiezos y caídas.
- Si tiene animales, esté alerta por si cruzan inesperadamente por su zona de paso o se meten entre sus pies.
- Cuando carga con paquetes, divídalos en pesos menores y asegúrese de que no le obstruyen la visión.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Cuando se estira o agacha para coger algo agárrese a un apoyo firme y evite echar la cabeza hacia atrás o girarla demasiado. También puede utilizar una pinza alcanza-objetos.
- Cuando vaya a moverse piénselo previamente y evite apresurarse cuando vaya a coger el teléfono o al oír el timbre de la puerta.
- Dedique el tiempo necesario para conseguir el equilibrio cuando cambia de posición y pasa de estar sentado a de pie.
- Haga diariamente ejercicio moderado, con una buena dieta, descanso adecuado y con revisiones médicas regulares.
- Si utiliza gafas, ¿tiene la graduación actualizada?
- Si vive solo, ¿mantiene contacto diario con un familiar, amigo o vecino?

Prevenir los incendios

- Instale en su casa un detector de humo, dará la alarma de incendio con el tiempo suficiente para despertar y emprender la huida antes de que sea demasiado tarde. La instalación es sencilla y necesita un mantenimiento mínimo; cada 6 meses o 1 año deberá cambiar las baterías y comprobar que funciona. En países donde es obligatorio el detector, se ha reducido el número de víctimas por inhalación de gases. El mejor lugar para colocarlo es el pasillo, donde puede ser escuchado desde toda la vivienda.
- Tenga un extintor portátil en casa y aprenda a usarlo. Puede evitar que un fuego pequeño se convierta en un gran incendio. Colóquelo en lugar visible y fácil de alcanzar. Asegúrese de su funcionamiento y de que esté siempre cargado. Este dispositivo exige un mantenimiento periódico.
- La manta apagafuegos es un eficaz sistema de extinción, sobre todo con materiales líquidos, como el aceite, en los que el agua aviva el fuego. La manta es un escudo protector cuando nos acerquemos al fuego para cubrir la llama, que se extinguirá por la falta de oxígeno.
- Revise la instalación eléctrica y cambie los cables estropeados. No realice empalmes provisionales. No sobrecargue los enchufes con aparatos electrodomésticos. Evite dejar estos aparatos encendidos durante mucho tiempo. Si sale humo de un electrodoméstico, desenchúfelo.
- Deje espacio entre los calentadores de agua portátiles y cualquier cosa que pueda quemarse.

- No deposite objetos encima de la placa de la cocina. Tenga cuidado con los programadores que encienden la cocina a una hora determinada. Evite que los niños manipulen los mandos.
- Mantenga siempre limpia la campana extractora. La acumulación de polvo y grasa en los filtros prende con facilidad si llega a producirse un pequeño fuego.
- Los escapes de gas pueden producir explosiones. Almacene las bombonas de butano al aire libre. Revise y cambie periódicamente las gomas y abrazaderas.
- Cierre la llave de gas por la noche. Si percibe olor a gas, no encienda ningún fuego ni aparato eléctrico.
- Las cerillas y encendedores son atractivos para los niños. En sus manos pueden convertirse en muy peligrosos.
- Los descuidos de los fumadores pueden ser causa de incendios. Coloque ceniceros grandes y profundos; si son de agua, mejor. No fume en la cama y moje las colillas antes de tirarlas a la basura. Revise los lugares donde alguien haya estado fumando.
- No utilice radiadores como secadores de ropa.

Si tiene un incendio serio, salga de casa rápidamente (antes corte, si puede, el suministro de energía eléctrica con el interruptor general) y llame a las emergencias al 112, desde la calle. Cierre puertas y ventanas, para que la ausencia de oxígeno ahogue al fuego. Si su ropa prende, deténgase, tírese al suelo y ruede de un lado para otro hasta que el fuego haya desaparecido de su cuerpo.

Intoxicaciones

Las intoxicaciones pueden estar producidas por:

- Productos de limpieza.
- Insecticidas y productos de jardinería.
- Pinturas, disolventes y adhesivos.
- Combustibles.
- Productos de perfumería y cosmética.
- Bebidas alcohólicas.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Los accidentes causados por estos productos son, en general, consecuencia de su ingestión; más raramente, son producidos por su inhalación o contacto con la piel.

Recomendaciones generales de prevención

- Evitar el uso de braseros de carbón, chimeneas y estufas de butano.
- Revisar periódicamente las instalaciones del gas. Existe un servicio de revisión de instalaciones cuyo teléfono se puede solicitar en información telefónica.
- Nunca quedarse dormido sobre las mesas bajo las que haya encendidos braseros o estufas.
- Comprobar al acostarse que las llaves del gas están cerradas.

Recomendaciones específicas de prevención

- Guardar los productos de limpieza, insecticidas y productos de jardinería en un lugar seguro.
- Etiquetar debidamente los recipientes y, de ser posible, mantener los productos en sus envases originales. Prestar cuidado a los envases que se parecen entre sí.
- Evitar usar envases de productos alimenticios, o los utilizados para agua o bebidas refrescantes, para rellenarlos con contenidos tóxicos. Si llegan a usarse, quitar la etiqueta original y no olvidarse de colocar otra etiqueta que lo identifique correctamente.
- Seguir las instrucciones de uso del fabricante del producto.
- No almacenar conjuntamente distintos tipos de productos: alimenticios, tóxicos, etc.
- Productos de limpieza: no mezclarlos indiscriminadamente. En el caso de la lejía y el amoníaco, la mezcla produce un fuerte desprendimiento de cloro, que es un gas tóxico.
- Prestar atención a los indicadores de toxicidad de las etiquetas.
- Insecticidas y productos de jardinería: no pulverizarlos sobre alimentos, personas o animales domésticos.

- No permanecer en habitaciones tratadas con insecticidas hasta transcurrido un tiempo prudencial. Y ventilarlas tan pronto como sea posible.
- Pinturas, disolventes y adhesivos: aplicar con buena ventilación; no lavarse con disolventes.
- No permanecer en las habitaciones recién pintadas o barnizadas hasta que desaparezca el olor del disolvente.
- Combustibles y productos de combustión: no situar calentadores a gas en cuartos de baño ni colocarlos mal ventilados.
- Las estufas y braseros no deben emplearse en locales sin ninguna ventilación.
- Controlar la buena combustión de los braseros de carbón.
- No emplear estufas o braseros en los dormitorios.
- Cerrar la llave del paso al finalizar la utilización del gas. Siempre debe hacerlo por la noche.
- Evitar las corrientes de aire sobre la llama que puedan apagarla.
- Vigilar los recipientes con líquidos sobre el fuego que, al hervir, rebosen y apaguen la llama.
- Si percibe olor a gas no accione interruptores eléctricos ni encienda cerillas o mecheros: la chispa podría provocar una gran explosión. Abra las ventanas para ventilar.
- No mantener el coche en marcha en el interior de garajes pequeños y mal ventilados.

Ante una urgencia de este tipo, llamar inmediatamente al Servicio de Información Toxicológica.

Quemaduras en el hogar

¿Cómo prevenirlas?

- Vigilar sartenes, cazos y cualquier utensilio de cocina que contenga comida caliente.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Los objetos puestos en el fuego deben tener los mangos hacia el interior de los quemadores.
- Ser cuidadosos con los cigarrillos encendidos, cocinas y hornos eléctricos.
- Si se tiene calentador de agua, fijar la temperatura del mismo.
- Revisar las instalaciones eléctricas y aparatos que se conectan a la corriente.
- Prestar especial atención a enchufes con poca sujeción a la pared, cables sueltos...
- Colocar extintores de incendios en lugares estratégicos, así como instalar alarmas de humo, empezando por la cocina.

Recomendaciones. Quemaduras leves

- Poner la zona quemada bajo un chorro de agua fría, o bien sumergirla durante al menos 10 minutos.
- Cubrir la quemadura con un vendaje estéril o un trozo de tela limpio para protegerla de roces o presiones y evitar la sobreinfección.
- Cuando una quemadura cubre un área de más de 5 cm o afecta a partes del cuerpo como manos, pies, cara, ingles, glúteos o articulaciones, se debe tratar como si fuera una quemadura grave. En ese caso se deberá acudir al médico.
- Para quemaduras graves acuda rápidamente al servicio de urgencias de un hospital.

444

Electrocuciones

En las viviendas existe un riesgo de electrocución. Una persona puede electrocutarse fácilmente, ya que las tensiones que alimentan los aparatos electrodomésticos (220 o 125 voltios) son peligrosas. Pueden producir desde el conocido "calambrazo", hasta la muerte por paro cardíaco.

El peligro que entraña un contacto eléctrico se hace mucho mayor cuando la persona está en ambiente mojado o descalza sobre el suelo. Este peligro se produce principalmente en:

- El cuarto de baño.
- La cocina.
- Cualquier lugar después de fregar el suelo o regar.

El contacto accidental de una persona con un objeto que está en tensión se da de dos formas distintas:

- Cuando se tocan directamente elementos eléctricos que están con tensión:
 - Por existir cables pelados, con aislante defectuoso o insuficiente.
 - Por conectar aparatos con cables desprovistos de la clavija correspondiente.
 - Al cambiar fusibles o tratar de desmontar o reparar un aparato sin haberlo desconectado.
 - Por manejar aparatos que carecen de tapas protectoras y, por consiguiente, tienen partes eléctricas accesibles.
- Cuando se toca la carcasa o parte exterior metálica de algún electrodoméstico que se ha puesto en contacto con la tensión como consecuencia de una deficiencia en los aislamientos interiores. Esto puede ocurrir en:
 - Nevera.
 - Lavaplatos.
 - Televisor.
 - Tostador.

¿Cómo prevenir una electrocución?

- Consultar a un técnico especializado para hacer del hogar un lugar más seguro, mediante el uso de disyuntores, cobertores para enchufes, tomas de tierra, etc.
- Jamás conectar aparatos a la red eléctrica que se hayan mojado, aunque estos parezcan secos y en condiciones.
- No manipular ningún aparato eléctrico cuando se encuentre recién salido del baño o la ducha.
- No debe existir ninguna fuente de energía eléctrica a menos de 1 metro de distancia de la bañera.
- No utilizar electrodomésticos y otros aparatos estando descalzo, aun cuando el suelo esté seco.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- No mantener estufas eléctricas, tomas de corriente ni otros utensilios eléctricos al alcance de la mano en el cuarto de baño.
- Proteger siempre los fusibles y los cortacircuitos del hogar en una caja convenientemente cerrada. El cableado interno nunca debe verse. Si los fusibles saltan o los cortacircuitos se interrumpen con frecuencia, esto puede indicar una sobrecarga del sistema. Si se detectan manchas negras, escucha un zumbido o un chisporroteo, o huele plástico quemado alrededor o dentro del panel eléctrico, consultar a un especialista cualificado para que revise la instalación.
- Revisar los cables regularmente en busca de averías y nunca los repare empalmándolos.
- Evitar usar “ladrones” o “enchufes pulpo” que permiten conectar muchos cables a un único dispositivo.
- Desconectar todo aparato eléctrico que genere la más ligera descarga o sensación de cosquilleo, y hacerlo revisar por el técnico correspondiente.
- Ante cualquier reparación o manipulación de la instalación eléctrica, desconectar el interruptor general situado normalmente en el cuadro general, asegurándose de la ausencia de tensión.
- Ante cualquier problema en su instalación o con sus electrodomésticos, consultar a un electricista o técnico para que realice las reparaciones pertinentes.

446

¿Qué hacer en caso de electrocución?

- Avisar al Servicio de Emergencias (112).
- Cortar la corriente general del domicilio o local.
- Si el electrocutado se encuentra en un lugar alto, prevenir la caída.
- Utilizar un objeto de madera o plástico para despegar al accidentado de la fuente eléctrica.
- Revisar los signos vitales del accidentado y realizar respiración cardiopulmonar básica en caso de necesitarla.
- Si las lesiones no aparentan gravedad, acudir igualmente al Centro de Salud; a veces, las lesiones pueden ser graves y tardar en manifestarse.

Bibliografía

- Accidentalidad Peatonal en Núcleos Urbanos. Noviembre 2005. www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/images/Accidentalidad-peatonal_tcm164-5513.pdf.
- Guía de Prevención: riesgos domésticos entre personas mayores. Profesionales. Edición especial para el proyecto Con mayor cuidado. Fundación MAPFRE. 2008.
- Máximo N, Pérez de Heredia M, Gutiérrez M. Atención en el hogar de personas mayores. Salamanca: Ediciones Témpora, 2004.
- Martínez García F. Revista Seguridad y Medio Ambiente n.º 121, primer trimestre, 2011.
- Minaya Saiz J. Seguridad vial: las personas mayores como conductores y peatones. En Nuevas Miradas sobre el Envejecimiento, 2009. Colección Manuales y Guías serie Personas Mayores, n.º 31005.

María Aurora Viloría Jiménez
Alba García Cuesta

Delirium en el anciano

Introducción. Concepto de delirium

Los cambios en el estado mental, uno de los síntomas más frecuentes en ancianos con enfermedades agudas (infecciones, cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardiaca o respiratoria...), pueden representar el 30% de las valoraciones urgentes en ancianos. El estado mental alterado constituye una especie de barómetro de la existencia de una enfermedad subyacente grave en el anciano, y con frecuencia supone el primer y único síntoma de enfermedades muy variadas. Por lo tanto, se trata siempre de un signo de alarma de que “algo no va bien”.

El delirium o cuadro confusional agudo es un síndrome neuropsiquiátrico frecuente en el paciente anciano. Puede ser devastador para el anciano y sus familias por las consecuencias que puede tener si no se detecta precozmente. Para los profesionales representa una de las patologías en las que un diagnóstico correcto y a tiempo es fundamental para determinar la causa o causas subyacentes, tratar de prevenir su aparición, y manejar los síntomas que con frecuencia se asocian una vez desarrollado.

Aunque ya se hablaba de esta patología desde tiempos de Hipócrates, realmente ha recibido la atención que se merece a nivel clínico, general y en la literatura en las últimas tres décadas: el primer libro que fue dedicado exclusivamente a este síndrome lo describió como “un signo clínico importante de descompensación en la función cerebral motivado por una enfermedad física u orgánica”. Su definición ha ido evolucionando y así, el DSM-V (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition*) lo describe como una alteración en el nivel de alerta o atención (más que el nivel de conciencia), marcado por un desarrollo agudo o subagudo de cambios cognitivos que se atribuyen a una enfermedad médica, y que tiende a tener fluctuaciones en su curso.

Las manifestaciones clínicas son muy variadas, fundamentalmente trastornos agudos/subagudos en el nivel de conciencia, atención, funciones perceptivas (errores de identificación e ideas delirantes, alucinaciones) y cognitivas

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

(alteraciones en memoria, lenguaje y desorientación), y frecuentemente asociados a alteraciones del ciclo sueño-vigilia, de las emociones y psicomotoras (hiper o hipoactividad, y mixtos).

Es crucial tenerlo siempre en cuenta, es decir, pensar en dicha posibilidad para poder prevenirlo y tratarlo adecuadamente.

Epidemiología

La frecuencia de aparición de delirium depende de muchos factores, incluido la ubicación (en el domicilio, ancianos hospitalizados o institucionalizados en residencias), existencia de otras enfermedades y deterioro cognitivo previo, otros antecedentes médicos o si se trata de pacientes tras una intervención quirúrgica.

En líneas generales, en ancianos que viven en su domicilio, la prevalencia del delirium es del 1%, y en los mayores de 85 años llega hasta el 14%, pero aumenta considerablemente cuando se trata de ancianos hospitalizados (10-56%), sobre todo en relación con edad más avanzada y con enfermedades de mayor gravedad. En las primeras 24 horas de ingreso aparece en el 10-30%. Además es frecuente también en pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos (20-80%), y en Unidades Coronarias (42%). En ancianos al final de la vida puede presentarse hasta en el 85%.

La posibilidad de delirium en pacientes ancianos tras una intervención quirúrgica puede elevarse hasta el 85% (sobre todo en cirugía cardíaca, ortopédica o cirugía abdominal) y, según los estudios realizados, parece que el tipo de anestesia (general, epidural, regional) no influye en su posibilidad de desarrollo. El riesgo de presentar cuadro confusional agudo aumenta si se trata de una intervención quirúrgica de urgencia.

En ancianos en residencias aparece en el 3,5-33%. Con cierta frecuencia, los pacientes son ingresados en residencias tras el alta hospitalaria con síntomas todavía de cuadro confusional (ya que su duración puede ser desde 24 horas a varias semanas o incluso meses), y en este nivel asistencial se mantienen los síntomas durante un periodo variable.

Aunque no existen muchos datos sobre delirium en pacientes ancianos en unidades domiciliarias, algún estudio que compara pacientes en domicilio y hospitalizados; aquellos en domicilio parecen padecer con menos frecuencia cuadros confusionales, probablemente en relación con su permanencia en su entorno habitual, sin cambios como ocurre en el hospital, que constituye un entorno ajeno y adverso a un anciano frágil.

Fisiopatología, ¿qué ocurre a nivel cerebral?

El delirium es la manifestación clínica de una vía final común de varias, simultáneas o encadenadas alteraciones en el funcionamiento cerebral. Actualmente el modelo con mayor capacidad de integrar los diversos factores de riesgo se apoya en el concepto de **“reserva cerebral”**, definido como la capacidad del sistema nervioso central para responder de manera funcionalmente flexible a las agresiones.

En el desarrollo del cuadro confusional agudo existen múltiples mecanismos neurofisiopatológicos implicados, que están relacionados con alteraciones en la liberación, degradación y síntesis de diferentes neurotransmisores. Los neurotransmisores son moléculas liberadas por las neuronas al espacio sináptico donde ejercen su función sobre otras neuronas y ayudan en la conexión y transmisión de información entre las mismas. Constituyen un elemento clave en la transmisión de los estímulos nerviosos. Todos ellos son fundamentales para un correcto funcionamiento cerebral, por ello cuando se alteran estos circuitos, se afecta el normal funcionamiento, apareciendo el cuadro confusional.

Numerosos neurotransmisores se han implicado en la patogénesis del delirium. El sistema colinérgico (acetilcolina) es fundamental en los procesos de memoria y atención y alteraciones en el mismo han sido demostradas en el desarrollo tanto del delirium como de la demencia. Otros neurotransmisores implicados incluyen la dopamina (fundamentalmente por exceso de su actividad) y un desequilibrio entre los sistemas dopaminérgicos y catecolaminérgicos, así como el glutamato y la norepinefrina. Otras sustancias como el cortisol están en relación con situaciones de estrés agudo a la hora de desencadenar o mantener el delirium.

De todas formas, a día de hoy, no se conoce la totalidad de los fenómenos que ocurren a nivel cerebral como causantes de este cuadro, por ello su abordaje resulta con frecuencia complejo. Actualmente no podemos determinar cuál es el principal neurotransmisor causante del cuadro a nivel individual, por ello hay que tener siempre presente la posibilidad de este cuadro ante un cambio en el nivel de conciencia y fluctuaciones, para poder realizar un diagnóstico lo más precoz posible.

Causas del delirium

La etiología del delirium es muy variada y habitualmente es consecuencia de una enfermedad aguda, un efecto farmacológico o alguna complicación.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Factores predisponentes

Se han realizado varios estudios para valorar cuáles son los factores de riesgo predisponentes (son aquellos que aumentan el riesgo de padecerlo si se dan las circunstancias) para presentar cuadro confusional y a los que debemos prestar adecuada atención:

1. Características demográficas	<ul style="list-style-type: none">• Sexo masculino.• Edad (> 65 años), mayor riesgo en los "muy mayores".• Nivel de educación bajo.• Antecedentes de delirium previo, ictus, enfermedad neurológica, depresión.
2. Situación basal funcional	<ul style="list-style-type: none">• Limitada actividad física y cognitiva.• Inmovilidad, dependencia.• Caídas, alteración de la marcha.• Demencia o deterioro cognitivo.
3. Alteración sensorial	<ul style="list-style-type: none">• Déficit visual o auditivo.
4. Coexistencia de condiciones médicas	<ul style="list-style-type: none">• Múltiples enfermedades coexistentes.• Enfermedad renal o hepática.• Enfermedad terminal.
5. Trastorno de la ingesta	<ul style="list-style-type: none">• Malnutrición y deshidratación.
6. Fármacos y otras sustancias	<ul style="list-style-type: none">• Polifarmacia, sobre todo psicofármacos y anticolinérgicos.• Abuso de alcohol.

452

Factores precipitantes

Además se han identificado una serie de factores precipitantes, que son aquellos que van a provocar la aparición del cuadro en aquellos pacientes frágiles o predispuestos a ello. Son los siguientes:

- **Factores ambientales:** empleo de restricciones físicas, cateterismo vesical, vías periféricas o centrales, ingreso en UCI o Unidad Coronaria.
- **Fármacos:** número y dosis de fármacos con actividad sobre el sistema nervioso central, abstinencia de fármacos (por ejemplo: benzodiazepinas), anestesia, sedación.
- **Enfermedad neurológica aguda:** ictus, meningitis o encefalitis.
- **Enfermedad intercurrente:** metabólicas, infecciones, cardiopulmonar, deshidratación o malnutrición, dolor.

- **Cirugías:** cardiaca, ortopédica y abdominal.
- **Alteración del ritmo sueño-vigilia o privación de sueño.**

Diagnóstico del cuadro confusional agudo

El diagnóstico es básicamente clínico (basado en la entrevista y la exploración física). Los criterios diagnósticos actuales se derivan del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5.ª ed. (DSM-V) y son los siguientes:

- A.** Alteración del nivel de alerta con reducción de la capacidad de focalizar, mantener o cambiar la atención.
- B.** Cambios en las funciones cognitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteraciones de lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa.
- C.** La alteración se presenta en un corto periodo de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D.** Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, por intoxicación o abstinencia de sustancias o debido a múltiples etiologías o causas.

El primer paso para evaluar la sospecha de un estado mental alterado en el anciano es obtener una historia detallada de la situación basal previa ("cómo está normalmente") a nivel cognitivo y el curso clínico que ha tenido cualquier cambio cognitivo que se haya apreciado. Los cambios crónicos en el estado mental suelen asociarse con demencia y deberían ser evaluados de acuerdo con ello. Los cambios agudos (aquellos que ocurren en el transcurso de días o semanas), incluso si existe una demencia previa, deberían ser valorados ante sospecha de cuadro confusional agudo. Si no se objetivan las características de delirium (inatención, pensamiento desorganizado, nivel de conciencia alterado, síntomas fluctuantes), se debe realizar una valoración más exhaustiva para depresión, ansiedad y otras patologías psiquiátricas.

En toda valoración ante sospecha de delirium, se debe realizar:

Valoración clínica

Entrevista dirigida (teniendo en cuenta fármacos y factores predisponentes y precipitantes para buscar posibles causas). Exploración física completa (descartando estreñimiento o impactación fecal, retención urinaria, puntos dolorosos...). Exploración neurológica y cognitiva (valorando nivel de conciencia, atención, ideas delirantes o alucinaciones, agitación...).

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

El CAM (*Confusion Assessment Method*) es una escala o herramienta sencilla empleada por los clínicos para el diagnóstico de delirium:

1. Comienzo agudo y curso fluctuante	¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente?
2. Alteración de la atención	¿El paciente se distrae con facilidad o tiene dificultad para seguir una conversación?
3. Pensamiento desorganizado	¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas? ¿Ve animales, personas, objetos que no existen realmente?
4. Alteración del nivel de conciencia	¿Está alterado el nivel de conciencia del paciente (adormilado, obnubilado, estuporoso)?

El primer punto para poder diagnosticar el delirium es tener siempre presente esa posibilidad en pacientes con alguno de los síntomas descritos.

El aspecto más importante para tratar el delirium es diagnosticarlo adecuadamente. Puede ser diagnosticado en personas que desarrollan de forma aguda confusión, inatención, pensamiento o comportamiento desorganizado, un nivel alterado de conciencia, alteraciones de la percepción o alteraciones del ritmo sueño/vigilia.

Hay que hacer un diagnóstico diferencial con demencia, depresión, psicosis, manía y secuelas de enfermedades neurológicas (ictus). Se debe realizar una valoración exhaustiva del paciente y es fundamental la información que puedan aportar los familiares o cuidadores del paciente, para valorar si los cambios se han producido de forma aguda, o se trata de un cuadro crónico, o incluso hay que tener en cuenta que pacientes con una demencia previa pueden desarrollar un cuadro confusional agudo.

Es importante, también para un correcto diagnóstico, saber que existen varios tipos de delirium:

- Hiperactivo: hiperalerta, inquietud, agitación, alucinaciones, ideas delirantes.
- Hipoactivo: somnolencia, hipoalerta, con letargo, estuporoso, con retardo psicomotor y apenas emisión de lenguaje.
- Mixto: presentan síntomas de los dos tipos, en ocasiones con excesiva actividad y en otras con tendencia al sueño.

En líneas generales, se suele tener presente los cuadros de delirium hiperactivo, porque aparecen síntomas muy llamativos, pero no siempre se tiene en cuenta la posibilidad de delirium hipoactivo en aquellos ancianos que tienden a presentar mayor somnolencia, torpeza motora, con lo cual, con demasiada frecuencia, no son diagnosticados correctamente

Pruebas diagnósticas o complementarias:

Análisis de sangre (hemograma, coagulación, bioquímica con calcio, sodio, potasio, función renal y hepática, hormonas tiroideas), análisis de orina, saturación de oxígeno, electrocardiograma (descartar arritmias, cardiopatía isquémica), radiografía de tórax y si se sospecha alguna patología neurológica (accidente cerebrovascular agudo), realizar tomografía axial computarizada craneal.

Exámenes especiales según la sospecha clínica:

Electroencefalograma (si se sospechan crisis epilépticas), punción lumbar (si se sospecha meningitis, encefalitis...), análisis en suero y orina si sospechamos tóxicos...

Diferencias entre delirium y demencia

Con frecuencia, ante un paciente que presenta un cuadro confusional agudo, se escuchan comentarios por parte de cuidadores, familia y profesionales del tipo "el paciente se ha demenciado...", "mi padre se ha demenciado...". Constituye un error de base considerar un cuadro que se ha desarrollado de forma aguda y rápida como una demencia. La demencia no se presenta en pocos días u horas, es un cuadro clínico crónico (tratado en otro capítulo de este manual). Hay que tener claras las diferencias entre delirium y demencia, aunque bien es verdad que pacientes que están diagnosticados de demencia corren mayor riesgo de desarrollar delirium si se dan los factores necesarios.

Las diferencias entre delirium y demencia se recogen en la tabla 1.

Consecuencias del delirium

El impacto del delirium por sí mismo puede convertir la vulnerabilidad o fragilidad del anciano en un resultado adverso, ha sido identificado como una de las tres enfermedades para la mejora de la calidad de atención al anciano frágil y su impacto económico es muy importante (similar a la diabetes y caídas).

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Tabla 1. Diferencias entre delirium y demencia

	Delirium	Demencia
Conciencia	Disminución del nivel de alerta o hiperalerta	Alerta, no se altera
Orientación	Desorganizada	Desorientada
Curso	Fluctuante	Curso lentamente progresivo
Desarrollo	Agudo o subagudo	Crónico
Atención	Alterada	Con frecuencia normal
Psicomotor	Agitado o letárgico	Suele ser normal
Alucinaciones	Con frecuencia presentes	No suelen estar presentes hasta que avanza la enfermedad
Ciclo sueño-vigilia	Alterado	Habitualmente normal
Lenguaje, discurso	Lento, incoherente	Alteración del lenguaje con afasia, incapacidad para nominar, para "encontrar palabras", progresa hasta el mutismo

456

Supone uno de los eventos adversos más prevenible en los ancianos durante la hospitalización y la experiencia ha demostrado que puede provocar una cascada de fenómenos que conducen al deterioro funcional (medido durante el ingreso y a los 3 meses), dependencia (riesgo de declive en autonomía para las actividades de la vida diaria), institucionalización o ingreso en residencia (riesgo multiplicado por 3 a los 3 meses, y por 4 al año del episodio) e incluso la muerte. La mortalidad durante el ingreso hospitalario en ancianos con cuadro confusional agudo varía del 22 al 76% según los estudios, siendo estas cifras similares a las de pacientes con infarto de miocardio o sepsis. Además de la mortalidad, hay numerosas consecuencias, entre las que destacan deshidratación, desnutrición, úlceras por presión, infecciones, prolongación de estancias y riesgo de mayores efectos secundarios por fármacos.

Prevención del delirium

Dadas las consecuencias tan severas que pueden tener los pacientes con delirium, "el mejor tratamiento es siempre una buena prevención".

En torno a un 30-40% pueden prevenirse mediante medidas no farmacológicas, que incluyen intervenciones dirigidas a los cuidados del anciano hospitalizado

o institucionalizado, para identificar el riesgo y los síntomas precoces del síndrome, y el diseño de un plan de cuidados y de estrategias preventivas.

Las medidas no farmacológicas pueden evitar los posibles efectos secundarios de los fármacos que utilizaremos si fracasan estas, y tienen tres áreas de actuación: el propio anciano, el ambiente que le rodea y, por supuesto, tanto los cuidadores sanitarios como los familiares.

Se ha propuesto la aplicación de diferentes protocolos estandarizados siendo el más conocido el programa HELP (*Hospital Elder Life Program*). Este programa incluye las siguientes medidas no farmacológicas: orientación, nutrición e hidratación apropiadas, ritmo sueño-vigilia, alteraciones sensoriales (visión y audición: es necesario mantener las lentes y audífonos si los utiliza habitualmente) y movilidad. Además es importante evitar en la medida de lo posible las restricciones físicas y las sondas vesicales.

Las restricciones físicas deberían evitarse en los pacientes que tienen riesgo de desarrollar delirium y en aquellos que lo han desarrollado. En general, suelen empeorar los síntomas, agravando la agitación, la inmovilidad, la incontinencia urinaria. Aunque el objetivo inicial de su uso es prevenir caídas y lesiones, en general en los pacientes con delirium pueden ser contraproducentes, provocando síntomas más severos. La tendencia actual es a evitar al máximo las restricciones físicas, creando un ambiente lo más favorecedor y protésico posible para el anciano.

En cuanto a la posibilidad de desarrollar una prevención farmacológica del delirium, se han ensayado diferentes tratamientos (neurolépticos, anticolinesterásicos), aunque ninguno ha demostrado capacidad para prevenir la aparición de estos cuadros clínicos.

Tratamiento y manejo del delirium

El tratamiento tiene cuatro objetivos:

- Incluir la identificación de una posible causa tratable y actuar sobre ella.
- Control de los síntomas.
- Instaurar medidas de soporte.
- Intentar minimizar en lo posible las complicaciones.

Dentro de las posibles causas de delirium hay que tener en cuenta principalmente:

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

1. Fármacos: sobre todo los que tienen efecto anticolinérgico (antidepresivos, benzodiazepinas, anticomiciales, relajantes musculares, corticoides, digoxina, antibióticos...).
2. Patología cardíaca o respiratoria: los niveles bajos de oxígeno pueden provocar cuadro confusional agudo en ancianos frágiles.
3. Ictus y crisis comiciales o epilépticas.
4. Infecciones: sobre todo urinarias y respiratorias, también son importantes la colecistitis y la diverticulitis.
5. La retención urinaria también puede causar este cuadro al igual que el estreñimiento y la impactación fecal.
6. Dolor mal controlado: siempre hay que descartar la existencia de dolor, sobre todo en aquellos pacientes con demencia.
7. Alteraciones metabólicas como la hiponatremia, hipopotasemia, hipocalcemia o hipercalcemia, y alteraciones renales y hepáticas, junto con alteraciones tiroideas.

Hay dos intervenciones básicas para controlar los síntomas en un paciente con delirium: medidas no farmacológicas y tratamiento farmacológico.

458

Medidas no farmacológicas

Como medidas no farmacológicas es fundamental tener en cuenta los siguientes puntos:

1. Evitar el uso de restricciones físicas.
2. Reducir el uso de sondas vesicales.
3. Minimizar la iatrogenia y efectos adversos.
4. Mantener una nutrición e hidratación adecuadas.
5. Mantener orientación.
6. Disminuir los estímulos ambientales (excesivo ruido...).
7. Movilización precoz.
8. Prevenir la deshidratación.
9. Monitorizar fármacos por los efectos secundarios que puedan empeorar el cuadro clínico.
10. Incluir un programa de educación a profesionales y cuidadores sobre el delirium.

Medidas no farmacológicas

1. Ambiente para facilitar la seguridad del anciano:

- Habitación con ventanas.
- Ambiente tranquilo e iluminado.
- Asegurar adecuada luminosidad y temperatura.
- Evitar objetos que produzcan sobreestimulación, como relojes nocturnos con luz o ruido, tener la televisión encendida mientras se está en la cama.
- Asegurarnos de que hay elementos de seguridad, como lamparita nocturna, de que mantenga sus objetos personales a mano, las zapatillas colocadas al lado de la cama y que sean fáciles de colocar, que sea consciente de que puede llamar a su cuidador siempre que lo necesite (dejarle cerca algún objeto para llamarnos, si es necesario).
- Si el anciano está en una residencia, tener en cuenta que no se deben juntar dos ancianos con delirio.
- Corregir la mala interpretación del entorno, ubicarle para saber que se encuentra en su habitación, comedor de su casa o residencia. Enseñarle dónde está la llave de la luz, la puerta, el aseo.
- No debe encontrarse aislado, como cerrarle la puerta de su habitación cuando está agitado.

2. Orientación para disminuir el miedo y la desconfianza del anciano:

- Uso de relojes, calendarios, colocados de forma que los pueda ver bien, incluso acompañarle hasta donde estén para mostrárselos.
- Proporcionarle información clara y frecuente de cada acción que se vaya a realizar con el anciano.
- Debe haber regularidad de los cuidadores, que conozca su nombre y haya establecido una relación con ellos.
- Recordarle verbalmente datos que pueda olvidar con frecuencia, como los nombres de sus familiares, cuidadores.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Proporcionarle referencias para orientarse y pueda mantener contacto con el exterior.
- Insistir que no está solo y que puede pedir ayuda siempre que lo necesite.
- Cuando le estemos proporcionando atención, evitar comentar problemas personales.
- Dirigirnos siempre por su nombre, ello facilitará su confianza en el cuidador.

3. Comunicación:

- Cuando nos dirijamos al anciano las instrucciones han de ser claras, lentas, simples y repetidas. No levantar el tono de voz.
- Hablarle mirándole a la cara, estableciendo contacto visual.
- Llamar reiteradamente al anciano por su nombre.
- El cuidador debe presentarse en cada oportunidad: soy tu hijo/a, nieto/a. soy la cuidadora y me llamo...
- Proporcionarle los audífonos o gafas si tiene algún déficit visual o auditivo.
- Si se molesta con uno de los cuidadores, evitar momentáneamente que este lo trate para que no se agite más.

4. Actividad/sueño:

- Evitar la inmovilización física. Para evitar que se pueda caer de la cama si está en ella, se pueden usar barandillas o colocarla junto a una pared.
- Si el anciano puede caminar, mantenerlo activo, acompañarle a dar paseos, permitirle que se pueda levantar procurando un ambiente seguro donde pueda hacerlo para evitar caídas.
- Proporcionar un ambiente confortable para dormir, intentar mantener la misma rutina antes de acostarse, como ir al inodoro o cambiarle absorbente, si lo precisa.
- Evitar despertarle para tomar medicación, ajustar los horarios previamente.

- Si presenta alucinaciones nocturnas no llevarle la contraria, sino orientarle para que se dé cuenta de que lo que ve no es real.

Recordar que hay que garantizar los cuidados básicos que por la situación de dependencia transitoria no pueda realizar: asearse, moverse sin supervisión, comer solo (habrá que prepararle los alimentos), acompañarle al inodoro y asegurarnos de que mantiene una correcta higiene.

El cuidador debe observar los cambios de conducta del anciano:

- Si la agitación coincide con algún hecho concreto.
- Si no ha realizado deposición en varios días, o al contrario, se encuentra con diarrea.
- Si tiene fiebre, dolor o escozor al orinar.
- Si presenta signos de deshidratación como: lengua seca, no orina en 8-10 h, tiene los ojos hundidos, al pellizcar la piel no vuelve a su estado normal (hace un pliegue).

Tratamiento farmacológico

El haloperidol es efectivo, pero por sus efectos secundarios (sedación, rigidez, temblor, retenciones urinarias, hipotensión...), debe utilizarse únicamente como tratamiento puntual, en la fase más aguda. Si es necesario mantener el tratamiento, se debe evitar el haloperidol y emplear antipsicóticos atípicos que son eficaces y tienen menos efectos secundarios. La risperidona, quetiapina, ziprasidona y aripiprazol son antipsicóticos atípicos efectivos para el tratamiento del cuadro confusional agudo.

El tratamiento es sintomático, y estos fármacos se deben utilizar a la dosis mínima efectiva y el menor tiempo posible para la resolución del cuadro. Hay que reevaluar periódicamente, y suspender el tratamiento en cuanto sea posible.

Se han realizado estudios con anticolinesterásicos (donepezilo, rivastigmina), pero no hay suficiente evidencia para emplearlos como tratamiento específico para los síntomas del delirium, ni siquiera en pacientes con demencia previa.

Los antidepresivos: los ISRS (inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina), la trazodona y la mirtazapina son fármacos útiles para el tratamiento sintomático.

Las benzodiazepinas en general pueden empeorar el delirium y no deberían emplearse para tratar sus síntomas.

Delirium o cuadro confusional agudo: puntos clave

- El estado mental alterado constituye una especie de barómetro de la existencia de una enfermedad subyacente grave en el anciano. Es un signo de alarma, de que “algo no va bien”.
- En el desarrollo del cuadro confusional agudo existen múltiples mecanismos neurofisiopatológicos implicados relacionados con alteraciones en la liberación, degradación y síntesis de diferentes neurotransmisores.
- Las causas son muy variadas y habitualmente es consecuencia de una enfermedad aguda, un efecto farmacológico o alguna complicación.
- El primer punto para poder diagnosticar el delirium es tener siempre presente esa posibilidad. El diagnóstico es clínico según los síntomas y los hallazgos en la exploración física.
- Hay que tener claras las diferencias entre delirium y demencia. La demencia no es un cuadro agudo que se desarrolle en horas, días o semanas.
- Las consecuencias son múltiples, con mayor riesgo de deterioro funcional, ingreso en residencia y mortalidad.
- El 30-40% de los casos pueden prevenirse mediante medidas no farmacológicas.
- Los objetivos del tratamiento son: incluir la identificación de una posible causa tratable y actuar sobre ella, control de los síntomas, instaurar medidas de soporte e intentar minimizar en lo posible las complicaciones mediante medidas no farmacológicas y farmacológicas.

Bibliografía

- Antón Jiménez M, Giner Santeodoro A, Villalba Lancho E. Delirium o síndrome confusional agudo. Tratado de Geriátrica para residentes.
- Cole MG, Ciampi A, Belzile E, Zhong L. Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis. AGE AND Ageing 2009; 38:19-26.
- Estrategias de cuidado de personas mayores con delirio, demencia y depresión. Guía de buenas prácticas de enfermería. RNAO. Junio 2004, revisado 2010.
- Formiga Pérez F, Álvarez Fernández B, Duaso E. Síndrome confusional agudo o delirium en el paciente anciano. En: Tratado de Neuropsicogeriatría. Gil Gregorio P. Ergón, 2010.

- Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age Ageing* 2006; 35(4):350-64.
- Síndrome confusional agudo en Geriátría. escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/Delirio.pdf. Consultado 21/03/2013.
- Síndrome Confusional Agudo (Delírium). Guía práctica de diagnóstico y tratamiento. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

María Aurora Viloría Jiménez
María del Puerto Gómez Martín

Cuidados al final de la vida

Ofrecer una atención integral al final de la vida, en situaciones de enfermedad avanzada, a las personas mayores, a familias y profesionales, desde los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales da sentido y esperanza. Decálogo de Buen Trato a las personas mayores. SEGG.

Introducción. Cuidados al final de la vida

La atención paliativa (OMS, 2002) es un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares que se están enfrentando a los problemas asociados a una enfermedad potencialmente mortal, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, realizando una identificación temprana, una evaluación adecuada y aplicando tratamientos para el dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

Objetivos de los cuidados paliativos

- Proporcionan alivio del dolor y de otros síntomas.
- Son una afirmación de la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No pretenden adelantar ni aplazar la muerte.
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales de la atención del paciente.
- Ofrecen un sistema de apoyo para que el paciente viva del modo más activo posible hasta el momento de la muerte.
- Ofrecen un sistema de apoyo para que las familias puedan sobrellevar la enfermedad del paciente y durante su propio duelo.
- Utilizan un enfoque de equipo para abordar las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo ayuda en el duelo, si procede; mejorarán la

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

calidad de vida y también pueden influir positivamente en el transcurso de la enfermedad.

- Se pueden aplicar en los primeros momentos de la enfermedad, junto con otras terapias que pretenden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia.
- Incluyen las investigaciones necesarias para comprender y manejar mejor complicaciones clínicas.

Está demostrado que la atención paliativa desde una etapa temprana ayuda a mejorar los síntomas, calidad de vida, costes y ayuda a disminuir la sobrecarga del cuidador, bien en pacientes hospitalizados, en unidades específicas de Cuidados Paliativos (de agudos o de media estancia) o mediante programas de paliativos domiciliarios, hasta el final de su vida, con un adecuado soporte a la familia, ayudando a prevenir sobrecarga, claudicación familiar y reducir el riesgo de duelos complicados o patológicos tras la pérdida del ser querido.

El sufrimiento y el fallecimiento son experimentados por los enfermos y sus familiares más cercanos y el sufrimiento de un paciente no puede ser suficientemente paliado si solo se trata al paciente de forma aislada sin tratar a sus familiares.

466

Es fundamental establecer un plan de cuidados y objetivos con el paciente (si es posible) y en su defecto, con la familia o tutor legal en caso de pacientes incapacitados legalmente, para optimizar estos cuidados. La valoración de los pacientes al final de la vida debería incluir una revisión de los síntomas, incluyendo necesidades sociales y espirituales, conocer los deseos del paciente y la posible existencia de testamento vital o directrices anticipadas. Aunque a día de hoy todavía es reducido el número de ancianos que han realizado previamente dicho documento, mostrando sus preferencias cuando todavía están en disposición de participar en la toma de decisiones, mayor número han manifestado en alguna ocasión a sus familias qué quieren y sobre todo “qué no quieren” en cuanto a tratamientos y ciertas medidas (por ejemplo: nutrición artificial) en caso de acercarse su final.

Comunicación entre el paciente, familia y equipo

La comunicación al final de la vida, tanto con la familia como con el paciente, es un aspecto que merece especial atención; las habilidades de comunicación representan un punto fundamental en los cuidados al final de la vida. La formación en comunicación difícil, para abordar aspectos de final de vida con el paciente ayuda a disminuir la ansiedad, depresión y preocupación ante las malas noticias, como en el caso de la enfermedad avanzada. La entrevista debe

ser “centrada en el enfermo” en vez del tradicional “centrada en el médico y lo que va a decir”, y en todo momento debe demostrarse empatía, disponibilidad y reafirmar al paciente nuestra postura como soporte.

La comunicación es fundamental entre el equipo, familiares y paciente (si es posible) para un abordaje correcto de los síntomas. Puede existir estrés o estrés severo emocional, espiritual e incluso por cuestiones financieras, y todas esas necesidades deben ser tratadas. La comunicación abierta, honesta y empática es fundamental para proporcionar los cuidados adecuados. Un tema crucial es la todavía tendencia a la “conspiración del silencio” alrededor del paciente anciano con enfermedad terminal, por miedo a su reacción, desesperanza, e incluso disminución de la supervivencia. Este miedo, frecuente en las intervenciones con la familia de personas mayores, revela sobreprotección al anciano, precisa ser explorado, es necesario conocer la información que el paciente tiene sobre la enfermedad, tanto diagnóstico como pronóstico, la necesidad o no de recibir información que tiene el paciente y se le debe dar la información que este solicite si así lo hiciera o respetar su decisión de delegar la información en la familia o cuidadores. Las reuniones familiares, con el cuidador principal y secundarios, pueden favorecer la ruptura del pacto de silencio, y favorecer la comunicación entre la familia y el paciente, ya que con frecuencia el enfermo también tiende a proteger a sus familiares ante la certeza de su situación terminal y no habla de temas que pueden generar angustia y ansiedad por no preocuparles o “hacerles sufrir”. Es fundamental favorecer esa comunicación porque existe total evidencia de que las cuestiones “sin resolver” al final de la vida generan un mayor sufrimiento en el paciente.

Y, ¿por qué no?, emplear el humor, cada vez se da más importancia a ello en los cuidados y en la comunicación con pacientes al final de la vida. El humor es un medio que sirve para estrechar las relaciones personales, comunicar aspectos relacionados con los cuidados y aliviar la ansiedad relacionada con distintos tratamientos. Los enfermos, en general, se sienten mejor si el entorno en el que son tratados les proporciona seguridad, cercanía, y además no solo pueden hablar, sino también pueden reír. Alivia tensiones, ayuda a un mejor control de los síntomas y crea un clima de confianza donde las preocupaciones pueden ser mejor abordadas. No se trata únicamente de bromear, un contacto visual amable y sonriente puede hacernos sentir igual.

Control de síntomas

Uno de los puntos fundamentales a tener en cuenta en los cuidados al final de la vida es el control sintomático. Hay que tener en cuenta que los síntomas al final de la vida son muy frecuentes, múltiples, intensos, duraderos, cambiantes, multifactoriales y multidimensionales. Los pacientes en la fase terminal de su

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

enfermedad son más frágiles y necesitan un ajuste muy cuidadoso de las dosis de fármacos.

Además, hay que tener en cuenta la valoración que, tanto los pacientes como sus cuidadores, realizan respecto a la importancia de dichos síntomas (por ejemplo, para el paciente el dolor puede ser el síntoma más importante y para el cuidador puede ser la astenia y el deterioro funcional secundario lo que más sobrecarga le genere).

Los ancianos pueden padecer deterioro cognitivo, funcional y visual o auditivo, que puede dificultar la evaluación de los síntomas y su intensidad y limitar su correcto abordaje.

Se pueden aliviar con éxito la mayoría de los síntomas (dolor, disnea, náuseas/vómitos, inquietud, trastorno del sueño, sequedad de boca...).

Síntomas frecuentes

Dolor

El dolor es una experiencia emocional y no solo una sensación física. Como toda experiencia emocional, es algo subjetivo; solo el propio paciente conoce su dolor e intensidad, "es el que el paciente dice que es" y no el que interpretamos los cuidadores y/o profesionales. El dolor crónico tiene una alta prevalencia en los ancianos, y hasta el 85% con cáncer padece dolor en las últimas semanas de vida.

Es fundamental la valoración y control adecuado del dolor, ya su infratratamiento puede empeorar otros aspectos, como el estado de ánimo (depresión y ansiedad), sueño, apetito, situación funcional y movilidad, tendencia al aislamiento...

Debemos tener en cuenta que los ancianos con frecuencia manifiestan el dolor de forma atípica por dificultades en la comunicación, deterioro cognitivo, sensorial o trastorno afectivo (inquietud, agitación, mayor deterioro en la movilidad, bajo estado de ánimo, insomnio...) y que también a menudo se muestran reacios a manifestarlo por expectativas y experiencias previas, aspectos culturales o religiosos, fatalismo respecto al dolor, "MIEDO": signo de debilidad, progresión de enfermedad, signo de "no" cura o interpretación como cercanía de muerte.

El dolor es quizá el síntoma más temido por los enfermos y sus familias, frases como: "tengo miedo al dolor o al sufrimiento" o "no queremos que sufra o que tenga dolores" son las más escuchadas en las unidades de Cuidados Paliativos

cuando se le pregunta a los pacientes y a sus familias por el mayor motivo de preocupación.

En el paciente anciano al final de la vida debemos utilizar las medidas (tanto fármacos, como fisioterapia, psicoterapia...) que sean necesarias para controlar el dolor, siendo los opioides el tratamiento de elección si existe un dolor muy intenso. Con un cuidadoso inicio y ajuste de dosis, debemos olvidarnos del miedo que existe a veces en relación con estos fármacos. Los efectos secundarios más frecuentes son el estreñimiento y las náuseas al iniciar o modificar dosis, que se evita con el empleo de laxantes y antieméticos. En cambio, utilizados correctamente, podemos olvidarnos del riesgo de depresión respiratoria y la falsa creencia de que pueden acelerar la muerte.

Astenia

La astenia o debilidad es uno de los síntomas más frecuentes en las últimas semanas de vida. Es además uno de los síntomas menos diagnosticados y tratados. Síntoma que además suele ser muy incapacitante y limitante para el paciente, ya que genera un mayor deterioro funcional y dependencia y puede empeorar la evolución de otros, como la disnea, el dolor, el trastorno del sueño...

La astenia es con frecuencia definida por los pacientes como un "cansancio extremo", "malestar general", "dolor generalizado", "me duele todo", "no tengo fuerzas para nada" o "no puedo con mi alma"... Además, la astenia intensa es un factor pronóstico importante de menor supervivencia en estos pacientes. Suele estar motivado por múltiples causas (progresión de la enfermedad, anemia, malnutrición, fármacos...). Se deben tratar las causas si eso mejora el síntoma (por ejemplo, ante una anemia severa, se puede valorar la posibilidad de transfusión como medida para mejorar la astenia, el cambio de fármacos...). Aunque existen medicamentos que pueden aportar cierto beneficio sobre este síntoma (dexametasona, acetato de megestrol, metilfenidato), la respuesta es en general poco efectiva y duradera, por lo que será fundamental trabajar con el paciente la adaptación progresiva al síntoma y a sus limitaciones, ya que es probablemente el síntoma más difícil de mejorar.

Disnea

La dificultad respiratoria es frecuente sobre todo en pacientes con cáncer de pulmón o metástasis pulmonares, y patología avanzada cardiológica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Pero incluso al final de la vida es frecuente en pacientes sin patología cardiológica o respiratoria en relación con el deterioro propio de la enfermedad, astenia, anemia y otras múltiples causas.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

La sensación de disnea es totalmente subjetiva, diferente es la taquipnea (o aumento del número de respiraciones), ya que en ocasiones, aunque se objetiva esta última, el paciente no tiene sensación de disnea. A ser posible, se debe tratar la causa (antibiótico si hay infección respiratoria, transfusión si hay anemia...) y tratamiento sintomático reduciendo los esfuerzos, oxigenoterapia, técnicas de relajación y tratamiento farmacológico con opioides (en caso de disnea, la morfina es el opioide que mejor lo controla). Ante la creencia y miedo de que los opioides, y en este caso la morfina, pueden provocar depresión respiratoria y acelerar la muerte, a las dosis adecuadas y con un ajuste cuidadoso en función del síntoma, no solo no provoca esa depresión respiratoria, sino que es una medida clave para un adecuado control de la dificultad respiratoria.

Manejo de secreciones respiratorias

El aumento de las secreciones puede interferir con el sueño, empeorar la disnea, provocar tos y predisponer a infecciones. En las últimas horas de vida el ruido de las secreciones puede angustiar mucho a la familia. Una postura correcta, reducir el aporte de líquidos, que puede llegar a ser un volumen excesivo en los últimos días, y el uso de fármacos anticolinérgicos (butilescopolamina) pueden ayudar a reducirlas. Si aún así se mantienen, insistir es que si el paciente no presenta signos de disconfort, el ruido generado por las secreciones no significa sufrimiento por su parte.

470

Náuseas y vómitos

Pueden también estar provocados por múltiples causas (progresión de enfermedad, estreñimiento, obstrucción intestinal, hipertensión intracraneal, tratamientos con opioides...). Debe tratarse la causa, si es identificada, y realizar tratamiento sintomático con antieméticos (metoclopramida, ondansetrón, haloperidol...). En pacientes con obstrucción intestinal o dilatación gástrica pueden ser muy útiles los corticoides (dexametasona), y en ocasiones, si es muy intenso y difícil de controlar, pueden precisar de colocación de sonda nasogástrica para su alivio.

Estreñimiento

El estreñimiento y la impactación fecal son muy frecuentes en los pacientes al final de la vida en relación con la inmovilidad, disminución de ingesta hídrica y de fibra en la dieta, la propia enfermedad, deterioro cognitivo y fármacos asociados. Normalmente, dado que la ingesta suele ser irregular y cada vez más reducida, y no es fácil controlar el estreñimiento con mediadas dietéticas, suele ser necesario el uso de laxantes e incluso microenemas o enemas periódicos

(cada 48-72 horas). Hay que tener en cuenta que la inquietud, agitación o dolor abdominal pueden estar provocados por el estreñimiento.

Xerostomía o boca seca

La sensación de boca seca es un síntoma muy frecuente en esta fase. Está relacionada con fármacos, limitación de la ingesta hídrica, mucositis, afección de piezas dentarias o infecciones en la boca. Por ello son fundamentales los cuidados de la boca (higiene adecuada y frecuente). Pequeñas ingestas o enjuagues de agua o manzanilla con limón, chupar trozos de hielo, piña natural, caramelos de limón..., que aumentan la producción de saliva, son medidas simples que pueden lograr un importante alivio sintomático. La saliva artificial (en solución, *spray* o gel) aplicada varias veces al día también es efectiva. Vigilar la posibilidad de sobreinfección por hongos, que requiere el uso de enjuagues con antimicóticos orales (nistatina).

Disfagia

La dificultad progresiva para la deglución también es un síntoma frecuente en estos pacientes. En general, inicialmente les cuesta ingerir sólidos y progresivamente líquidos. Adaptar la textura de la dieta (tipo gelatina, *pudding*, yogur...) puede ayudar a mantener cierta ingesta oral, aunque el riesgo de aspiración y neumonía por dicho motivo es alto en estos pacientes. Dado el pronóstico limitado de supervivencia, la colocación de una PEG (gastrostomía endoscópica percutánea) para alimentación solo debería considerarse en función de las preferencias del paciente y si se espera al menos una supervivencia superior a 3 meses.

Caquexia-anorexia

La caquexia (como un estado hipercatabólico que genera una pérdida acelerada de la masa muscular y, consecuentemente, de peso) puede ocurrir en las fases avanzadas y terminales de múltiples enfermedades, y no solo está relacionado con la disminución de la ingesta de alimentos. Los enfermos tienden a reducir la frecuencia y la cantidad de las comidas, también la variedad, con frecuencia hay disgeusia (cambios en los sabores), por lo que tienden a tomar el mismo tipo de comida que les resulta agradable, en ocasiones más condimentadas, pero en general sabores dulces, con textura fácil que no exija masticar y a temperatura ambiente o fría, que suele aliviar también la sensación de sequedad de boca (gelatina, yogures, batidos, helados...). La disgeusia se puede aliviar reduciendo la ingesta de carne, con comidas más sabrosas y condimentadas, evitando los sabores amargos, e insistiendo en la ingesta de líquidos con las comidas.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Además, a los pacientes con anorexia en esta fase se les debe permitir comer menos y no forzarles o insistir en acabar la cantidad que consideramos adecuada, ya que ello puede provocar mayor angustia y el rechazo total a la comida. Se deben hacer un mayor número de comidas con menos cantidad. Aunque existen algunos fármacos anorexígenos, existe escasa evidencia y, al igual que ocurre con la astenia, los resultados no son muy eficaces (corticoides como la dexametasona, acetato de megestrol).

Siempre que sea posible, se debe potenciar la ingesta oral, y si permanece en el domicilio, las comidas con el resto de los miembros de la familia, y en aquellos pacientes institucionalizados u hospitalizados, que el familiar o cuidador permanezca implicado en dicha tarea ya que, a día de hoy, colaborar en la alimentación y cuidados relacionados con la comida suele ser una de las actividades más gratificantes y que facilita la comunicación entre el paciente y su familia. Culturalmente, siempre hemos cuidado de nuestros seres queridos enfermos ayudando en la alimentación e hidratación, por ello la pérdida de la capacidad para tomar cualquier alimento o líquido oral suele ser una preocupación importante para la familia y es fundamental el apoyo, la información y la comunicación, para que los cuidadores sientan el soporte en las últimas semanas o días de vida de su ser querido.

472

Hidratación y nutrición artificial

La gran mayoría de los pacientes con enfermedad terminal van a experimentar una reducción de la ingesta, más marcada y incluso nula en las últimas semanas y días de vida, condicionada por la astenia, la disfagia, la pérdida de apetito, las posibles náuseas o vómitos, el deterioro cognitivo o la disminución progresiva del nivel de conciencia. Los familiares y cuidadores con frecuencia experimentan un distrés emocional muy elevado cuando el enfermo es incapaz de tomar líquido o alimento, temiendo que la deshidratación y la malnutrición puedan contribuir a empeorar su sufrimiento y acelerar de alguna manera el proceso de la muerte. En los pacientes en las últimas semanas de vida, no existe evidencia en absoluto de que la nutrición artificial enteral (por sonda nasogástrica, gastrostomía) o parenteral (intravenosa) prolongue la vida o mejore el estado funcional.

La hidratación mediante sueroterapia en aquellos pacientes próximos a su fallecimiento es muy frecuente en los pacientes hospitalizados, mientras la mayoría de los pacientes que fallecen en unidades específicas de paliativos no reciben sueroterapia o se mantienen en cantidades limitadas (500-1.000 ml/día), que sirven más como soporte emocional a la familia y para administración de fármacos que como una medida realmente que cubra las necesidades hídricas. A la mayoría de las familias les preocupa sobre todo la sensación de sed, pero el mantener o no un adecuado estado de hidratación no se relaciona realmente con dicha cuestión.

Pacientes con sueroterapia y sin ella pueden experimentar indistintamente sed o no, ya que los factores orales pueden ser mucho más importantes y esta sensación puede ser aliviada con pequeñas cantidades de ingesta líquida y una adecuada higiene oral (como se ha comentado en el apartado de sequedad de boca). Además, en los últimos días, la sueroterapia en pacientes muy deteriorados puede empeorar síntomas como la disnea, edemas y secreciones.

La decisión respecto al uso de hidratación artificial debería ser individualizado, y el proceso, al igual que en el caso de la nutrición, precisa de una comunicación abierta con el paciente si es posible, y sobre todo, dado lo avanzado de la enfermedad y, en ocasiones, la incapacidad para tomar ya decisiones (deterioro cognitivo, bajo nivel de conciencia), con la familia, dejando claro los objetivos, aclarando dudas al respecto de dichas medidas e insistiendo en el objetivo principal, que es el confort del paciente.

Trastorno del ánimo

Los síntomas depresivos pueden darse hasta en el 80%, también es frecuente la ansiedad. A medida que avanza la enfermedad aparecen síntomas depresivos: tristeza, anhedonia, ideas de ruina, de desesperanza..., en relación con la pérdida de su salud, seres queridos, autonomía, libertad, la no posibilidad de recuperación y el anticipar la pérdida de su propia vida y de los seres queridos.

El ánimo depresivo, la tristeza y la sensación anticipatoria de pérdida son respuestas normales en pacientes que se están enfrentando al final de sus vidas. Sin embargo, sentimientos mantenidos de desesperanza, de abandono, de falta de sentido, de sentimiento de culpa o de castigo, de pérdida de interés y de ideación suicida (según algún estudio hasta en el 8-17 %) son indicadores importantes de depresión mayor en estos pacientes.

La depresión establecida debe ser tratada incluso en los enfermos en fase terminal, es fundamental aliviar síntomas que puedan empeorarla, sobre todo el dolor y el uso de antidepresivos cuando sea preciso. El soporte psicosocial es crucial, por ello en los enfermos en fase terminal y sus familias es muy importante la posibilidad de poder contar con un psicólogo en el equipo para una correcta valoración de las necesidades psicológicas e intervención cuando sea necesario.

Delirium

El delirium puede aparecer en las fases finales de la enfermedad tanto oncológica como no oncológica (demencia, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal). Se trata de un síndrome cerebral transitorio, de comienzo agudo y caracterizado por alteración de la conciencia y la atención, alteración del ciclo de sueño y de la conducta psicomotora, pudiendo presentar inquietud, agitación o mayor

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

tendencia al sueño. Es muy frecuente, sobre todo, en los últimos días y horas de vida, en que se provoca una disfunción cerebral global sin una causa reversible, como complicación final que precede al fallecimiento. Puede generar severo estrés en el paciente, familia y equipo. Tiene múltiples causas (fármacos, metástasis cerebrales, factores metabólicos como hipercalcemia, infecciones...). Es importante el adecuado control del dolor, estreñimiento, fiebre, disnea y, en general, es necesario el uso de neurolépticos.

Insomnio

Es un síntoma muy frecuente y muy disruptivo en estos pacientes. Puede estar relacionado con múltiples causas (presencia de dolor, disnea, aumento de la frecuencia de la micción nocturna, ansiedad, depresión...). Son fundamentales las medidas de higiene del sueño, el tratamiento adecuado de los factores predisponentes y el uso de hipnóticos, ansiolíticos como benzodiazepinas, antidepresivos o neurolépticos.

Linfedema

Se produce cuando se excede la capacidad de transporte del sistema linfático, y puede estar relacionado con el cáncer (por ejemplo, en las extremidades superiores en el cáncer de mama), infecciones, cirugía, radioterapia y puede afectar al bienestar y la capacidad funcional y movilidad del paciente. Aunque no cede, se puede aliviar con adecuados cuidados de la piel, drenaje manual, vendajes compresivos y en ocasiones el uso de diuréticos. El cuidador puede colaborar con los cuidados con medidas como: mantener la piel limpia, seca e hidratada, desinfectar cualquier herida, proteger de quemaduras y lesiones externas, evitar aumento de presión en la zona, mantener el brazo y la pierna elevados.

Úlceras por presión

Son lesiones de la piel provocadas por la presión mantenida sobre una parte del cuerpo. Suelen aparecer inicialmente como un enrojecimiento permanente sobre una prominencia ósea. Las pueden padecer aquellas personas que permanecen durante mucho tiempo en una misma posición, y que presentan dificultades para cambiar de postura. Suelen aparecer sobre prominencias óseas y zonas de apoyo.

Se pueden prevenir con una correcta higiene y cuidados de la piel y realizar cambios posturales para evitar que la persona permanezca mucho tiempo de apoyo prolongado sobre la misma zona, intentando evitar aquellas posturas que no tolere. De todas formas, en algunas ocasiones, su aparición es inevitable dada la situación de la persona enferma.

Aspectos sociales y familiares

El trabajo social está dirigido a detectar necesidades y problemas sociales y ayudar a las personas y grupos a desarrollar sus capacidades para encontrar soluciones, participando en el proceso. Relacionado con la salud: necesidades y problemas sociales que se producen o agravan con una enfermedad.

El paciente y la familia, junto con los profesionales que proporcionan atención, forman un equipo, que debe estar en consonancia con el momento personal, familiar y los recursos disponibles de unidad familiar; cada paciente y cada familia es un ser único, con diferentes modo de ser, de estar y de afrontar las dificultades y la enfermedad. El diagnóstico de la enfermedad y el pronóstico serán el objetivo de la planificación de cuidados de paciente, familia y equipo, centrado en la persona y la familia.

La enfermedad avanzada conlleva grandes preocupaciones y necesidades en el paciente y la familia, que el equipo debe saber explorar y abordar durante todo el proceso de atención para favorecer:

- Capacidad y grado de afrontamiento de la enfermedad de modo global, tanto de los síntomas como del nivel de dependencia y posibilidad de realizar actividades básicas, instrumentales o avanzadas de la vida diaria, déficit que puede conllevar la enfermedad.
- Facilidad-dificultad de comunicación entre paciente y familia, previo o actual. Existencia de deterioro cognitivo previo, o como consecuencia de la enfermedad, el abordaje de síndrome confusional, delirium, trastornos conductuales o del estado de ánimo, que hacen necesario ofrecer a los cuidadores principales pautas de manejo.
- Las creencias espirituales de cada paciente, son únicas, personales, deben ser tenidas en cuenta, disponer de la sensibilidad y capacidad de comunicación de alguno de los miembros del equipo para explorarlas. La reconciliación con seres queridos, el perdón, si es necesario, facilitar el legado, sentido de la vida, la paz en ese momento vital, se convierte en otro de los grandes objetivos de equipo asistencial.

Aspectos sociales a tener en cuenta en la enfermedad avanzada, con paciente y familia

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Unidad de convivencia.
- Entorno.
- Nivel educativo.
- Cultura: idioma, alimentación.
- Valores, expectativas, creencias, prácticas.
- Ocio: ocupación y rutinas.
- Situación laboral-económica.
- Vivienda.
- Discapacidad-dependencia.
- Historia vital.
- Tiempo.

476

Objetivos de intervención social con paciente y familia

- Detectar factores de riesgo.
- Intervención en problemas psicosociales.
- Favorecer la comunicación.
- Disminuir la sobrecarga.
- Dotar de recursos de apoyo.
- Acompañar en el sufrimiento.
- Facilitar despedidas.
- Intervención en situaciones de conflicto.

Factores de riesgo social

- Ausencia de cuidador principal.
- Edad del cuidador principal: fragilidad.

- Sobrecarga.
- Familia reducida-aislamiento.
- Conflicto familiar previo.
- Conflicto de interés: paciente, familia, equipo.
- Antecedentes personales, familiares, psicosociales.
- Adicciones.
- Trato inadecuado.
- Adaptación: ajuste familia-paciente.
- Temas pendientes.
- Recursos: personales, sociales, económicos, legales.
- Informe social.
- Planificación de cuidados: intervención social.
- Valoración social de paciente y unidad familiar.
- Detección de necesidades, problemas sociales.
- Definición de objetivos de intervención orientados a encontrar soluciones y adaptados a cada caso.
- Asesoramiento e intervención sobre aspectos sociales, recursos de apoyo a unidad familiar.
- Reducción de tiempos en trámites/citas con Servicios Sociales.
- Valoración con médico y enfermería de viabilidad del lugar de cuidados.
- Intervención con médico/DUE/auxiliar para organización de cuidados en domicilio.
- Búsqueda de cuidadores no familiares y asesoramiento en tareas.
- Implicación de red de apoyo familiar, en reparto de tareas, como descarga al cuidador principal.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Asesoramiento sobre valoración de entorno y adaptaciones en el hogar, con enfermería.
- Consecución de ayudas técnicas de apoyo a atención al paciente.
- Coordinación con programa de voluntariado.
- Asesoramiento sobre aspectos legales y trámites vinculados al fallecimiento.
- Realización de informes sociales de derivación y consecución de ayudas, recursos.
- Acompañamiento a paciente y familia como soporte de intervención psicológica.
- Apoyo a psicólogo en intervención en duelo.
- Coordinación con trabajadores sociales de área sanitaria, servicios sociales y otros recursos.

Últimas horas o días de vida

478

Los familiares y cuidadores con frecuencia desconocen los síntomas y signos que preceden en las horas previas y al momento de la muerte. Es fundamental que los profesionales expliquen los cambios y signos esperables físicos y a nivel cognitivo antes de que ocurran para poder aliviar el distrés que puedan provocar en la familia y evitar la angustia ante una interpretación como posible sufrimiento.

Dentro de las mayores preocupaciones e interpretaciones erróneas de las familias y cuidadores en una situación de muerte inminente se encuentran los siguientes:

- La interpretación de movimientos reflejos, expresiones faciales u otros movimientos del cuerpo momentáneos como expresiones de discomfort físico o sufrimiento.
- La creencia de que el sonido del paso del aire entre secreciones orofaríngeas acumuladas y conocido como “estertores” son signos de dificultad respiratoria.
- La creencia de la “mejoría antes de la muerte” (en que el paciente será capaz de comunicarse justo antes de fallecer). Esto puede generar sentimiento de culpa en aquellos familiares que no están presentes al pie de la cama en el momento del fallecimiento.

Se deben explicar previamente también los signos frecuentes en los últimos días/horas, como son el bajo nivel de conciencia, la presencia de livideces por disminución del riego sanguíneo, el menor número de respiraciones progresivo, la disminución de la diuresis, explicar el significado de los mismos como signos normales en el proceso de la muerte e insistir en el confort del paciente a pesar de los mismos.

Incluso en estas horas es fundamental recordar que la familia puede seguir ejerciendo cuidados y aportando confort, con su sola presencia, manteniendo un ambiente tranquilo, hablando al enfermo con voz de cariño y el tacto, los cuidados de la piel, mojándole la boca con pequeñas gasas humedecidas... Son cuidados que hacen sentir partícipe de dicho proceso igual que previamente han colaborado en otros cuidados.

Sedación paliativa

La sedación paliativa se refiere al empleo de fármacos para disminuir el nivel de conciencia con el objetivo de aliviar el sufrimiento intratable, refractario a otras medidas o intolerable por parte del paciente al final de la vida.

La sedación paliativa no acelera el fallecimiento y puede contribuir a un adecuado control sintomático, está indicada solo para pacientes en las últimas 2 semanas de vida y con síntomas refractarios que no pueden ser aliviados de otra forma que no sea reducir el nivel de conciencia (sangrado masivo, crisis epilépticas, crisis de disnea, dolor refractario, delirium con agitación, náuseas o vómitos incoercibles, y el sufrimiento existencial, este último más difícil de identificar).

A diferencia de las creencias habituales, la sedación no se realiza con morfina, sino con midazolam (benzodiazepina).

La decisión de sedación debe ser hablada con el paciente, o en el caso en que este no pueda establecer sus preferencias, debe ser tratada con la familia, una vez que no hay otra opción para tratar adecuadamente los síntomas. Es fundamental hablarlo previamente, para evitar sentimientos de culpa o duelo prolongado en la familia tras el fallecimiento del enfermo.

Se debe iniciar la sedación paliativa siempre que esté indicada. Para los familiares son fundamentales una serie de puntos respecto a la sedación paliativa:

- Necesidad de tener claro que no existe otra alternativa.
- Necesidad de explicaciones respecto a los posibles riesgos asociados con la sedación (pérdida de la interacción con su familiar).

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Necesidad de despedirse del paciente. Se debe favorecer la despedida antes de iniciar la sedación.
- Importancia de que el paciente sedado sea tratado de forma igualmente digna que aquel consciente.
- Reafirmar que la sedación no acelera la muerte.

Aspectos y trámites legales al final de la vida

Otro de los aspectos a explorar con paciente y familia, durante el proceso de atención y de las etapas de asesoramiento social con paciente y familia, incluye la exploración previa de la situación de aspectos legales, testamento vital y legal, deseos de rituales funerarios y últimos deseos, a tener en cuenta por familia o equipo de asistencial, en domicilio o equipos de atención hospitalario.

Recomendaciones para los cuidadores

Cuidar de una persona en fase final de la vida puede ser muy enriquecedor y puede estrechar los lazos, pero también puede ser agotador y provocar emociones contradictorias y sobrecarga. Los sentimientos de irritabilidad, angustia y culpa son normales y pueden aparecer con frecuencia en las personas que cuidan enfermos en esta situación. Cuidar de un enfermo en esta fase requiere tiempo, fuerzas y energía. Y si quiere cuidar durante tiempo, debe cuidarse uno mismo.

Consejos para los cuidadores

- Cuidar su estado de salud. Su propia salud es importante para continuar cuidando.
- Dormir lo necesario.
- Realizar las comidas habituales, no saltarse comidas.
- Organizarse para tener tiempo para el ocio, amigos, y no sentirse que está abandonando a su familiar por tener tiempo para usted. Realizar descansos regulares para distraerse.
- Dejarse ayudar por aquellos que se preocupan por usted, compartiendo el cuidado con otros familiares o amigos.
- Compartir sus sentimientos y emociones con otras personas.
- Dejarse asesorar por el equipo que trate al paciente.

Resumen. Puntos clave

1. La mayoría de los pacientes al final de la vida tienen necesidades físicas, psicosociales y existenciales.
2. La comunicación entre el quipo, paciente y familia para conocer las necesidades y un adecuado control de los síntomas.
3. Pueden presentar múltiples síntomas, que necesitan una valoración continuada para un correcto abordaje y el confort del paciente.
4. El dolor, uno de los síntomas más frecuentes, suele ser el que más preocupa al paciente y la familia.
5. Aunque se debe valorar de forma individualizada, en general la hidratación y nutrición artificial no mejoran la situación del paciente ni su pronóstico.
6. La mayoría de los síntomas pueden ser tratados de forma efectiva. Para aquellos intratables e intolerables, la sedación paliativa puede estar indicada para asegurar el confort del paciente.
7. La intervención social con el paciente y la familia es fundamental para detectar factores de riesgo, actuar en problemas psicosociales, favorecer la comunicación, disminuir la sobrecarga, acompañar en el sufrimiento y facilitar las despedidas.
8. Son importantes también los aspectos y trámites legales al final de la vida: existencia o no de testamento vital y legal, deseos de rituales funerarios y últimos deseos del paciente.

Bibliografía

- Astudillo W, Casado A, Clavé E, Morales A. Dilemas éticos en el final de la vida. Sociedad vasca de cuidados paliativos. San Sebastián, 2004.
- Davies E, Higginson IJ. Better palliative care for older people. 1st ed. Copenhagen: World Health Organization, 2004.
- Gómez MP, Díaz P, y cols. Guía práctica para el buen trato a las personas mayores. SEGG-BBK, 2011.
- Gómez MP, Díaz P. Decálogo para el buen trato a las personas mayores. SEGG-BBK, 2011.
- González MP, Novellas A, Barbero J, Malo S, Sánchez D, Pajuelo M, Cabodevilla I, Butzbach M, Cebrián N, Espinosa J, Gómez X. Programa para la atención a personas con enfermedad avanzada. Obra Social Fundacio La Caixa, 2007.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Gracia D, Rodríguez JJ, y cols. Ética en cuidados paliativos. Fundación Ciencias de la Salud y FFOMC, 2006.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC, 2008.
- Hall S, Petkova H, Tsouros AD, Constantini M, Higginson IJ. Palliative care for older people: better practices. Who 2011.
- Novellas A. Modelo de trabajo social en la atención oncológica. Instituto Catalán de Oncología, 2004.
- Novellas A. Trabajo social en cuidados paliativos. Aran, 2000.
- Rexach L, y cols. Cuidados paliativos en las personas mayores. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 2001.

▼ Derecho al buen trato

*María del Puerto Gómez Martín
María Ángeles García Antón
Mónica Merino Alainez*

Hacia la cultura del buen trato

Introducción

El maltrato a las personas mayores es una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación.

Enfrentarse al maltrato de personas mayores y reducirlo, requiere un enfoque multisectorial y multidisciplinar. Organización Mundial de la Salud

A finales del siglo xx, hoy reconocida como violencia doméstica, se mantenía oculta y era considerada un asunto privado, inicialmente se abordaron el maltrato a menores y la violencia de género; en 1975 se reconoce por primera vez en revistas científicas inglesas el maltrato a las personas mayores, se identifica como problema social y político en países desarrollados, y más tarde, informes de países en desarrollo muestran que el maltrato a los ancianos es un problema universal.

A pesar de que el maltrato a personas mayores es una forma de producir daño, como en cualquier otro grupo de edad, aun hoy tenemos dificultades para reconocerlo, medirlo y tomar medidas efectivas que disminuyan la prevalencia, y las personas mayores tiene miedo a denunciarlo.

Todavía siguen siendo escasos los estudios que permitan cuantificar la prevalencia y tipo de maltrato, y estudios que evidencien la efectividad de las medidas, para planificar los servicios sociales, sanitarios, jurídicos de protección y desarrollar acciones dirigidas a la prevención y al bienestar y la dignidad, favoreciendo el buen trato de las personas mayores. Los estudios, en España, nos aportan datos variables en el porcentaje de personas mayores que padecen maltrato, desde el 5 al 12% en el entorno doméstico; las cifras sobre maltrato

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

en entorno institucional nos ofrecen datos poco precisos, pero que sugieren el estudio y revisión de buenas prácticas en la atención, gestión y diseño de centros, la supervisión de asistencia, que contemple los principios bioéticos y el modelo de calidad de vida.

Podemos afirmar que en la última década hemos avanzado en protocolos de prevención, detección y actuación, desarrollados para identificar e intervenir. *Maltreatment of elderly people is an important public health problem*, sin embargo, queda un largo recorrido en la sensibilización y normalización de la cultura del buen trato.

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología crea en 2011 el Observatorio del Buen Trato a las personas mayores, con el objetivo específico de fomentar un trato adecuado, un espacio para promocionar que los mayores disfruten de un envejecimiento digno, favoreciendo la autonomía, la participación en la toma de decisiones de su modo de vida, atención y cuidados, reivindicando que reciban una atención centrada en la persona.

En septiembre de 2011, se presenta la *Guía Práctica del Buen trato a las personas mayores*, realizada por socios de la SEGG de diferentes profesiones.

Las recomendaciones para favorecer el buen trato están dirigidas (*Guía Práctica del Buen trato a las personas mayores*. SEGG, 2011):

484

Buen trato	Objetivo
Las personas mayores	Ofrecerles recomendaciones sencillas, orientarles cómo dar y recibir buen trato y qué hacer si no lo obtienen.
La familia	Dar y mantener el valor que representan en la familia, cuidar es una tarea difícil, una carrera de fondo, pide ayuda a la familia, a los profesionales. Pregunta dudas, expón las preocupaciones.
Los profesionales	En la atención sanitaria como social, prestado por profesionales formados en Geriatria y Gerontología, desde la atención íntegra y la individualidad que defiendan los derechos y deberes de los mayores y que den respuesta a las necesidades y problemas de las personas mayores y sus familias.
La sociedad	Es tarea de todos dignificar la vejez y dar un espacio merecido, sin discriminación por razón de edad. Cada vez son más las ciudades amigables con los mayores, les tienen en cuenta en su desarrollo, accesibilidad y servicios.

Buen trato	Objetivo
Los medios de comunicación	Las personas mayores del siglo XXI piden a los periodistas que salgan a la calle y miren queriendo ver. Que se acerquen a su realidad, porque están en todas partes y junto a las demás generaciones.

Dar y recibir buen trato no tiene edad, es en parte una forma de relacionarse, ofrecerle respeto, consideración, reconocimiento y valoración; implica reconocer al otro de igual a igual.

Si preguntamos a las personas mayores cómo desean ser tratadas, encontraremos que no piden un trato diferente solo por razón de edad, pero sí que la sociedad sea sensible a que, en el proceso de envejecer, la persona debe adaptarse a su propia historia de vida, a la situación de salud, evolución familiar, social, cultural y tecnológica, que no es tarea fácil; aunque muchos lo viven de forma positiva, a otros por razones de salud, dependencia o soledad, les coloca en una situación de especial vulnerabilidad.

Cómo quieren ser tratadas las personas mayores

- **Como persona**, con educación, respeto.
- **Desde los principios éticos-bioéticos**: no maleficencia, autonomía, justicia y beneficencia.
- **A recibir atención centrada en la persona**, sobre todo en condiciones de enfermedad, dependencia o discapacidad.
- **Sin paternalismos, sin infantilismos**, sintiéndose valorado, respetado como activo de la sociedad, el entorno, con los mismos derechos y obligaciones de todos los miembros de la comunidad.
- **Fuera estereotipos que** ofrecen una discriminación e infravaloración de las personas mayores.
- **Desde el valor moral y la experiencia**, por lo que representan como padres y abuelos en las familias.

Recomendaciones para dar un buen trato a los mayores

- **Respeto**: a los derechos básicos como persona, sin discriminación a la edad, a la autonomía y la protección en situaciones de vulnerabilidad.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- **Comunicación:** escuche, pregunte, dé sentido y valor a lo que le transmite la persona mayor, sus sentimientos, emociones y preocupaciones.
- **Tolerancia:** respete sus opiniones, costumbres, hábitos, siempre que sean saludables, ofrézcale su ayuda y consejo, pero permita que decida por sí mismo.
- **Adaptación:** utilice la empatía, póngase en su lugar, tenga en cuenta su situación de salud en su más amplio sentido, en el área clínica, funcional, mental, emocional, sensorial, social.
- **Refuerzo:** valore los logros, motivele para realizar las actividades por sí mismo.
- **Acompañamiento y presencia:** ofrecerles tiempo para disfrutar y compartir momentos en su compañía, hágase presente, aporte seguridad.
- **Tiempo:** dé tiempo en la realización de actividades de la vida diaria, no le sobreproteja, ayude solo cuando sea necesario, haciendo visible el beneficio de poder realizar actividades por sí mismo.
- **Pide ayuda:** si la dedicación a los cuidados te produce sobrecarga, pide ayuda, a tu familia, a los profesionales de la salud y a los servicios sociales.
- **Ante el trato inadecuado y posible maltrato, tolerancia cero:** si como familiar, vecino o profesional detecta situaciones de riesgo, o posible trato inadecuado, no mire a otro lado, informe. Ante la evidencia o sospecha de maltrato en relación a las personas mayores, denuncie ante autoridad competente.

486

Recomendaciones para recibir buen trato

- **Valor-reconocimiento:** reconózcase el valor social y moral que tiene en la sociedad, mantenga el interés por lo que le rodea, siéntase útil, por lo que ha sido y es, protagonista de la experiencia, valores y principios que benefician a la familia y a nuestra sociedad.
- **Protagonismo en la toma de decisiones:** no permita que los otros decidan por usted, pida opinión, infórmese, exprese sus necesidades e intereses, tomando sus propias decisiones, decidiendo en los planes de cuidados, tratamientos, utilizando el testamento vital/voluntades anticipadas como garantía de respeto a la decisión individual.
- **Envejecimiento activo:** evite aislarse, mantenga relación con familia, vecinos, utilice los recursos sanitarios, sociales y tecnológicos para estar

en contacto con otras personas y la realidad social y cultural que le rodea, participa en las actividades de tu entorno comunitario.

- **Presencia:** hágase visible en el entorno, en los órganos de representación de la comunidad, en los medios de comunicación, favoreciendo la representatividad de las personas mayores, los valores, la experiencia y representatividad, ofrezca a los medios de comunicación una imagen real, no permita que vejez sea sinónimo de pasividad, inactividad, enfermedad.
- **Aprendizaje:** aprender a lo largo de la vida es un proceso que no tiene final, mantener el deseo de aprender es una característica de ilusión e interés por adquirir nuevos conocimientos, favorecer el aprendizaje en los diferentes programas de formación, municipales, autonómicos y universitarios.
- **Recursos:** derecho a que se adapten a su situación y no a la inversa. A disponer de recursos domiciliarios o de ingreso en los dispositivos adecuados a sus necesidades que garanticen los cuidados y atención necesaria.
- **Ante el trato inadecuado y posible maltrato, tolerancia cero:** si como familiar, vecino o profesional detecta situaciones de riesgo, o posible trato inadecuado, no mire a otro lado, informe:
 - Si la situación de posible maltrato se detecta en el ámbito doméstico, acuda a los profesionales sanitarios, médico y enfermería de Atención Primaria, y/o trabajador social de los servicios sociales.
 - Si detectamos una situación de trato inadecuado en el ámbito institucional, sanitario, social o comunitario, utilice los medios de reclamación que están a disposición de los usuarios.

Ante la evidencia o sospecha de maltrato en relación a las personas mayores, denuncie ante autoridad competente a través de los teléfonos: Emergencia 112, Policía Municipal 092, Policía Nacional 091.

QUÉ PODEMOS HACER PARA IMPLANTAR LA CULTURA DEL BUEN TRATO. **Decálogo de Buen Trato SEGG. Gómez Martín P, Díaz Veiga P. 2012.**

El buen trato es universal, es el resultado del respeto de los derechos, respeto a la DIGNIDAD de la persona, consiste en establecer una relación satisfactoria entre personas; dar y recibir buen trato no tiene edad, es una forma positiva de relación, consideración, reconocimiento, implica reconocer al otro de igual a igual.

En el buen trato a las personas mayores todos somos responsables.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Proporcionar un trato adecuado a las personas mayores, en la sociedad, la familia, los profesionales, los medios de comunicación, genera bienestar, dignifica la vejez, enriquece nuestra sociedad.

Buen trato a mayores merece el diseño estrategias, campañas de sensibilización, sostenibilidad y adaptación de modelos de atención, de cuidados, dirigidos a favorecer la autonomía, evitar situaciones de dependencia innecesarias, atención individualizada, centrada en la persona, preservar la dignidad, dotar a los servicios sociales y sanitarios de especialistas en Geriátrica y Gerontología.

Formar a los cuidadores principales, familiares, profesionales y ciudadanos, facilita el buen trato, previene el trato inadecuado, posibles negligencias por desconocimiento y evita en situaciones de sobrecarga y claudicación familiar.

Favorecer la visibilidad de la heterogeneidad característica de las personas mayores, el envejecimiento saludable, planificación para envejecer activamente, promocionar la solidaridad intergeneracional y el voluntariado.

Facilitar el acceso a recursos, información, participación y decisión en el plan de cuidados.

El acceso a tecnología diseñada para prevenir situaciones de riesgo y dar apoyo, seguimiento de su situación, relación con profesionales, familia, amigos y mantener el contacto con la realidad.

Ofrecer una atención integral al final de la vida, en situaciones de enfermedad avanzada, a las personas mayores, a familias y profesionales, desde los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, da sentido y esperanza a la vida y facilita la transcendencia.

488

Principios de buen trato a las personas mayores

Decálogo del Buen Trato a personas mayores. SEGG. Gómez Martín P, Díaz Veiga P. 2011.

- **Valoración y reconocimiento individual, comunitario e institucional:** como ser humano, como persona.
- **Comunicación:** preguntar, escuchar y conocer qué es buen trato para cada individuo, y siempre tratar de ponerse en el lugar del otro.
- **Adaptación e individualidad:** recibir atención individual desde las necesidades y preferencias centradas en la persona.

- **Autonomía personal:** tomar decisiones, tener el control sobre las decisiones que nos afectan.
- **Calidad de vida y bienestar:** respeto de los valores personales, ofrecer calidad en condiciones de vida, favoreciendo la satisfacción personal, el bienestar en todas las áreas.
- **Igualdad:** tratar bien no tiene que ver con edad ni diferencias personales.
- **Identidad:** por lo que representa como individuo y como colectivo.
- **Libertad:** de expresión, de opinión, pensamiento, valores y creencias, y de movimiento.
- **Integridad personal:** sentirse seguros, en la familia, a tener atención individualizada.
- **Explorar sus preocupaciones,** intereses, garantizando sus necesidades básicas y su salud, con especialistas formados en Geriátría y Gerontología.
- **Negociación:** comunicación, encontrando las alternativas y soluciones a las dificultades.

DECÁLOGO PARA RECIBIR BUEN TRATO (SEGG)

1. Usted es importante, haga que los demás lo sepan.	6. No deje de aprender.
2. Usted elige y usted decide.	7. Reclame sus derechos.
3. Conéctese con el mundo.	8. Defienda su derecho a vivir mejor.
4. Cuide su salud.	9. Pregunte, escuche.
5. Participe, su opinión importa.	10. Si recibe trato inadecuado: identifique, actúe.

Bibliografía

- Buen trato a las personas mayores. Dirección General de Mayores, Ayuntamiento de Madrid, 2010.
- Gómez Martín P, Díaz Veiga P. Decálogo para el Buen trato a las personas mayores, 2012.
- Gómez Martín P, Díaz Veiga P, et al. Guía práctica del Buen trato a las personas mayores, SEGG, 2011.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Malos tratos a las personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. Documentos técnicos, IMSERSO, 2007.
- Sánchez del Corral F, Sancho Castiello M, et al. Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales. IMSERSO-SEGG, 2004.

*María Ángeles García Antón
Mónica Merino Alainez
María del Puerto Gómez Martín*

Prevención, detección e intervención ante el maltrato a las personas mayores

Introducción

Un trato inadecuado origina consecuencias importantes en función de la gravedad, de la frecuencia y de la reincidencia, y en función de las repercusiones físicas y psicológicas, nos llevaría a hablar de malos tratos.

El maltrato es un problema real, aunque su abordaje es muy reciente.

En 1989 aparece la primera referencia internacional hacia el maltrato de las personas mayores.

La Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el Maltrato de Ancianos reconoce que los ancianos deben tener los mismos derechos a atención, bienestar y respeto. También es responsabilidad del médico proteger los intereses físicos y psíquicos de los ancianos, así como velar por que reciban la atención necesaria.

Se reconoce también la obligación por parte del médico de identificar al anciano que pueda haber sufrido maltrato, proporcionarle tratamiento de los daños, informar de toda sospecha de casos de maltrato y trabajar conjuntamente con un equipo multidisciplinar.

En España (Almería), en 1995, se realiza la I Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. El objetivo es conseguir un acuerdo entre diferentes expertos para dar a conocer el problema y elaborar un documento declaratorio final para remitirlo a las Instituciones del Estado y promover una Ley de Protección al Mayor.

Prevalencia

Británicos y estadounidenses son los países que más datos aportan sobre incidencia y prevalencia del maltrato en la persona mayor.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

En nuestro país hay pocos estudios y datos en relación al maltrato. Se estima una prevalencia alrededor del 4%; son cifras que se calculan, pues solo se detecta 1 de cada 14 casos.

Las cifras son estimativas, pues se basan fundamentalmente en personas atendidas desde los servicios sociales o en el medio hospitalario.

Solo determinados casos presentan denuncia y algunas de las causas son debidas a:

- Dificultad por parte de la víctima para denunciar.
- Incapacidad por deterioro cognitivo o demencia.
- Desconocimiento de la gravedad de la situación.
- Miedo a represalias o a ser abandonado.
- No trascienden del ámbito familiar.
- Ocultación por parte del maltratador.
- No detección por profesionales.
- Falta de formación y/o información de los profesionales para la detección e intervención.

492

El personal sanitario constituye un elemento clave en el abordaje del maltrato a los ancianos por su accesibilidad, atención integral, conocimiento del paciente y de su contexto familiar, y porque además cuentan con su confianza.

Según un estudio cualitativo (2009) de los profesionales de enfermería de Atención Primaria en España con el fin de conocer la capacidad de detectar situaciones de maltrato, se obtuvieron los siguientes datos:

- El 93,3% de los enfermeros/as piensa que el maltrato a personas mayores es una realidad y solo el 6,6% piensa que no lo es.
- El 56,6% reconoce que no tienen protocolos para la detección y actuación en caso de malos tratos; sí los tiene el 20% y de estos un 83,3% afirma que son fáciles de usar; desconoce la existencia de protocolos el 23,3%.
- El 26,6% de los profesionales afirma haberse encontrado al menos una vez algún caso de maltrato a personas mayores, de los cuales el 50% era maltrato psíquico, el 37,5% maltrato físico y el 12,5% maltrato por negligencia.
- Un 87,5% de los maltratos eran producidos por un familiar y un 12,5% por otro cuidador. Este estudio manifiesta, en un alto porcentaje, necesidad de formación específica sobre maltrato y la necesidad de coordinación entre los profesionales implicados.

Definición

Se entiende por maltrato:

“Todo acto u omisión como consecuencia del cual hay un daño o riesgo de daño para la salud o el bienestar de la persona” (AMA), 1987.

“Un acto, único o reiterado, u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor y que se produce en el seno de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza” (*Action on Elder Abuse*), Reino Unido.

Es necesario diferenciar, abuso, negligencia y maltrato.

Abuso: “Todo acto u omisión que provoca en el anciano daño o temor hacia su salud o bienestar” (AMA).

Negligencia: “Negligencia es el incumplimiento voluntario o involuntario de las funciones propias del cuidador para proporcionar los alimentos o cuidados necesarios, para evitar daño físico, angustia o daño mental, la administración incorrecta de medicamentos y la falta de cuidados médicos” (AMA).

También se considera negligencia no aportar medidas económicas o cuidados básicos como comida, hidratación, higiene personal, vestido, confort, protección y vigilancia de situaciones potencialmente peligrosas, dejarles solos largos periodos de tiempo, no procurarles afecto, etc.

Se pueden observar conductas negligentes, que algunos autores definen como “*negligencias pasivas*”; estas ocurren cuando no se cubren las necesidades del mayor que son desconocidas por el familiar o cuidador: no vigilar el tratamiento de los problemas visuales o auditivos, no facilitar dentaduras, audífonos y bastones...

La “*negligencia activa*” ocurre cuando el cuidador deliberadamente altera el bienestar de la persona mayor por limitaciones o renuncia en la satisfacción de las necesidades básicas: falta de alimentos adecuados, falta de ayuda en las transferencias...

Maltrato: “Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente”. (1.ª Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado, Almería 1995).

Tipos de maltrato

Físicos

Daño corporal, dolor o deterioro físico producidos por fuerza física o violencia no accidental (golpes, quemaduras, tirones de pelo, alimentación forzada, utilización injustificada de restricciones físicas, uso inapropiado de fármacos, etc.).

Psicológicos

La OMS entiende como maltrato psíquico o emocional el hecho de infligir sufrimiento psíquico.

Es uno de los más frecuentes y provoca en la persona mayor un sentimiento de angustia (Johnson, 1986).

En ocasiones el maltrato psicológico puede ser vivido con mayor angustia mental y malestar que el físico.

Se entiende como maltrato psicológico: causar intencionadamente angustia, pena, sentimientos de indignidad, miedo o estrés mediante actos verbales o no verbales (amenazas de daño físico, de institucionalización, etc., insultos, burla, intimidación, humillaciones, infantilización en el trato, indiferencia hacia su persona, darle tratamiento de silencio, chantaje, aislamiento, no respetar sus decisiones, ideas o creencias, violación de sus derechos, etc.).

Sexuales

Comportamientos: gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc., o contacto sexual de cualquier tipo, intentado o consumado, no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento (acoso sexual, tocamientos, obligar a la víctima a realizar actos sexuales al agresor, violación, realización de fotografías, etc.).

Financieros

Utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de fondos, propiedades, o recursos de una persona mayor: tomar sin permiso dinero, joyas, etc., falsificación de firmas, obligarle a firmar documentos, modificación forzada de testamento u otros documentos jurídicos, uso inapropiado de la tutela o curatela, ocupación del domicilio, etc.).

Maltrato institucional

Cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o derivados de la actuación individual del profesional o

funcionario que conlleve abuso, negligencia, detrimento de la salud, seguridad, bienestar emocional y físico o que viole los derechos básicos de la persona (Rubio R.).

Maltrato social y estructural

“Es el maltrato ejercido desde los gobiernos e instituciones entendido como la discriminación en las políticas hacia las personas mayores, la falta de recursos para cubrir las necesidades asistenciales, así como la seguridad de ingresos y de alojamiento” (IMPEA).

Perfil de la víctima y del responsable del maltrato

La inmensa mayoría de los autores, para definir el perfil de la víctima y del responsable del maltrato, recogen los siguientes puntos:

Perfil de la víctima
• Mujer, viuda, mayor de 75 años.
• Vulnerabilidad emocional y psicológica.
• Fragilidad.
• Deterioro funcional con gran dependencia del cuidador para las actividades básicas de la vida diaria.
• Convivencia con un familiar que es el principal o único cuidador.
• Enfermedades crónicas y/o discapacitantes.
• Aislamiento social.
Perfil del cuidador responsable del maltrato
• Hijo o pareja de la víctima.
• Baja autoestima.
• Poca capacidad de adaptación a los cambios.
• Escasas relaciones sociales.
• Rechazo de responsabilidades, con sentimiento de estar siendo explotado, no acepta el papel de cuidador o no asume la responsabilidad que comporta.
• Dependencia del anciano desde el punto de vista económico y la vivienda suele ser de la víctima.
• Consumidor de fármacos, alcohol o drogas.
• Antecedentes de enfermedad psiquiátrica o de trastorno de la personalidad.
• Renuncia a las ayudas médicas y sociales.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Sufre estrés por otras causas (pérdida del trabajo, problemas con la pareja, sufre alguna enfermedad...).
- Historia previa de violencia familiar.
- En las entrevistas suele ser hostil, irritable y suspicaz.
- Demuestra una pérdida de control sobre la situación.

Detección de maltrato

La sospecha o confirmación de malos tratos va a depender en gran medida de la actuación de los profesionales. En la comunicación con la posible víctima se debería cuidar la empatía, la sensibilidad, la confidencialidad y la disposición para ayudarlo a salir de esta situación.

En la actitud del profesional con el posible responsable de los malos tratos se debe cuidar la objetividad, la empatía y evitar preguntas provocadoras en las que se pueda sentir acusado.

Existen cuestionarios a modo de herramientas para poder abordar la detección de maltrato, como sugieren algunos autores:

496

Cuestionario para la detección de sospecha de maltrato en la persona mayor (AMA)

- ¿Alguien en casa le ha hecho daño alguna vez?
- ¿Alguien le ha tocado alguna vez sin su consentimiento?
- ¿Alguien le ha obligado alguna vez a hacer cosas que no quería?
- ¿Alguien ha cogido cosas suyas sin preguntarle?
- ¿Alguien le ha amenazado alguna vez?
- ¿Ha firmado alguna vez documentos que no entendía?
- ¿Tiene miedo de alguien de casa?
- ¿Está solo muchas veces/mucho tiempo?
- ¿Alguien no le ha ayudado a cuidarse cuando lo necesitaba?

Cuestionario de la *Canadian Task Force*

- ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?
- ¿Alguien le ha obligado a hacer cosas en contra de su voluntad?
- ¿Alguien toma cosas que le pertenecen sin su permiso?
- ¿Está solo a menudo?

Algunos autores describen algunas conductas que pueden ayudar al profesional a detectar la sospecha o existencia de maltrato.

Conductas de la persona mayor

- Se muestra temerosa ante su cuidador.
- Evita preguntas y no se atreve a responder.
- Varía su conducta según esté presente o no el cuidador.
- Esta sola, sin familia, sin relaciones sociales...
- Muestra un celo excesivo en agradar al cuidador.
- Justifica la conducta del cuidador como algo normal debido a su manera de ser: "mi hijo siempre ha tenido mucho carácter", "mi esposo tiene mucho genio"...

Conductas del cuidador responsable del maltrato

- Intenta evitar que la persona mayor se quede a solas con otras personas.
- Contesta a las preguntas que se realizan al mayor.
- Se siente incómodo con el hecho de tener que convivir o cuidar al mayor.
- Está a la defensiva, se descontrola.
- Pone pegas para que se le ayude en los cuidados.
- Presenta síntomas de sobrecarga (desinterés, resignación, ansiedad, agitación, aislamiento, enfado, depresión y sentimientos contradictorios).
- Se muestra verbalmente abusivo o, por el contrario, extremadamente atento o encantador con la persona mayor.

Maltrato institucional

En el maltrato institucional se observan conductas conscientes o intencionadas, e inconscientes o no intencionados, así como la facilidad o dificultad para su detección.

Un maltrato fácil de detectar estaría en aquellos abusos físicos frecuentemente originados por los profesionales, la familia y/o cuidador.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Un maltrato difícil de detectar serían aquellos malos tratos psicológicos originados por familiares, amigos, otros residentes, los profesionales y la propia institución, y que con frecuencia se confunde o se consideran "actitudes normales".

Entre los tipos más frecuentes del maltrato institucional están:

- Infantilización. Tratar al anciano como a un niño.
- Despersonalización. Proporcionar servicios de acuerdo con criterios generales, sin analizar cada caso de manera individualizada.
- Deshumanización. Ignorar al anciano. Negarle la posibilidad de asumir decisiones sobre su vida. Quitarle el derecho a su intimidad.
- Victimización. Amenazas a su integridad física y moral. Intimidación, insultos, chantaje o castigos corporales (Kayser-Jones).

Factores del maltrato institucional en relación con el personal de la institución

Profesionales

- Ausencia de un plan de cuidados adecuados y personalizados.
- Escasa formación.
- Falta de habilidades para proporcionar cuidado.
- Inexistencia de supervisión de los cuidados.
- Trabajadores "veteranos" que creen saberlo todo.
- Resentimiento hacia compañeros y superiores.

Laborales

- Miedo y reticencia a modificar rutinas laborales.
- Síndrome de *Burn-out* ("quemado").
- Trabajo con poco reconocimiento social y profesional y desmoralización.
- Tareas dificultosas y estresantes.
- Insuficiente ratio personal/residentes.
- Contratos sin referencias de otros empleos.
- Personal extranjero sin conocimiento del idioma.
- Personal con contratos temporales sin formación, ni experiencia en el cuidado a personas mayores.

Psicológicas

- Vida privada estresante.
- Temor a la implicación afectiva.
- Gerontofobia.
- Dificultades relacionales con el residente.

Factores que pueden llevar a un maltrato institucional en relación a la persona mayor institucionalizada

Respecto a la persona mayor
• Aspecto desagradable.
• Sexo femenino.
• Síntomas conductuales en el marco de demencia y agresividad.
Aislamiento social
• Restricción de visitas o llamadas.
• Dejar sentado o encamado a la persona mayor durante horas, así como dejarle solo en la habitación.
• Falta de actividades de estimulación o entretenimiento.
• Ocultación del fallecimiento de otros residentes.
Intimidad
• Armarios sin cerradura.
• Obligar a que las llamadas que efectúan a su familia se hagan desde el control y en presencia del personal de la residencia.
• Entrar en habitación sin llamar.
• Sentarles en el retrete sin cerrar la puerta.
• Cambios posturales o curas a pacientes encamados con la puerta abierta.
Entorno
• Habitaciones frías, sucias.
• Barreras arquitectónicas, baños no adaptados, iluminación insuficiente.
• Dificultades para tener objetos personales en la habitación.
• Programas de TV o música a gusto del personal.
Seguridad
• Timbres inaccesibles.
• Salidas de emergencia bloqueadas o de difícil acceso.
• Falta de entrenamiento para emergencias.
Sujeciones físicas
• Métodos de sujeción física sin homologar.
• Colocación de sujeciones físicas sin prescripción médica, ni supervisión.
• Utilización de las mismas para disminuir el número de personal.

Los tipos de abusos en el maltrato institucional se pueden dar fundamentalmente por:

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- **Tratos inadecuados:**

- Falta de formación, rigor profesional y/o personal, e interés en el desarrollo de sus responsabilidades.
- Ausencia de coordinación y supervisión del personal.
- Carencia de un plan de cuidados personal y de pautas de tratamientos médicos escritos.
- Insuficiente dotación de gafas, audífonos, prótesis dentales, etc.
- Inexistencia de coordinación e información entre los distintos turnos sobre los acontecimientos importantes del mayor, caídas, cambios de tratamientos, etc.

- **Por abuso de tipo económico:**

- Control sobre sus bienes personales e impedimento para acceder y disponer de ellos.
- Modificación forzada del testamento.

500

Intervención para la prevención del maltrato institucional

La mejor intervención es la prevención, para ello se deberían observar determinados aspectos.

- **A nivel institucional:**

- Cumplir las normas de acreditación de los centros conforme a la legislación vigente.
- Seguimiento y evaluación sistemática de las instituciones por las autoridades competentes.
- Exigir la incapacitación y tutela legal de los residentes con deterioro cognitivo.
- Obligar a la profesionalización de la dirección de los centros.

- **A nivel de los profesionales:**

- Sensibilizar a los profesionales sobre el maltrato institucional a través de formación continuada con programas de planificación de objetivos y evaluación del trabajo.

- Favorecer reuniones de equipo para abordar las dificultades en el manejo de situaciones cotidianas con los residentes facilitando la capacitación técnica y el reconocimiento de la tarea bien realizada.
 - Concienciar que encubrir un maltrato por lealtad mal entendida es convertirse en cómplice de un posible delito.
 - Motivar a la creación de un protocolo de maltrato dentro de la institución para el manejo correcto de un posible maltrato.
- **A nivel de los residentes:**
 - Informar al residente y a su familia de sus derechos y deberes dentro de la institución.
 - Animar al residente a denunciar los casos de posible maltrato institucional.
 - Promover la creación de consejos de residentes y de familiares dentro de la Institución.

La mejor herramienta para la detección y prevención de los malos tratos es fomentar una buena coordinación y trabajo en equipo.

Bibliografía

- Arellano Pérez M, Garreta Burriel M, Cervera Alemany AM.^a Tratado de Geriátría para residentes. SEGG. Negligencia, Abuso y Maltrato.
- Guía de actuación de Malos tratos a personas mayores. IMSERSO 2005. Antonio Moya Bernal y Javier Barbero Gutiérrez (coord.)
- Jornadas de Prevención e Intervención en Malos Tratos a Personas en situación de Dependencia. IMSERSO, 2006.
- Kessel Sardiñas H, Marín Gámez N, Maturana Navarrete N, Castañeda Fábrega I, Pageo Giménez MM, Larrión Zugasti JL. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. Rev Esp Geriatr Gerontol 1996; 31(6): 367-72.
- XLI Asamblea Médica Mundial. Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el Maltrato a Ancianos. Hong Kong, septiembre de 1989.

▼ Sexualidad, afectividad y socialización

Carlos Verdejo Bravo
Manuel Nevado Rey

Sexualidad, afectividad y socialización

Introducción

“Y cada vez más tú y cada vez más yo sin rastro de nosotros” (J. Sabina). El cantautor Joaquín Sabina define en esta frase uno de los principales problemas que suelen acuciar a las parejas, como consecuencia del paso de los años, de la aparición de la rutina en la vida en común, de la escasez de objetivos comunes, de la pérdida de ilusión, de la falta de pasión y, sobre todo, de la falta de la comunicación que impide el conocimiento de los sueños, deseos o expectativas en los miembros que componen la pareja. La base sobre la que se forma una pareja es el enamoramiento. Estar enamorado es un estado en el que se mezclan componentes como la pasión, el afecto, la ternura y el sexo. Con el paso del tiempo el enamoramiento y la pasión van dejando paso a la aparición de nuevas emociones, como el amor y el cariño, a la aparición de un compromiso de pareja, y de unas normas que establecerán el futuro conjunto: compra de bienes, vida en común, formación de una familia, relaciones sociales conjuntas. Se construye así el compromiso que es la decisión de permanecer en la relación pese a los problemas que vayan surgiendo, luchando con todas las fuerzas posibles para resolverlos.

Comunicación y sexo

La comunicación en el sexo es uno de los aspectos clave para conseguir la máxima satisfacción, para ello es imprescindible potenciar el diálogo y el mutuo interés en las necesidades de la pareja, es por lo tanto uno de los elementos más importantes para lograr la plenitud sexual.

La mayoría de los problemas de compatibilidad sexual surgen de la carencia de comunicación, de las necesidades y gustos en el momento de compartir la intimidad.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Muchas parejas viven juntas durante décadas sin detenerse nunca a dialogar sobre la vida sexual, les parece incluso vergonzoso interesarse sobre las necesidades del otro en ese campo.

Por lo tanto, la información sobre qué tipo de caricias o besos estimulan más a la pareja, qué posición les causa mayor placer o la forma de estimular zonas erógenas se pierden como consecuencia de la falta de comunicación.

A las dificultades naturales para el diálogo, debe agregarse una escasa, nula o deficiente educación sexual. En este campo es de destacar la influencia del machismo como sistema social que determina el comportamiento de hombres y mujeres, perpetuando conductas que cercenan, principalmente en el varón, sus capacidades potenciales de dar y recibir afecto.

Es de destacar que la comunicación humana tiene un fuerte componente no verbal; la vista es en el ser humano, luego de adoptar la posición bípeda, la primera forma de acercamiento. Esto aplicado a la sexualidad nos hace tomar conciencia de la importancia que tiene en el cortejo humano las miradas, el vestir, las poses, los miniespectáculos de desnudo, todo aquello que se hace para ser visto y atraer a la otra persona; y no estamos hablando de espectáculos públicos, sino en la intimidad del hogar.

504

Por lo tanto, potenciar la creatividad, dar rienda suelta al espíritu lúdico (muy estimulado en la niñez, pero reprimido en la edad adulta), apertura, espíritu aventurero y la convicción de que en el ámbito de la pareja y en mutuo acuerdo, todo es válido para el goce de la sexualidad, dentro del marco del respeto a las opciones personales y sin dañar la dignidad del ser humano, son los mejores elementos para destrabar el diálogo y avanzar al goce pleno de la sexualidad y la comunicación en toda la vida de relación.

Sexualidad en mayores institucionalizados

El sexo en las residencias es una de las mejores muestras de inhibición y de tabúes con respecto a esta temática en la sociedad actual y con este colectivo en particular. Los centros no solo no fomentan los encuentros sexuales, sino que ponen especial impedimento a que estos se produzcan, evitando crear espacios de intimidad, o con mobiliario que impide los encuentros, como camas separadas, inclusive cuando las personas que ingresan son matrimonios. Las muestras de afecto entre residentes desconocidos que pueden comenzar una relación son infantilizadas y en ocasiones se pregunta e informa a los hijos sobre este tipo de relaciones poniendo obstáculos para la consecución del mismo.

Cristina Rodríguez (2008) establece las siguientes recomendaciones a los centros residenciales:

- Proporcionar a los matrimonios habitaciones con cama matrimonial o bien dos camas juntas no separadas por una mesita.
- Que el personal de la institución adopte una posición de normalidad ante muestras de cariño entre residentes y no haga bromas al respecto, tratando a los mayores como si de adolescentes se tratara, entendiendo que se encuentran ante una relación adulta que merece todo nuestros respetos.
- Llamar a las puertas de las habitaciones antes de entrar, respetando su derecho a la intimidad.
- No reprobar conductas de masturbación.
- Dar charlas informativas a los residentes acerca de los cambios físicos que acompañan a la vejez y fomentar que se pueda hablar de sexualidad de una manera abierta en el centro.
- Que haya una persona encargada de atender las dudas y/o problemas que los residentes quieran resolver de manera individual, respetando al máximo la privacidad del paciente.
- Fomentar entre los residentes que mantengan una autoimagen adecuada, brindándoles apoyos como: podólogo, peluquería..., y permitiendo que se vistan según su estilo, no haciéndoles perder su identidad y logrando que sigan viéndose físicamente atractivos.

Factores

Diversos estudios han demostrado que la actividad sexual en las personas mayores está influenciada por un grupo de factores psicosociales entre los que destacan los siguientes:

Pareja

La pérdida de la pareja por viudez es uno de los principales factores que influyen en la abstinencia sexual, sobre todo en las mujeres, entre otros motivos porque son más longevas que los hombres, y por tabúes culturales asociados a la culpabilidad inculcada culturalmente por la búsqueda de pareja en caso de pérdida del cónyuge.

Deterioro de la relación matrimonial

Relaciones largas en las que ambos se han acostumbrado a convivir sin apenas sexo, dejando aparcado este tema y evitando hablar de ello, restándole

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

importancia. Insatisfacción sexual que puede arrastrarse desde décadas y que influye en la monotonía de las relaciones y en la anulación del deseo para mantener relaciones sexuales.

Salud

Deterioro o problemas físicos que influyen de manera negativa en la relación sexual. En el caso de enfermedades donde uno de los cónyuges tenga que ejercer de cuidador, se produce un cambio de roles como consecuencia de los cuidados (cuidador en vez de amante), que influye en el mantenimiento de las relaciones.

Hogar y familia

La convivencia de distintas generaciones conviviendo dentro del domicilio dificultan los encuentros íntimos de la pareja.

Jubilación

El cambio de rol producido por la pérdida del trabajo y la reubicación a la nueva realidad interfiere de manera significativa en las relaciones sexuales. La necesidad de encontrar nuevas metas y de aceptar la nueva realidad conlleva un deterioro en las ganas e iniciativa necesaria para el fomento de la actividad sexual.

Cambio de paradigma, experiencia

La penetración pierde importancia, mientras las caricias, la ternura, los besos y el erotismo pueden potenciarse. En la vejez existe mayor experiencia sexual, mayor entendimiento en la interacción con la pareja, mayor ternura y sabiduría, se agudiza el criterio de la realidad, se toma mayor conciencia de lo que se puede y no puede hacerse con el sexo, el erotismo está vigorizado en comparación con el acto sexual propiamente dicho. Pudiendo aumentar las ganas de satisfacer al compañero/a, la sexualidad en esta etapa de la vida tiene como único fin el dar y recibir placer.

Imagen corporal

Centrarse demasiado en la apariencia propia o de la pareja puede dificultar la forma de disfrutar del sexo. Las parejas mayores enfrentan las mismas tensiones y situaciones diarias que afectan a las personas de cualquier edad, además de tener las preocupaciones adicionales relacionadas con la edad, y su situación física y social, y que pueden causar dificultades sexuales.

Culpa

Evitar los sentimientos de culpa como consecuencia de las dificultades sexuales que puedan estar presentes en las parejas.

Cambios de hábitos

Póngale atención a sus necesidades y deseos. Se debe de tener el tiempo para entender los cambios que ambos están experimentando. Pueden ensayarse diferentes posiciones y nuevos horarios, como por ejemplo en las mañanas, cuando los dos tienen más energía, dedicar más tiempo a tocarse para lograr excitarse totalmente.

Consejos

- 1. Aumentar la intimidad:** supone buscar espacios en común, solos, sin la compañía de nadie, ni tan siquiera del televisor; se trata de volver a encontrar elementos facilitadores de la comunicación, volver a ser atractivos de cara a mi compañero/a.
- 2. Pedir:** supone no dar nunca nada por sabido, si alguien quiere algo tiene que preguntar, expresiones del tipo "lo sabe de sobra" no tienen cabida en la terapia de pareja.
- 3. Incrementar la pasión:** sexo y afecto. La terapia sexual está dirigida no tanto a resolver problemas, sino a incrementar la satisfacción dentro de la normalidad.
- 4. Fomentar el apego con la pareja:** el compromiso de ayudarse en todo instante es uno de los más importantes motivos que existen para mantener la pareja. En ello están implicadas emociones muy básicas que se insertan en la debilidad más íntima del ser humano, hacerlo explícito y potenciarlo es una forma de motivar la permanencia de la pareja y la resolución de conflictos.
- 5. Concepción del sexo:** conviene asumir que el sexo no es pecado, que no se debe sentir culpabilidad por desear a otra persona, que el sexo en la tercera edad tiene como principal misión dar y recibir placer de manera enriquecedora y responsable.
- 6. Nuevas formas de disfrutar:** aprender a disfrutar del sexo en su manera más amplia, incrementando la comunicación, las caricias, los besos y los abrazos. Adaptándose a los cambios fisiológicos que conlleva la vejez sin que disminuya, necesariamente, la satisfacción sexual.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

7. **Psicoeducación:** poner en marcha talleres educativos sobre la sexualidad en los mayores, facilitando la comunicación, el intercambio de experiencias y formando a los mayores sobre los problemas y potencialidades del sexo a partir de los 65.
8. **Creación de redes sociales:** favorecer la creación de redes sociales adecuadas para las personas mayores que les permitan satisfacer sus necesidades de afecto e intimidad en los casos que haya bajo apoyo social o situaciones de soledad por viudez o separación.
9. **Equilibrio emocional:** la sexualidad con frecuencia implica un equilibrio delicado entre los aspectos emocionales y físicos. La forma en la que se autoperciben los mayores condiciona la respuesta sexual, como por ejemplo, el miedo a la impotencia puede convertir esta en real como consecuencia de la ansiedad ante el rendimiento.
10. **“Ayudas técnicas”:** puede haber coito doloroso u otro tipo de problemas que dificulten las relaciones sexuales, por lo que es recomendable poder acudir a tiendas especializadas para buscar juguetes, lubricantes y demás ayudas que permitan potenciar fantasías y mejorar la práctica sexual.

Bibliografía

- DeLamater J, Karraber A. Sexual functioning in older adults. *Curr Psychiatry Rep* 2009; 11:6-11.
- Ginsberg TB. Aging and sexuality. *Med Clin North Am* 2006; 90:1.025-36.
- Moríñigo Domínguez A. La sexualidad de los mayores: disfunciones sexuales y trastornos psicosexuales. En Agüera Ortíz L, Cervilla Ballesteros J, Martín Carrasco M, eds. *Psiquiatría Geriátrica* (2.ª edición). Barcelona: Masson, 2006; 632-9.
- Palacios-Ceña D, Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Alonso-Blanco C, Fernández de las Peñas C, Jiménez García R. Sexual Behaviors among Older Adults in Spain: Results from a Population-Based National Sexual Health Survey. *J Sex Med* 2012; 9:121-9.
- Prieto Chincolla S. La sexualidad de las personas mayores. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores n.º 57 (publicación: 19/06/2006). <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/prieto-sexualidad-01-pdf>.

- Umidi S, Pini M, Ferretti M, Vergani C, Annoni G. Affectivity and sexuality in the elderly. Arch Gerontol Geriatr 2007; (suppl. 1):413-7.
- Verdejo Bravo C, Cruz Jentoft AJ. Patología de la sexualidad. Geryform (Geriatría y formación). Madrid: Editores Médicos, SA, 2007; 11-20.

▼ El hogar adaptado y la accesibilidad a los espacios

*Rosa Matilla Mora
Ana Isabel Corregidor Sánchez*

El hogar adaptado y la accesibilidad a los espacios

Introducción

Es frecuente observar en las personas mayores la pérdida de las capacidades físicas y cognitivas. La mayor parte de las personas mayores desean residir en su domicilio, por ello el domicilio deberá ser adecuado a las exigencias de los que viven dentro; es recomendable ir haciendo modificaciones para que se mantenga la autonomía y sobre todo para que sea seguro.

La adaptación de la vivienda comprende la modificación de determinadas características físicas del interior del domicilio y del entorno exterior más inmediato, con el fin de reducir las demandas –fundamentalmente físicas– del ambiente, prevenir riesgos, mejorar el desempeño ocupacional y disminuir la necesidad de ayuda.

Adaptar el hogar

La accesibilidad y los productos de apoyo/ayudas técnicas o el apoyo personal deberían verse como intervenciones necesarias para fomentar la autonomía personal en el entorno domiciliario. La modificación del entorno se convierte en una estrategia de intervención importante para ayudar a los trastornos crónicos de salud, mantener o mejorar el funcionamiento en la vida y aumentar la independencia. La concordancia persona-entorno-ocupación óptima ocurre cuando las capacidades de un individuo son compatibles con las demandas del entorno que le rodea. Por el contrario, cuando las demandas del entorno exceden las capacidades del individuo, hay falta de congruencia o falta de concordancia persona-entorno-ocupación. Así pues, la ayuda necesaria en situaciones de dependencia puede consistir en proporcionar a la persona un equipo que le permita aumentar o mantener su independencia funcional y/o presencia humana que le sirva de apoyo en las actividades de la vida diaria.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

La adaptación de la vivienda partiendo del análisis en cadena es un método práctico y eficaz para clarificar los eslabones que son necesarios modificar. Las principales cadenas de accesibilidad a evaluar son:

1. Conexión entrada-zona de estar: desplazamiento desde la entrada del domicilio hasta la habitación/zona de estar/cocina/baño.
2. Conexión cocina-comedor: desplazamiento de la cocina hasta la zona de comedor y viceversa.
3. Conexión habitación-baño: desplazamiento de la habitación al aseo o baño y viceversa.
4. Conexión vivienda-espacio público: desplazamiento desde el domicilio hasta la calle.

Cuarto de baño

El cuarto de baño es el lugar de la casa donde más caídas se producen y es en donde habrá que poner especial atención en adaptarlo a las necesidades de quienes lo usan.

Se pueden utilizar varios enfoques para modificar el hogar con el objetivo de reducir las demandas; por ejemplo, se pueden agregar características como poner un banco en la bañera y facilitar el entrar y salir de la misma, también se pueden eliminar características, por ejemplo, quitando las alfombrillas en el pasillo, o modificar las características existentes, por ejemplo, pintar el color del marco de una puerta con un color vivo para que contraste.

En la tabla 1 se exponen los productos de apoyo que con mayor frecuencia se instalan en los cuartos de baño de personas mayores con algún grado de

Tabla 1. Productos de apoyo más utilizados para adaptar el baño

Producto de apoyo	Función
Asideros (retrete, bañera o ducha)	La principal función de los asideros es aportar seguridad al reducir el riesgo de caídas. Esto se consigue de dos formas: por una parte, reduce la exigencia de fuerza necesaria (para entrar o salir de la ducha, pero también para levantarse o sentarse en el retrete) y, por otra, aumenta el equilibrio al permitir que los brazos complementen la función de sostén de las piernas.
Sensor anticaídas	Se trata de un dispositivo capaz de detectar la presencia de una persona en el suelo, pudiendo en este momento lanzar una señal de alarma o conectarse automáticamente a un sistema de teleasistencia. Con este sistema no se disminuye el riesgo de que ocurra la caída, pero sí se están reduciendo las posibles consecuencias al disminuir el tiempo de asistencia.

Tabla 1. Productos de apoyo más utilizados para adaptar el baño (cont.)

Producto de apoyo	Función
Tabla de bañera	Superficie plana que se sustenta sobre la parte superior de la bañera y puede tener algún asidero de forma que facilita la entrada y salida de la bañera y la sujeción durante el baño. Exige que la persona que la utilice tenga movilidad suficiente de tronco y miembros superiores.
Silla giratoria	Asiento de bañera giratorio. Facilita la entrada de forma autónoma a la bañera. Puede resultar de gran ayuda también para el cuidador al facilitar el giro de la persona atendida sobre sí misma sin un gran esfuerzo.
Silla de ducha	Existen diversos modelos de sillas para la ducha. Pueden estar fijadas en la pared y ser abatibles o tratarse de sillas con ruedas específicas para el baño. Su principal función es aportar comodidad en el baño y reducir el riesgo de caídas. Resultan de utilidad tanto para la persona usuaria como para su cuidador.
Líquido antideslizante	El líquido antideslizante tiene como finalidad ofrecer una superficie con mayor fricción en la bañera, especialmente cuando se encuentra mojada, para reducir el riesgo de resbalar y provocar una caída.
Grifo monomando	Permite graduar la temperatura del agua con un único mando. Respecto a los grifos tradicionales la exigencia de fuerza para abrirlos o cerrarlos es mucho menor, con lo que es un producto aconsejado para personas con baja movilidad en miembros superiores.
Dosificador de jabón	Dispositivo anclado a la pared. Facilita la obtención del gel, evitando posturas forzadas si se colocan de forma adecuada.
Accesorios para el baño	Algunos accesorios que pueden ser de utilidad son: esponja ergonómica con mango largo, cepillo de mango ergonómico, cortaúñas..., permiten evitar posturas forzadas.
Instalación de ducha a nivel	La solución ideal desde la perspectiva de la accesibilidad, en la mayor parte de los casos, es sustituir la bañera por una ducha al nivel del suelo, que permita disponer de espacio suficiente para una persona en silla de ruedas y su asistente.

dependencia. Sin embargo, y a pesar de las ventajas que comporta la utilización de productos de apoyo para la autonomía y para la salud, no puede hacerse de ellos un uso indiscriminado. No todas las personas mayores tienen por qué beneficiarse de todos los productos de apoyo que hay en el mercado. Por esto, en la tabla 2 se recogen los productos de apoyo indicados para adaptar el baño, en relación a las limitaciones funcionales.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Tabla 2. Adaptaciones del baño en relación a las limitaciones funcionales

Limitaciones funcionales	Adaptaciones aconsejadas
Dificultad para mantener el equilibrio	Suelo antideslizante. Sustituir bañera por plato de ducha. Utilizar asiento en la ducha (anclado a la pared o silla de ducha). Instalar asideros en la ducha, lavabo y retrete.
Pérdida de resistencia o fuerza	Asiento en bañera o ducha. Lavabo suspendido y realizar aseo sentado. Alza en retrete. Barras de apoyo en la ducha, retrete y lavabo.
Dificultad para inclinarse o levantarse	Alza de retrete o instalar inodoro suspendido. Asiento en bañera/ducha. Barras de apoyo en retrete y ducha/bañera.
Dificultad para manipular con manos y dedos	Grifos monomando y con regulación de temperatura.
Utilización de silla de ruedas	Cambiar bañera por zona de ducha sin bordillos. Utilizar silla de ducha. Lavabo suspendido. Alza de retrete con sistema de lavado y secado.
Pérdida parcial de visión	Suelos antideslizantes. Reordenar espacio para una deambulación segura. Incrementar iluminación. Grifos monomando con regulación de temperatura. Plato de ducha con asidero.

514

El equipamiento adaptado, como un banco de bañera y una ducha teléfono para alguien que no puede entrar en la bañera y mantenerse de pie, es una adaptación muy frecuente en los domicilios de las personas mayores.

Cocina

La cocina es un lugar donde se pueden producir accidentes muy peligrosos. El evitar situaciones de riesgo comprende el percibir y prevenir, reaccionar y no provocar riesgos.

Se valora la capacidad para evitar riesgos por parte del usuario, de acuerdo a sus posibilidades. Para evitar accidentes en personas con problemas de visión derivados del cierre parcial de puertas o ventanas, es recomendable la utilización de fijadores o cierres automáticos.

Tener precaución mientras se está cocinando, usar ropa ajustada, sobre todo las mangas, una manga holgada puede incendiarse. Se recomiendan las placas vitrocerámicas, al ser planas permiten colocar de forma segura los cazos y son más fáciles de limpiar. Durante el momento de cocinar, además de poder hacerlo sentado, se deben utilizar los pequeños electrodomésticos que facilitan algunas tareas, como el reloj avisador, la picadora, el abrelatas eléctrico, las batidoras con varias funciones, los microondas, etc.

Se deben eliminar los objetos de las encimeras próximos al lugar donde se cocina (tostadora, vinagreras, adornos, etc.), con esto se consigue mayor espacio para preparar la comida y poder deslizar las ollas/cacerolas calientes a la encimera en caso de que pese mucho. Otra opción para conseguir espacio puede ser sustituir un cajón del mueble por un tablero corredero que puede servir como mesa auxiliar.

Una cocina funcional es una cocina que puede ser usada por la persona mayor, incluso cuando es usuaria de silla de ruedas. Existen cocinas adaptadas que permiten graduar la altura de la encimera y de los muebles superiores. Esto facilita la utilización de la encimera desde alturas inferiores a la normal, como la altura de la silla de ruedas y también poder acceder a los contenidos de los muebles superiores. El coste de estas cocinas ha disminuido considerablemente en los últimos años, ya que los principales fabricantes de cocinas han comenzado a incluir productos adaptados en su cartera comercial.

Una idea útil es poner una manguera en el grifo o un grifo con manguera para poder llenar las ollas desde la encimera, sin tener que meterlas en el fregadero.

Si es posible, se recomienda situar el horno y el lavaplatos más altos para evitar agacharse, en el caso de que existan problemas en las piernas.

La sala de estar, el dormitorio y las zonas de paso

Es importante poder moverse por la casa con el espacio suficiente. Para ello, es recomendable no tener demasiados muebles, dejando exclusivamente los que se usan, no estrechando las zonas de paso y permitiendo al menos 70 cm.

La anchura de las puertas debe permitir el paso con holgura, tanto si es necesario el uso de una silla de ruedas o andador como si se precisa la ayuda de un asistente.

Para personas con ceguera o deficiencia visual las diferencias de nivel deben estar marcadas por diferencias de colores y texturas. Hay que poner especial cuidado con los deslumbramientos.

Las personas con deficiencia cognitiva/demencia pueden precisar que la información se muestre con pictogramas o dibujos en las puertas.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Si existe riesgo de caída por limitaciones en la capacidad para caminar, se puede prevenir instalando pasamanos en los lugares de desplazamiento.

Abrir y cerrar puertas puede ser un movimiento dificultoso para las personas que padecen artrosis y/o artritis; por ello, se deben eliminar los pomos, cambiándolos por manivelas. En casos de mayor dificultad se pueden poner sistemas de apertura y cierre automáticos.

Se pueden proteger las esquinas de los muebles con esquineras de goma.

Es recomendable utilizar atriles para sujetar libros y otros sistemas para sujetar las cartas de la baraja. Existen multitud de dispositivos (productos de apoyo) en el mercado que pueden facilitar diversas actividades.

Lugar	Dependencia leve	Dependencia moderada	Dependencia severa
Traslado del sillón/cama	<ul style="list-style-type: none">• Alzas de sillón.• Bastón simple.	<ul style="list-style-type: none">• Alzas de cama.• Barandilla para cama.• Alzas de sillón.• Bastón simple.• Trapecio de cama.• Pasamanos pasillo.	<ul style="list-style-type: none">• Asiento elevador sillón.• Bastón simple.• Cama articulada con colchón antiescaras.• Pasamanos pasillo.• Sensor iluminación pasillo.

516

Características del mobiliario

El mueble debe adaptarse al uso y al usuario. En determinadas ocasiones se pueden colocar elevadores o alzas en las patas de los sillones y camas para elevar la altura del asiento y facilitar levantarse. Al elegir el mobiliario hay que considerar las características físicas y la capacidad funcional de la persona mayor, así como la naturaleza de las tareas que esta realiza.

Hay que preservar la salud de la persona mayor. Las posturas forzadas o restringidas asociadas al uso del mueble deben evitarse en la medida de lo posible. Cuando el mobiliario entra en contacto directo y mantenido con el usuario, como puede ser un mueble de descanso, hay que evitar los puntos de presión excesiva sobre determinadas partes del cuerpo. Si se colocan alzas, la altura de estas debe permitir que la persona llegue con los pies al suelo, de lo contrario se crearán puntos de presión que podrán ocasionar lesiones de la piel.

Los muebles deben ser estables, no se deben volcar ni deslizar, incluso cuando el usuario apoya todo su peso en el borde del mueble. La base de apoyo debe ser suficientemente amplia para asegurar la estabilidad del

mobiliario, sobre todo cuando algunos elementos (puertas, cajones, respaldos, etc.) se separan o sobresalen del resto del cuerpo del mueble, por tanto, de su base de apoyo.

La seguridad de la persona mayor debe estar garantizada. La estructura del mueble no debe presentar cantos vivos, esquinas puntiaguadas, tornillos u otros elementos que supongan un riesgo. En los muebles con partes móviles, el accionamiento debe ser seguro, evitando cualquier posibilidad de movimientos bruscos o inesperados. Hay que evitar la posibilidad de pellizcamiento o atrapamiento de cualquier parte del cuerpo al manipular las partes móviles del mobiliario.

Las patas de cualquier mueble no deben sobresalir excesivamente del resto de la estructura, evitando el riesgo de tropiezos.

Facilidad de uso. Las butacas o camas con regulaciones deben ser fáciles de manejar. Los mandos y sistemas de accionamiento deben ser diseñados para que su accionamiento no exija fuerza ni destreza especial.

Facilidad de limpieza y mantenimiento del mueble. Los materiales de recubrimiento y el propio diseño debe facilitar la limpieza del mueble; hay que evitar los recovecos de difícil acceso y los elementos que puedan acumular suciedad. Es conveniente recurrir a materiales y diseños que disminuyan el desgaste por el uso cotidiano y ayuden a prolongar la vida del mueble. Los materiales utilizados deben ser resistentes al deterioro y a los agentes químicos habituales de los productos de limpieza.

Atención a la estética del mobiliario. El mueble debe tener una apariencia más cercana al ámbito doméstico que al clínico, aunque las prestaciones que pueda ofrecer sean parecidas a las hospitalarias. Son claras las preferencias que manifiestan las personas mayores en este sentido y el rechazo hacia el aspecto institucional del mobiliario.

Considerar las necesidades de los que atienden a los mayores. Facilitar la tarea de las personas que asisten al usuario del mueble es un aspecto no menos importante que los anteriores. En este sentido, no deben existir elementos que dificulten el acceso al ocupante de una cama o una butaca, o los posibles accesorios y mecanismos de regulación deben ser fáciles de usar y accesibles.

Es muy importante evitar sobreesfuerzos al movilizar o atender a los usuarios. Los equipos deben ser compatibles con el uso de productos de apoyo/ayudas técnicas para la movilización de personas mayores dependientes, como las grúas de transferencia.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Consideraciones en las butacas para las personas mayores dependientes

Son indispensables los reposabrazos. El reposabrazos mejora la comodidad estando sentado el usuario, puesto que si está a la altura adecuada, permite relajar la musculatura de los hombros.

También facilita el gesto de levantarse del asiento y, para ello, deben ser suficientemente largos. La superficie de apoyo útil debe ser amplia y debe existir espacio para flexionar las piernas debajo del asiento.

Si esto es necesario para cualquier persona, aun lo es más en el caso de los mayores. Conviene que las piernas puedan moverse con libertad y no permanezcan estáticas, dados los problemas circulatorios que son frecuentes en las personas de edad avanzada. Por tanto, hay evitar la presencia de barras entre las patas de la butaca o cualquier otro elemento que disminuya el espacio libre por debajo del asiento, en su parte delantera.

El respaldo debe dar apoyo a toda la espalda y también a la cabeza.

El reposacabezas no debe ser muy prominente y es preferible que pueda regularse en altura para acomodarlos a distintos usuarios, ya que suele resultar más incómodo tenerlo mal ubicado que no tenerlo.

518

La butaca debe ser acolchada y el perfil del respaldo ligeramente cóncavo para permitir estabilizar el tronco del usuario. El asiento y reposabrazos acolchados son más confortables para permanecer sentado largo tiempo, porque distribuyen la presión en las zonas de apoyo. Por otra parte, amortigua el impacto cuando un usuario se deja caer al sentarse.

El armazón de soporte del acolchado ha de ser rígido y sin perfiles exagerados, y el material de relleno y su cubierta ligeramente envolventes. El relleno nunca debe ser excesivamente mullido, aunque pueda parecer más cómodo, porque resulta difícil controlar y cambiar de postura estando sentado y también levantarse del asiento.

El plano del asiento debe estar ligeramente inclinado hacia atrás. Esto evita el deslizamiento del usuario sentado hacia la parte delantera del asiento cuando se apoya en el respaldo. Sobre todo, cuando la cubierta del asiento es de un material que favorece dicho deslizamiento.

La inclinación regulable del respaldo tiene ventajas considerables. Esta posibilidad permite adaptar la butaca a las preferencias personales y también a las distintas actividades del usuario. Los mayores suelen permanecer sentados gran parte del día y necesitan alternar entre posturas de relax y otras de mayor interacción con el entorno, cambiando convenientemente la

inclinación del respaldo. Cualquier sistema de ajuste que se utilice debe ser accesible al usuario sentado, requerir poca fuerza y ser de manejo sencillo e intuitivo: sin cambios inesperados o bruscos y sin riesgo de lesión para el usuario.

Es conveniente disponer de reposapiés para las posiciones de descanso. Cuando el respaldo se inclina hacia atrás se requiere un apoyo adicional para estirar las piernas, pero debe poder moverse desde la postura sentada. El reposapiernas puede ser un elemento independiente de la butaca o incorporado a ella y extensible mediante un mecanismo. En el último caso, el mecanismo de accionamiento debe cumplir los requisitos de facilidad de uso mencionados anteriormente y, además, no debe quitar espacio para retrasar los pies debajo del asiento cuando no se usa.

Accesibilidad de los espacios

La dimensión urbana del contexto físico que rodea a las personas mayores constituye un factor de alta influencia en su funcionalidad. Dos centímetros son los que separan a las personas mayores de las personas jóvenes. Se estima que la elevación del pie con respecto a la horizontal es 2 cm menor en personas mayores que en personas jóvenes. La gran urbe debiera compensar amablemente esta diferencia, apenas perceptible, con el fin de propiciar un ambiente seguro y confortable que facilitara la presencia de las personas mayores en los espacios urbanos.

A medida que el número de personas mayores aumenta surgen desafíos distintos para adaptar las ciudades a sus necesidades. Nuevas y viejas formas de envejecer coexisten simultáneamente, confluyen estilos de vida tradicionales, con nuevos estilos de vida que incorporan el desarrollo de actividades hasta ahora poco probables, como el acceso a las nuevas tecnologías o el acceso a la universidad. Coinciden también estados de dependencia grave con situaciones funcionales de autonomía completa.

Las ciudades inclusivas parten de la comprensión de las necesidades y aspiraciones de sus habitantes. Hace referencia a la pertenencia de los individuos a su comunidad. Se debe proponer una ciudad para acoger efectivamente a las personas mayores, una ciudad integral que promueva la convivencia intergeneracional. La ciudad amable ha de brindar un espacio que contenga, comprenda y proteja a los mayores.

La amabilidad de las formas busca el fácil reconocimiento del entorno y de sus partes, imprescindible cuando disminuye la memoria y la capacidad de orientación. Utiliza organizaciones espaciales claramente identificables, tiempos de movimiento y recorridos realizables (semáforos, escaleras mecánicas,

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

ascensores, etc.), y caminos y accesos reconocibles y diferenciables. Existen diseños inclusivos de un jardín, en los que se ha diferenciado la zona de tránsito o paseo del resto de elementos del parque a través de un pavimento diferente y fácilmente identificable. Con el objeto de facilitar la distinción de zonas, se ubican los bancos en una zona distinta al espacio destinado al paseo y se incluyen elementos urbanos que faciliten la orientación.

El mobiliario urbano también debe considerar las necesidades de las personas mayores. Por ejemplo, los bancos que no reúnen criterios de funcionalidad y accesibilidad respecto a la altura y profundidad del asiento y del respaldo dificultan la actividad de levantarse/sentarse, así como el mantenimiento de una postura cómoda. La ausencia de reposabrazos centrales también dificulta las transferencias.

La mejora en la accesibilidad de las zonas verdes, así como la adaptación del mobiliario urbano, son aspectos imprescindibles en el diseño de ciudades inclusivas que busquen crear entornos de participación e integración de las personas mayores. El diseño y adaptación de los espacios públicos al aire libre para las personas mayores debe considerar la dimensión física (manipulación, operatividad y accesibilidad de los diferentes elementos), la dimensión cognitiva (nivel de comprensión e interpretación que la persona mayor realiza del espacio), la dimensión social (adaptabilidad y adecuación social) y, por último, la dimensión cultural (integración y adaptación de los productos vinculada a la experiencia cultural de los usuarios), con el fin de obtener vinculaciones afectivas positivas y de identificación personal.

520

Bibliografía

- Buning ME, Schmeler MR. Modificación Contextual y Tecnología de Asistencia. En Willard y Spackman. Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2005.
- Corregidor Sánchez AI, Polonio López B, Hernández Pajares M. Usabilidad, Seguridad y Accesibilidad: elementos clave para optimizar el entorno de las personas mayores. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2010; monog. 3: 255-90. Disponible en: www.revistatog.com/mono/num3/usabilidad.pdf.
- Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV). Guía de recomendaciones para el Diseño y Selección de Mobiliario para Personas Mayores.
- Máximo N, Pérez de Heredia M, Gutiérrez M. Atención en el hogar de personas mayores. Salamanca: Ediciones Témpora, 2004.
- Moreno Ramos D, Corregidor Sánchez AI. Urbanismo, espacio público y personas mayores: hacia la amabilidad de las formas. TOG (A Coruña) [Revista en

internet], 2010; monog. 3:232-254. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/urbanismo.pdf>.

- Poveda R, Garcés J, Barberá R. Análisis de costes y beneficios de la incorporación de productos de apoyo como extensión de los servicios de atención a domicilio en población mayor con dependencia. Ponencia para el I Congreso Anual REPS. Universidad de Oviedo. 2009. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/re-gistro.htm?id=57978>.

▼ Apoyo a la dependencia en el medio rural

*Ana Isabel Corregidor Sánchez
Rosa Matilla Mora*

Apoyo a la dependencia en el medio rural

Introducción

El medio rural español abarca el 90% del territorio e integra al 20% de la población. Según datos del Padrón Municipal de 2008 del Instituto Nacional de Estadística, la tasa de envejecimiento del medio rural es del 22,3%, 7 puntos por encima del de las zonas urbanas.

El fenómeno de sobreenvjecimiento, en el que cada vez hay más personas que alcanzan edades avanzadas es evidente. Además un alto porcentaje de ellas se encuentran en situación de fragilidad o dependencia.

Hacerse mayor y vivir estos años en un pequeño pueblo parece ser muy distinto a envejecer en una ciudad. A pesar de que las personas mayores que viven en zonas rurales manifiestan estar más satisfechas con sus relaciones sociales (41% frente a un 29% de zonas rurales) y sentir menor inseguridad ciudadana (8% frente al 33% de las zonas urbanas), se encuentran más expuestas a situaciones de aislamiento y carencia de programas y servicios que den respuesta a sus necesidades.

En consecuencia, existen evidencias suficientes para estimar que envejecer en el medio rural provoca, junto a algunos beneficios (mantenerse vinculado al territorio, redes vecinales de apoyo...), una discriminación en el acceso a recursos y una inflexión en la trayectoria vital que amenaza el mantenimiento de la propia identidad de muchas personas mayores.

Por estos motivos, se piensa que las personas mayores que viven en zonas rurales podrían sufrir una doble discriminación, ya que a la discriminación por edad se le añaden las características del territorio como elemento discriminatorio adicional. Estos factores unidos generan un alto riesgo de aislamiento y una pérdida de oportunidades de participación.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Se han identificado dos características diferenciales del envejecimiento en el mundo rural:

- 1. Desmitificación del medio rural como paraíso para una vejez feliz.** Vivir en un pueblo tiene ventajas, como la proximidad y la frecuencia de contactos con las redes sociales próximas (familia y vecindario), aunque esta facilidad se está perdiendo, debido a que los hijos no residen en esta zona. Pero también se producen efectos adversos, como son: mayor control social, menor acceso a recursos socioculturales, asistenciales y de ocio, lo que produce una restricción importante de las posibilidades de discriminación, distanciamiento forzoso respecto al contacto con familiares directos que emigraron.
- 2. Falta o inadecuación de recursos sociales de carácter formal** para atender a las personas mayores con algún grado de dependencia. Los servicios sociales para proveer la necesidad de ayuda a las personas mayores se han desarrollado prioritariamente en zonas urbanas (Centros de Día, Residencias, viviendas tuteladas, etc.). Por otra parte, el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) no se presta adecuadamente en determinadas zonas y pueblos.

524

Esta escasez e inadecuación de recursos origina que en los enclaves rurales el peso de la atención y cuidados recaiga sobre la familia, especialmente sobre las mujeres. De hecho, comparando zonas rurales con zonas urbanas, en las primeras está bastante extendida la creencia de que la Administración Pública debe hacerse cargo de las necesidades básicas de las personas mayores, mientras que en zonas rurales se depositan más expectativas en la propia familia que en la Administración.

Estas características ponen de manifiesto la existencia de factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad del proceso de envejecimiento. Por ello, las necesidades específicas del envejecimiento rural precisan de actuaciones y programas diferenciados que alcancen el objetivo de no discriminación y el incremento del bienestar y la calidad de vida. Por ello, el diseño y desarrollo de recursos en el medio rural ha de basarse principalmente en:

- Actuaciones de prevención y promoción de la salud y la autonomía.
- Desarrollo de la atención directa a la fragilidad y la dependencia.
- Fomento de la participación social.

En este capítulo se analizarán las necesidades de las personas mayores con dependencia que residen en el ámbito rural, así como los programas y servicios de actuación para el apoyo a la dependencia.

Necesidades de las personas mayores dependientes que viven en zonas rurales

El estudio “La discapacidad en el medio rural”, del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), revela que en el medio rural residen un millón de personas con discapacidad, de las que el 34% son personas mayores.

Entre las necesidades concretas que detecta este informe, se encuentran necesidades generales y necesidades específicas. Entre las necesidades más generales se encuentran la inconsistente cobertura telefónica, el limitado acceso a Internet, la escasez de actividades sociales, culturales, deportivas y de ocio, la falta de asociacionismo y la perspectiva de género (tabla 1).

Tabla 1. Necesidades de las personas mayores con dependencia en el ámbito rural

Necesidades generales:

- Mayor cobertura telefónica y de Internet.
- Incrementar actividades sociales, culturales y deportivas.
- Fomentar el asociacionismo.
- Mejora de la igualdad de género.

Necesidades de salud:

- Acceso a análisis clínicos.
- Aumento de sesiones de rehabilitación física.

Necesidades específicas de atención a la dependencia:

- Mayor acceso a productos de apoyo.
- Adaptación de la vivienda.
- Incrementar número de equipos interdisciplinares.
- Desarrollar protocolos específicos de atención a la dependencia.
- Crear servicios especializados de apoyo a la vida independiente.

Necesidad de tercera persona para:

- Movilidad funcional.
- Compras.
- Transferencias.
- Limpieza del hogar.
- Aseo y vestido.
- Alimentación.

Las necesidades específicas se caracterizan por el pobre acceso a ayudas técnicas/productos de apoyo y la propia atención a la dependencia, viviendas no adaptadas para garantizar la movilidad y la autonomía de las personas mayores, la falta de equipos interdisciplinares más cercanos a la población rural y

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

protocolos específicos de atención y seguimiento a la dependencia, y la ausencia de servicios especializados de apoyo a la vida independiente.

Las necesidades de salud se centran en análisis y controles de orina y la necesidad de rehabilitación física.

En relación al apoyo que necesita la persona mayor con dependencia que vive en zonas rurales, el Informe Predif destaca que más del 50% necesitan la ayuda de otra persona para la movilidad funcional, las compras, la limpieza del hogar y el aseo. En la tabla 1 se esquematizan las principales necesidades de las personas mayores que viven en el ámbito rural.

Líneas de intervención para fomentar la autonomía de las personas mayores en zonas rurales

Es sobradamente conocido que las personas mayores desean vivir y envejecer en su casa y ser atendidos por su familia. Eso es especialmente cierto en zonas rurales. Los programas y servicios que se diseñen para este perfil de población deben dar respuesta a este deseo fundamental. Su objetivo principal ha de ser el de mejorar la calidad de vida a través del acceso a los recursos sociosanitarios, el fomento de la autonomía y el apoyo en las situaciones de dependencia.

Las líneas de intervención que han resultado efectivas para alcanzar estos objetivos pueden resumirse en cinco:

1. Crear dispositivos de referencia.
2. Promover una vida digna y autónoma.
3. Accesibilidad y comunicación.
4. Participación en recursos sociocomunitarios e integración cívica.
5. Dinamización intergeneracional.

Dispositivos de referencia

La creación de dispositivos de referencia pretende ser un punto de información y gestión para las personas mayores y sus familiares/cuidadores. El objetivo es que este punto de información pueda ser el centro coordinador de la red de servicios y ayudas, facilitando las prestaciones necesarias a través de ventanillas únicas de tramitación.

Estos dispositivos de referencia son gestionados por un trabajador social que se encargaría de:

- Difundir información y asesorar sobre los servicios sociales y los recursos destinados a las personas mayores.
- Facilitar la solicitud de servicios y prestaciones que mejor se adecuen a sus necesidades, así como realizar una labor de acompañamiento en la tramitación de los mismos.
- Favorecer la permanencia en el entorno rural, gracias a este servicio de proximidad.

Promover una vida digna y autónoma

Esta línea de actuación tiene como propósito principal la prevención de situaciones de dependencia en el ámbito rural. Para ello se fomentan el desarrollo de actividades específicas, como los talleres de entrenamiento cognitivo, promoción de estilos de vida saludables, prevención de síndromes geriátricos (caídas, incontinencia urinaria, etc.), talleres o excursiones medioambientales. La adaptación de la vivienda también supone una actuación fundamental cuando el objetivo es mantener a la persona mayor en su entorno. Incorporando en la vivienda productos de apoyo para la realización de actividades como el aseo, el vestido o las transferencias y suprimiendo las barreras arquitectónicas se consigue incrementar la funcionalidad de la persona mayor y prevenir riesgos como caídas o accidentes.

Las modificaciones más habituales son la supresión de bañera por un plato de ducha sin rebordes, la instalación de asideros para facilitar el uso del retrete, adaptaciones en el dormitorio para realizar las transferencias y modificaciones en la cocina para crear un ambiente seguro. En el capítulo "El hogar adaptado y la accesibilidad a los espacios", se tratan detalladamente cuáles son las adaptaciones más efectivas para alcanzar estos objetivos.

Accesibilidad y comunicación

Tanto la accesibilidad como la comunicación son dos puntos débiles que identifican todos los estudios sobre las zonas rurales.

El desarrollo de medidas referentes al transporte, como taxis accesibles, ambulancias, mejora del transporte público, son medidas obligadas para lograr la proximidad del medio rural.

Diversos estudios sobre proximidad al medio rural han llegado a la conclusión de que el uso de taxis constituye la mejor alternativa posible. Por ello han

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

fomentado la introducción de taxis adaptados accesibles hasta de nueve plazas, donde exista espacio, al menos, para un viajero en silla de ruedas. Como el alto coste del servicio de taxi también suele ser una barrera a la movilidad que debe ser superada, la tarifa a aplicar en uso compartido disminuye considerablemente. Esto debe ir acompañado de un centro de control que ofrezca una oferta y un horario regular, así como la organización del servicio.

Respecto a la accesibilidad de los municipios, es fundamental la implicación de los ayuntamientos para llevar a cabo las modificaciones propuestas tanto en el Plan Nacional de Accesibilidad como en los planes específicos de cada comunidad autónoma. Debido a las dificultades de la orografía de estos territorios, la supresión de barreras arquitectónicas es de gran relevancia para la calidad de vida de las personas mayores (a la vez que costoso), ya que la situación actual (subidas y bajadas, adoquines en el suelo) acentúa sus dificultades para relacionarse y realizar una vida activa.

El acceso de las personas mayores a las nuevas tecnologías es una petición reiteradamente solicitada desde el ámbito rural. La mejora de la cobertura, la instalación de red *wi-fi* para la zona, la impartición de cursos para aprender el uso de teléfonos móviles, iniciación informática y el acceso a Internet son acciones que se están desarrollando en nuestro país a través del apoyo económico de ayuntamientos, diputaciones, obras sociales de cajas y bancos y fundaciones sin ánimo de lucro.

528

Participación en recursos sociocomunitarios e integración cívica

Con el objetivo de lograr que las personas mayores participen activamente en la vida comunitaria de sus pueblos o aldeas, se potencian actuaciones coordinadas desde los ayuntamientos, las diputaciones y diversas asociaciones. La constitución de consejos municipales de participación y la adecuación de los centros cívicos municipales son algunas de las iniciativas que se están desarrollando y están obteniendo altas cuotas de participación por parte de las personas mayores.

Por otra parte, el fomento y la dinamización del asociacionismo de las personas mayores es un punto clave para establecer cauces que posibilitem una real participación en su propia comunidad. También para enriquecer las actuaciones de las asociaciones ya existentes promocionando el desarrollo de programas diversos que superen el concepto de asociación recreativa.

Dinamización intergeneracional

Esta línea de actuación tiene el propósito de mejorar el autoconcepto y diversificar los modelos sociales sobre el envejecer. Mediante estos programas se

contribuye también al acercamiento, conocimiento, respeto y dignificación de las diferentes etapas de la vida.

Las iniciativas que se están llevando a cabo en distintos enclaves rurales son talleres artesanales de mayores (maestros) con jóvenes (aprendices), recuperación del patrimonio cultural y etnográfico, incorporación de las personas mayores a las aulas escolares para la transmisión del patrimonio cultural (historia oral), actividades intergeneracionales (excursiones, senderismo, campamentos) y celebración de encuentros y fiestas intergeneracionales.

Servicios específicos para permanecer en casa con calidad

La mayoría de personas mayores con dependencia que viven en entornos rurales desean continuar viviendo en ellos, a pesar de la carencia de accesibilidad, recursos y comunicación. Sin embargo, pueden no existir familiares cercanos para hacerse cargo de los cuidados, o cuando los hay, el peso de la atención, sobre todo en graves dependientes, es tan intenso que puede originar pérdidas de salud importantes en el cuidador, que suele ser casi siempre una mujer.

Por estos motivos, es prioritario dar respuesta a las necesidades del entorno más próximo de estas personas. Este acercamiento puede propiciarse, bien llevando el servicio hasta el domicilio de la persona mayor dependiente, o bien acercando a la persona a los lugares en que se ofrecen estos servicios.

Ya sea de una manera o de otra, el transporte es un equipamiento de obligado desarrollo.

Los principales servicios que se están impulsando desde las administraciones públicas son:

- Servicio de ayuda y apoyo en el domicilio.
- Intervenciones en la vivienda.
- Apoyo a las familias cuidadoras.
- Centros rurales de atención diurna.
- Viviendas tuteladas.
- Alojamientos heterofamiliares.

Servicio de ayuda y apoyo en el domicilio (SAD)

El Servicio de Ayuda a Domicilio es el servicio más extendido por la geografía rural. Depende de ayuntamientos, diputaciones o comunidades autónomas y

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

tiene como objetivo básico proporcionar una atención integral a las personas mayores con algún grado de dependencia en sus propios domicilios.

El auxiliar de ayuda a domicilio ha sido formado para apoyar la realización de las actividades básicas e instrumentales. A través de las visitas diarias, de 1 o 2 horas de duración y supervisado por una trabajadora social o por un terapeuta ocupacional, se encarga de resolver las necesidades de apoyo que necesiten las personas mayores en el desempeño de las actividades de la vida diaria.

También existen otros servicios parciales, como el servicio de comidas a domicilio, servicio de acompañamiento, el servicio de lavandería y plancha a domicilio, el servicio de préstamo de productos de apoyo y otros servicios de atención personal como peluquería o podología.

Intervenciones en la vivienda

Muchas de las viviendas rurales carecen de condiciones adecuadas de accesibilidad y seguridad. El asesoramiento para conseguir un ambiente adecuado y seguro, la supresión de barreras arquitectónicas y el fomento de la funcionalidad en las actividades de la vida diaria es básico para incrementar la autonomía y el confort de dependientes y cuidadores.

Algunas comunidades autónomas están desarrollando planes de adaptaciones de las viviendas, mientras que otras establecen préstamos de productos de apoyo que facilitan actividades como el baño, el uso del retrete o las transferencias. El profesional encargado de valorar la accesibilidad del domicilio y prescribir las modificaciones necesarias es el terapeuta ocupacional.

Apoyo a las familias cuidadoras

Proporcionar orientación y apoyo psicosocial las familias cuidadoras de la persona mayor dependiente es el propósito básico de este servicio.

Las actuaciones que se desarrollan son la de ofrecer información, formación y orientación individualizada sobre cómo cuidar mejor y también cómo autocuidarse adecuadamente.

La formación de grupos de autoayuda y psicoeducativos están resultando muy efectivos en cuidadores con familiares con demencia o grandes dependencias.

Por otra parte, el refuerzo del SAD y las denominadas estancias de "respiro" son ayudas que contribuyen a disminuir la carga y el estrés de la persona cuidadora.

Centros rurales de atención diurna

Los centros rurales de atención diurna se conciben como espacios de carácter integrador, preventivo y asistencial, en los que durante el día se presta atención a las personas mayores con dependencia. Se ofrecen servicios de manutención, transporte y asistencia en las actividades de la vida diaria, así como programas de estimulación cognitiva, y actividades de ocio.

Este servicio puede desarrollarse en un centro diseñado para este efecto o en centros polivalentes que cuenten con espacios adaptados.

Viviendas tuteladas

Las viviendas tuteladas son un recurso muy extendido en zonas rurales de la zona centro de España (Castilla-La Mancha, Extremadura, Madrid y Castilla y León). En estas viviendas se ofrece un sistema de alojamiento alternativo al del propio domicilio, cuando, por una situación de dependencia y apoyo social insuficiente, las personas no pueden continuar viviendo en su casa.

El diseño de estas viviendas y su equipamiento permite que la organización de la vida diaria se realice de forma más parecida a lo que es la cotidianidad familiar, pero con la seguridad de recibir la atención profesional que precisan las personas con dependencia.

Alojamientos heterofamiliares

El programa de alojamientos heterofamiliares comenzó a desarrollarse de forma pionera en la Diputación Foral de Guipúzcoa y después se ha puesto en marcha en otros lugares como Madrid, Asturias o Cataluña, aunque no ha llegado a consolidarse de forma general.

Este servicio consiste en la integración de las personas mayores en una familia diferente de la propia. La familia acogedora recibe una prestación económica a cambio de alojamiento, manutención, atención y compañía. En las zonas rurales es donde mejor está funcionado este programa, ya que viene a consolidar lazos de amistad y relación ya existentes. Normalmente, se trata de familias vecinas que ya tenían establecidas ayudas informales puntuales.

Entidades de apoyo al ámbito rural

El Portal de Mayores, perteneciente al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, recoge distintas entidades que pueden prestar apoyo a las situaciones de dependencia de las personas mayores que residen en zonas rurales. A continuación se exponen las más activas:

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Asociación de personas mayores Solidaridad intergeneracional. Su misión principal es la de prestar servicios de atención integral en el medio rural a las personas mayores en situación de dependencia, sin olvidar la prevención desarrollada a través de programas de envejecimiento activo.
- Centro de Estudios sobre la Despoblación y Desarrollo de Áreas Rurales (CEDDAR). Centro de investigación en el campo de las ciencias sociales formado por antropólogos, economistas, geógrafos, historiadores y sociólogos preocupados por el desarrollo desequilibrado entre el mundo rural y el urbano. Su objetivo es incidir en los debates sobre la acción política y la vida cotidiana.
- Confederación de Mujeres del Mundo Rural CERES. Su finalidad es la de aportar soluciones a los problemas del medio rural, en general, y específicamente a los que afectan a las mujeres rurales, limitando su desarrollo personal, profesional, familiar y social. CERES es también una plataforma para el diálogo y la difusión.
- Coordinadora de Organizaciones de Agricultores y Ganaderos (COAG). Esta organización agraria está consolidada en la mayoría de comunidades autónomas y tiene como fin principal la consecución de una agricultura sostenible en un medio rural vivo. La preocupación por la calidad de vida entre la población rural es una constante en su labor.
- EnClaveRural. Espacio público, gratuito, abierto y solidario promovido por el IMSERSO que recoge intervenciones rurales en el ámbito del envejecimiento, la discapacidad y los servicios de proximidad, con el fin de darlos a conocer para que puedan hacerse visibles y ser replicados en otros enclaves rurales.
- FAO. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura formula a través del Departamento de Desarrollo Sostenible políticas, estrategias y metodologías para fomentar la participación activa de los campesinos –hombres y mujeres– en el desarrollo agrícola y rural. En el informe “Envejecimiento de la población rural en los países en desarrollo” pueden conocerse los temas de interés sobre esta problemática para la FAO.
- Federación de Asociaciones de mujeres rurales. Las asociaciones que componen esta federación luchan por la igualdad de oportunidades en el medio rural y el urbano. La Federación permite aunar y reforzar el esfuerzo de las asociaciones de mujeres rurales que la constituyen.
- Federación Española de Municipios y Provincias. Asociación de entidades locales que agrupa ayuntamientos, diputaciones, consejos y cabildos insulares, en total, 7.286 entidades y que tiene entre sus fines la prestación de todo tipo de servicios a las entidades locales.

- Red.es. Entidad pública empresarial encargada de impulsar el desarrollo de la sociedad de la información en España. Facilita y dinamiza el acceso a Internet de ciudadanos del medio rural y a núcleos urbanos desfavorecidos con difícil acceso a las TIC a través de los telecentros y bibliotecas conectados en red. Impulsa iniciativas como el Archivo de la Experiencia, con dos objetivos, uno de carácter social y otro de carácter técnico, que pretende unir a grandes y pequeños en un mismo entorno: Internet, a través de las vivencias de nuestros mayores.
- Red Española de Desarrollo Rural (REDR). Asociación sin ánimo de lucro con el objetivo genérico de promover un modelo de desarrollo rural integral y sostenible.

Bibliografía

- Boletín sobre Envejecimiento, Perfiles y Tendencias. Envejecimiento en el mundo rural: necesidades singulares, políticas específicas. Ministerio de Trabajo Asuntos Sociales. Madrid, Junio 2004.
- Buenas prácticas en desarrollo rural y personas mayores. Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino. Secretaría General Técnica. Madrid, 2010.
- Charroalde J, Fernández D. La discapacidad en el medio rural. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). 2006.
- Guía de Promoción de la Autonomía y Prevención de la Dependencia de las personas mayores en el medio rural. Programas de Terapia Ocupacional. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Huete Valencia M, Tintero Moraleda MI, Pachecho Bellón V. Terapia Ocupacional gerontológica en el medio rural: 3 años de experiencia. TOG (A Coruña) [Revista en Internet] 2010; monog. 3:139-84. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mno/num3/mediorural.pdf>.
- Jenaro Río C, Flores Robaina N. Necesidades en el medio rural de las personas con gran discapacidad y dependencia. Informe de Resultados. Predif: Plataforma Representativa Estatal de discapacitados físicos. Madrid, 2006.
- Monreal P, Vilá A. Programa integral de atención a las personas mayores en una zona rural. Anuario de Psicología 2008; 39(3):351-70.
- Triadó Tur M.^aC. Envejecer en entornos rurales. Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, 2003; 19. [Fecha de publicación: 13/06/2005]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-19.pdf>.

▼ Alfabetización informática

Gregorio Jiménez Díaz

Alfabetización digital de mayores

Desde finales del siglo xx la irrupción de las tecnologías en nuestras vidas es ya imparable. Este despegar tecnológico ha generado nuevas formas de ocio, de trabajo y de relación social, que han conducido a la nueva forma de sociedad en la que vivimos y a la que se ha dado en llamar “sociedad de la información”. Una sociedad de la información es aquella en la cual las tecnologías que facilitan la creación, distribución y manipulación de la información juegan un papel esencial en las actividades sociales, culturales y económicas, a través de la capacidad para obtener, compartir y procesar cualquier información por medios telemáticos (telecomunicación e informática), desde cualquier lugar y en la forma en que se prefiera; esto debería crear un ámbito en el que todos pueden crear, acceder, utilizar y compartir información y conocimiento, en donde se desarrolle el potencial de los pueblos y se mejore la calidad de vida.

Desde sus inicios, la sociedad de la información se nos había presentado como la gran oportunidad para que todo el mundo pudiese mejorar y avanzar. Sin embargo, se ha venido asistiendo a la gran paradoja de comprobar que las **Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)**, el principal conjunto de herramientas de la sociedad de la información, que podrían facilitar el desarrollo de un nuevo tipo de sociedad civil predispuesta a una interacción más democrática, también son capaces de crear nuevos modelos de desigualdad y nuevas formas de división. Entre estas desigualdades encontramos la gran fractura que separa a aquellos que tienen acceso a las nuevas tecnologías de los que no tienen la posibilidad de acceder y utilizar dichas tecnologías, bien por el nivel de conocimiento sobre la materia o debido a problemas económicos, culturales o de infraestructuras. Esta separación es lo que se ha dado en llamar brecha digital. El riesgo que puede generar esta fractura estriba en que aquellas personas que queden fuera del acceso a las TIC, pueden caer en una cierta forma de exclusión social. Precisamente uno de los colectivos más afectados por esta brecha o exclusión digital es el de las personas mayores. A pesar de que este grupo ha experimentado un cambio social y demográfico de enormes proporciones, lo cierto es que son uno de

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

los colectivos con menos posibilidades o con más obstáculos para acceder y usar las tecnologías de la información.

Las nuevas formas de comunicación e interacción social, los avances tecnológicos y el uso de las tecnologías en cualquier ámbito laboral, social y educativo han impulsado la necesidad de adquirir nuevas competencias para utilizar de forma correcta estos medios facilitadores de inclusión social. Ya no basta con saber leer y escribir, hay que conocer de manera crítica y reflexiva los nuevos medios tecnológicos, sus ventajas y desventajas, los nuevos códigos de comunicación, sus potencialidades formativas y cómo conseguir desarrollar las competencias necesarias para generar un aprendizaje significativo a través de la red. Para solventar la brecha digital y formar a aquellas personas en las nuevas tecnologías, se ha desarrollado una estrategia que se ha dado en llamar alfabetización digital. Aunque se han analizado múltiples enfoques para acotar el término alfabetización digital, todos ellos buscan dar respuesta a las necesidades de un entorno progresivamente más complejo, con un creciente uso intensivo de las TIC, y, por tanto, con una mayor variedad de medios de comunicación y de servicios. Ello requiere una alfabetización que permita dominar un amplio espectro de habilidades, conocimientos, concienciación y actitudes. Puede definirse la alfabetización digital como la habilidad para localizar, organizar, entender, evaluar y analizar información utilizando tecnología digital, lo que implica tanto el conocimiento de cómo trabaja la alta tecnología de hoy día como la comprensión de cómo puede ser utilizada. La alfabetización digital capacita a los ciudadanos para acceder a un aprendizaje a lo largo de la vida más adaptado a las diferencias individuales. La característica más relevante de la alfabetización digital es su multiplicidad porque conlleva una alfabetización instrumental, comunicativa, social, emocional y educativa, así como el desarrollo de habilidades, destrezas y aptitudes. Todas estas características la convierten en una gran herramienta para los mayores.

536

Los mayores y las nuevas tecnologías

Los informes sobre la utilización de las nuevas tecnologías por parte de los mayores arrojan datos esclarecedores acerca de su escaso uso en este segmento de población. En un informe de la Comisión de las Comunidades Europeas y realizado por el Danish Technological Institute en 2007, en el que analiza datos de EUROSTAT, se describe que de los españoles entrevistados con edades comprendidas entre los 65 y 74 años, el 91% nunca usó un ordenador en el último año y el 93% no utilizó Internet. Además, el estudio resalta que los países (entre ellos España) que tienen información sobre el rango de edad superior a 75 años, informan que el analfabetismo digital es absoluto. En España, por ejemplo, el 98% de los mayores de 75 años manifestaban no tener

conocimiento sobre el uso de ordenadores y el 99% acerca de Internet. En el mismo informe, cuando se pregunta a las personas con edades comprendidas entre los 65 y 74 años que decidieron no realizar ningún curso de formación digital en los últimos 3 años, los motivos que ofrecían eran que no creían tener los conocimientos suficientes para su uso (32%), que raramente usaban el ordenador (39%), no tener tiempo (4%) o por el coste de los cursos (3%). Más datos obtenidos en España apuntan en la misma dirección; en un estudio realizado por el Ayuntamiento de Madrid se comprueba que de los hogares en los que solo viven ancianos (mayores de 65 años), el 41,5% tiene móvil, pero sólo el 10,2% tiene acceso a Internet, y tan solo un 5% posee un ordenador. En cambio, si en los hogares viven adolescentes, el acceso a Internet se duplica y poseen ordenador hasta un 86,1%.

Estos datos contrastan con los que se obtienen en Estados Unidos, donde en 2006 hasta un 34% de los mayores de 65 años utilizaba Internet; este porcentaje se incrementó notablemente en 10 años, ya que en 1996, tan solo lo utilizaban el 2% de los mayores. Estos datos son positivos, pero todavía muestran una diferencia frente al uso de los más jóvenes, que se sitúa en el 89% en el grupo de 18-28 años.

Cuando se estudia el uso que los mayores dan a las nuevas tecnologías, se comprueba que este no difiere demasiado del que se les da en otros grupos de edad. Los datos de Estados Unidos demuestran que para las mismas actividades, la única diferencia se sitúa en el nivel de uso. Así, en ambos sectores la actividad para la que más frecuentemente se utiliza Internet es para enviar y recibir correos electrónicos; la búsqueda de información también ocupa un lugar prioritario en ambos grupos, destacando en el grupo de mayores la búsqueda de contenidos relacionados con la salud. La única actividad en la que hay una mayor actividad en el grupo de los mayores es la búsqueda de genealogía y el encuentro de familiares a través de la red.

Actitudes ante la alfabetización digital

Los adultos mayores necesitan que las nuevas tecnologías de la información y la comunicación sean útiles, funcionales, fáciles de manejar y significativas. Al igual que en otros sectores de la población, el ordenador es una herramienta que les ofrece enormes beneficios como medio de interacción social y cultural, entretenimiento, actividad laboral y formación, entre otros. Estas tecnologías permiten a los ancianos aumentar y mejorar su desarrollo individual y social, así como optimizar su calidad de vida desde los puntos de vista técnicos, económicos, políticos y culturales. Entre los beneficios que podemos mencionar están:

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

1. Las aplicaciones de Internet, como correo electrónico y el acceso en línea a recursos de información, le permite al adulto mayor estar informado y actualizado y formar parte de una sociedad en constante evolución sin sentirse marginado. A través de estas herramientas se contribuye a facilitar el acceso a la cultura, a la formación permanente y al uso de las TIC.
2. Le ayuda a superar el miedo a la soledad y al aislamiento de sus familiares. En el ciberespacio aumenta su autonomía personal y social, así como la posibilidad de interactuar. Las redes sociales podrían evitar el aislamiento social de los mayores y mejorar su estado de ánimo.
3. En el campo de la salud, se pueden monitorizar signos vitales o saber si la persona ha tomado sus medicamentos correctamente.
4. Fomenta las relaciones intergeneracionales, pues el adulto mayor descubre intereses comunes con sus familiares más jóvenes, permitiéndole pasar con ellos muchos ratos agradables.

Las razones por las que los adultos mayores se introducen en las nuevas tecnologías son diversas. Algunos ejemplos son: adquirir nuevos conocimientos, elevar su autoestima, para poder ayudar a sus hijos o nietos, conseguir un nuevo o mejor empleo o mantenerse actualizado. Una vez que inician su camino en el aprendizaje de las diferentes herramientas disponibles, amplían su uso y ya la utilizan como herramienta de escritura, comunicación, aprendizaje continuo, entretenimiento, etc.

También es lógico que los mayores presenten reticencias antes de enfrentarse a nuevos conocimientos en el campo tecnológico. Se ha comprobado que los ancianos más jóvenes, que ya han entrado en contacto con herramientas digitales, tienen menos dificultades para enfrentarse a estos nuevos conocimientos que los más mayores que nunca han interactuado con estas herramientas, que incluso piensan que ese tipo de máquinas ya no son para ellos. Es también probable que la imagen que se han formado con respecto a sus aplicaciones les resulte extraña y hasta negativa. Para ellos es complicado y difícil de tratar un tema así cuando se formulan la idea de tener que aprender a usarla a "estas alturas de su vida".

Cómo desarrollar la alfabetización digital

La experiencia que se ha ido forjando en alfabetización digital en los últimos años va demostrando que para motivar a los mayores en la formación y en el uso de las nuevas tecnologías es importante centrar el foco en sus intereses, como es la creación de una identidad propia en relación con sus familiares o la búsqueda de información centrada en temas de salud; si la formación se realiza

a partir de esos intereses será más fácil mantener su interés en el progreso formativo.

Todo proyecto formativo en este campo debe contar con la existencia de una serie de barreras previas que habría que intentar eliminar para los grupos de mayores y entre las que encontramos:

- Nula o poca experiencia previa en TIC.
- Los cursos o metodologías estándares de enseñanza no son adecuados para ellos.
- Falta de interés y necesidad.
- Menor habilidad para aprender.
- Pocas posibilidades de practicar las habilidades adquiridas.

En el ya mencionado informe de la Comisión de las Comunidades Europeas se recoge la experiencia de más de 30 proyectos de formación que han tenido éxito en la formación de distintos colectivos, y que ofrece interesantes recomendaciones en el caso de los mayores:

- Crear ambientes de confianza para eliminar la ansiedad del alumno, las experiencias previas negativas...
- Permitir que cada alumno avance a su ritmo, pero ayudándoles siempre que lo necesiten.
- Dirigir el aprendizaje hacia los intereses de cada individuo para que las TIC le resulten más atractivas.
- Simplificar el contenido del curso para impartir solo los temas necesarios y ser muy concreto, presentando no demasiadas soluciones a un problema. Utilizar más tiempo en los ejercicios.

En general, uno de los objetivos de los programas seleccionados es atraer y mantener motivados a los usuarios. Para motivar a las personas mayores utilizan varias técnicas:

- Facilitarles el contacto con sus familiares y personas queridas y la posibilidad de conocer gente durante el curso.
- Eliminar barreras de acceso a instituciones públicas, tiendas *online*, bancos y otros servicios. También hay que eliminar barreras de comunicación con la familia y amigos.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Ofrecerles la información que necesitan mejor y más rápida. Esto les permite tener opciones donde elegir, lo que no tenían sin las TIC.
- Darles mejor acceso a información relativa a la salud. Poder desarrollar sus *hobbies online*. Conseguir que interactúen socialmente más. Todo ello aumenta su autoestima y mejora su calidad de vida.
- Ayudarles a la hora de adquirir e instalar *hardware* y *software*.

Qué se está haciendo

En nuestro medio contamos con diferentes iniciativas en el campo de la alfabetización digital y la integración de los mayores en las nuevas tecnologías, tanto a nivel local, autonómico o nacional, a cargo de las administraciones o por el empuje de organizaciones no gubernamentales, o desarrolladas por fundaciones y obras sociales de grandes empresas o entidades de ahorro, algunas de las cuales describiremos a continuación.

Se ha identificado la **biblioteca pública** como una excelente vía de acceso de los mayores a la realización de diferentes actividades, por lo que numerosos centros repartidos por todo el Estado se han lanzado en los últimos años a realizar actividades de alfabetización digital dirigidas a mayores. Una de las conclusiones del informe de trabajo realizado por una de las bibliotecas pioneras indicaba que las personas mayores que participaron en las sesiones formativas lo hicieron fundamentalmente por la curiosidad que les producían las nuevas tecnologías a la hora de buscar información, comunicarse con otras personas o crear documentos propios, así como por la pretensión de superar anteriores experiencias negativas en este sentido.

El **Plan Avanza2**, puesto en marcha por el Gobierno en 2005 y entre cuyos objetivos se encuentra "contribuir a la recuperación económica de nuestro país gracias al uso intensivo y generalizado de las TIC, prestando una especial atención a los proyectos que compaginen, además, la sostenibilidad y el ahorro energético". Durante estos años ha financiado a distintas entidades que han puesto en marcha diferentes actividades de alfabetización digital para mayores o la puesta en marcha de una plataforma de asistencia que cuenta con diferentes servicios sociosanitarios basados en el uso de las TIC, que permiten mantener a las personas mayores o en situación de dependencia leve o moderada en su entorno habitual. También ha permitido crear un proyecto de instalación de ordenadores diseñados para solventar las discapacidades más habituales, así como una web de encuentro de mayores introducidos en el uso de las nuevas tecnologías (<http://www.post55.es>).

Red.es es la entidad pública empresarial del Ministerio de Industria encargada de impulsar el desarrollo de la sociedad de la información en España pretendiendo una mayor participación ciudadana, con prioridad en colectivos con riesgo de exclusión, a través de diferentes iniciativas, como la creación de una red de telecentros o la incorporación de Internet a las bibliotecas públicas españolas.

Las **Obras Sociales** de las principales Cajas de Ahorro han desarrollado diferentes proyectos basados en espacios o centros para mayores, donde realizan distintas actividades de formación en el campo de las TIC, como cursos y talleres adaptados a diferentes niveles de formación, el programa de Personas Mayores de La Caixa o el desarrollo de Aulas Informáticas para Mayores que esta entidad ha desarrollado con la Comunidad de Madrid.

La **Fundación Cibervoluntarios** es una entidad sin ánimo de lucro cuyo objetivo principal es utilizar las TIC en acciones dirigidas a colectivos con riesgos de exclusión o menor oportunidad de acceso a las TIC. Uno de sus proyectos es **Evoluciona en Red**, que es un programa de formación en el uso y manejo de las nuevas tecnologías dirigido a pequeñas y medianas asociaciones de mayores de toda España.

La **Fundación Vodafone** lleva a cabo un proyecto de Aulas, dotadas con ordenadores multimedia, para la comunicación, formación e información a través de las nuevas tecnologías, donde imparten cursos formativos para colectivos vulnerables, como los mayores.

Diferentes **Universidades Populares** repartidas por todo el territorio nacional imparten cursos de formación en nuevas tecnologías a personas mayores. Igualmente existen posibilidades de realizar cursos de estas características en diferentes universidades públicas y privadas.

Bibliografía

- Agudo S, Pascual MA, Fombona J. Usos de las herramientas digitales entre las personas mayores. Revista científica de Edocomunicación 2012; 39:193-201.
- Ala-Mutka K, Malanowski N, Y Punie, Cabrera M. Active aging and the potential of ICT for learning. JRC Scientific and technical reports. European Commission. En <http://ftp.jrc.es/EURdoc/JRC45209.pdf> (consultado el 14/04/2013).
- Huelves Martín F. Buenas prácticas TIC. La alfabetización digital en mayores. Revista electrónica Teoría de la Educación: Educación y Cultura en la Sociedad de la Información 2009; 10(2):48-65. En: http://campus.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/revistatesi/article/view/7508/7539 (consultado el 16/04/2013).

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

- Martin A. Digital literacy for the third age: Sustaining identity in an uncertain world. eLearning Papers 2009 (12). En: <http://www.elearningeuropa.info/files/media/media18500.pdf> (consultado el 20/04/2013).
- Travieso JL, Planella J. La alfabetización digital como factor de inclusión social: una mirada crítica. Revista sobre la sociedad del conocimiento UOCpapers 2008 (6). En: http://www.uoc.edu/uocpapers/6/dt/esp/travieso_planella.pdf (consultado el 16/04/2013).

▼ Actividades para ocupar el tiempo libre

Ana Isabel Corregidor Sánchez
Rosa Matilla Mora

Actividades para ocupar el tiempo libre

Introducción: ¿por qué mantener ocupada a la persona mayor en situación de dependencia?

La Organización Mundial de la Salud hace tiempo que definió la salud en términos de función, esto es, en la cantidad y la calidad de actividades que una persona puede realizar durante su día a día. En la medida en la que “*hacemos*” sentimos que somos útiles y resolutivos, como decían Brandtstädter y Lerner, *gran parte de lo que somos y de lo que sentimos está en directa relación con lo que hacemos en nuestra vida cotidiana.*

Las actividades que se realizan a lo largo del día son una de las claves para conseguir lo que se ha denominado envejecimiento con éxito. Estas actividades cotidianas son el medio para conseguir los objetivos que nos proponemos. En la medida en la que existe cierta libertad para seleccionar las actividades en las que se empleará el tiempo dentro de un abanico de posibilidades más o menos amplio, el bienestar personal derivará de ello.

Las personas mayores con dependencia pueden ver mermada de forma progresiva su capacidad para realizar las actividades que venían estructurando su día a día y con ello su implicación activa en el proceso de envejecimiento. Esto supone una pérdida importante de su funcionalidad y también de su autoconcepto. El papel del cuidador principal es fundamental para evitar que estas pérdidas tengan lugar y para propiciar su participación en el hogar y también en la comunidad.

El primer paso para crear un *ambiente activo* es cambiar la perspectiva que pueda tenerse sobre la persona mayor en situación de dependencia. Cualquier tendencia a sobresimplificar sus capacidades, ya sea por desconocimiento o por omisión, genera efectos muy negativos en su autoconcepto. Esto ocurre, porque existe la tendencia de ver a las personas mayores desde una óptica de sobreprotección, siendo destinatarios de nuestra atención y cuidado, en lugar de entenderles como personas con potencial de acción y participación.

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

La teoría de la Actividad mantiene que permanecer activo es un recurso para el bienestar. Cuanto más activas se mantengan las personas mayores más satisfactoriamente envejecerán, siendo más felices. Actualmente, se considera que es más saludable para la persona mayor mantenerse potencialmente activo y ser capaz de sustituir unas actividades por otras (por ejemplo, puede no tener interés en participar en las tareas de mantenimiento del hogar, pero puede querer continuar manteniendo sus actividades de ocio, como por ejemplo, jugar a las cartas) que bajas cotas de actividad.

Por ello, la mirada debe depositarse en las capacidades, en aquello que todavía se puede hacer y no en las limitaciones (que pueden ser muchas). Un enfoque positivo del envejecimiento enfatiza no los aspectos patológicos del mismo, sino los esfuerzos adaptativos de la persona por acomodarse a nuevas condiciones vitales y acontecimientos.

Tanto cuidadores como profesionales necesitamos pensar e iniciar nuevas formas de interpretar la vejez y entender a la persona mayor como un agente activo, dinámico y capaz, más allá de su situación de dependencia.

Empowerment y personas mayores con dependencia

544

Aunque el proceso de *empowerment* (empoderamiento) es una técnica específica que utilizan profesionales sociosanitarios para abordar el tratamiento de personas con discapacidad, puede ser aprendida y utilizada por todas aquellas personas que prestan atención y cuidado a personas mayores en situación de dependencia.

El *empowerment* es conocido como la habilidad de las personas para lograr comprensión y control sobre las fuerzas personales, sociales, económicas y políticas que incluyen en su vida con el fin de poder actuar en la mejora de las condiciones de esta.

Esta técnica se basa en dos dimensiones: la dimensión de capacitar y la dimensión de dar poder. Parte de la concepción de que las circunstancias externas son modificables si se modifica primero la posición de las personas (comenzando por su propio autoconcepto), así como la del grupo de pertenencia. Para ello hay que centrarse en la consideración de las capacidades en lugar de poner la atención en las limitaciones que presentan las personas mayores, y habilitar las destrezas, estrategias y habilidades para mejorar la autoestima individual y los niveles de participación y control sobre sus vidas.

El desarrollo del *empowerment* tiene un carácter procesual, pues solo se aprende a medida que se practica. Algunos de los resultados que pueden conseguirse si se aplica a diario son:

- Que las personas mayores lleguen a identificar y a poner en valor sus conocimientos y experiencias.
- Que desarrollen confianza sobre sus capacidades para aprender cosas nuevas y para desplegar destrezas y capacidades latentes (artísticas, artesanales, uso de nuevas tecnologías, etc.).
- Fomentar sentimientos de utilidad.
- Estimular la aparición de iniciativas decididas por la persona mayor para retomar el autocontrol de su propia vida y de sus actividades.

¿Cómo aplicar el *empowerment* a la persona mayor con dependencia?

Empowerment es capacitar, es dar poder sobre los acontecimientos vitales de cada persona. En el ámbito de las actividades de la vida diaria, *empowerment* se traduce en autonomía e independencia para elegir y hacer. No es necesario que el nivel de independencia física sea alto, basta con que puedan hacerse determinadas subtareas de una actividad para que la persona se sienta ejecutor de su propia vida, capaz y con poder.

El *empowerment* puede desarrollarse en tres pasos:

Paso 1. Pregunte a la persona mayor en qué actividades le gustaría participar.

Para hacer esta pregunta más concreta puede ofrecerle un listado de actividades básicas o instrumentales para que seleccione aquellas actividades que le resulten más atractivas y significativas. En el apartado “Perfil y competencias de un cuidador” se han descrito cada una de estas actividades así como la forma en la que puede fomentarse la autonomía en cada una de ellas. Respecto a las actividades de ocio, al final de este capítulo encontrará un listado de intereses de ocio que recoge una amplia variedad de alternativas. Ofrézcale este listado a la persona mayor y deje que sea ella quien elija en qué le gustaría ocupar su tiempo.

En el caso que la inactividad y la apatía se hayan apoderado de la persona mayor y no obtenga respuestas claras, pruebe a preguntarle ¿cómo sería un día ideal? Un estudio desarrollado por la Universidad de Barcelona en personas mayores encontró que en la descripción de un día ideal el 100% quería hacer tareas de autocuidado, un 78% identificaba tareas instrumentales y entre un 10 y un 20% quería realizar actividades de ocio, como juegos, viajes o actividades religiosas.

Paso 2. Analice la actividad y ofrezca aquellas tareas que pueda realizar.

Una vez que la persona haya identificado las actividades en las que le gustaría invertir su tiempo y su esfuerzo, es importante analizar que subtareas pueden

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

realizarse de forma independiente, es decir, analice aquellas tareas que la persona puede realizar sin ayuda y que le hagan sentirse capaz por ello.

Por ejemplo, si la actividad seleccionada ha sido ir de compras y la movilidad funcional de la persona es en silla de ruedas, comience la actividad por la revisión de folletos de publicidad, anime a la persona a que busque en las guías el servicio de taxi adaptado e intente que sea él/ella quien llame y reserve el taxi para el día y la hora indicada.

También es conveniente establecer un *planning semanal* de actividad, de tal forma que quede reflejado en qué actividad va a participar cada día. Proponer actividades que estén perfectamente adaptadas a las capacidades potenciales de la persona no significa que haya que “acosar” a la persona mayor con nuevas tareas cada 30 minutos. Estimular demasiado puede ser tan contraproducente como no hacerlo. La construcción conjunta de una programación semanal flexible ayudará a equilibrar el número de actividades y el esfuerzo, tanto de la persona mayor como del cuidador.

Paso 3. Valore y refuerce la participación de la persona mayor.

Al finalizar cada actividad es imprescindible valorar cómo ha sido la participación y poner en común cómo ha sido la vivencia de cada uno de los implicados.

Este paso ayudará a ambas partes a saber cómo se han sentido con el desarrollo de la actividad y a conocer qué actividades son más gratificantes y efectivas.

546

Propuestas de actividades

La vejez, en tanto que asociada a la jubilación, supone una reestructuración del tiempo diario en la que tiempo libre, no vinculado a actividades estrictamente obligatorias, aumenta de forma importante. Si a esta situación se añade algún grado de dependencia, la cantidad de tiempo libre se incrementa considerablemente.

Para evitar que el tiempo libre sea tiempo “vacío”, sin sentido ni gratificante, se proponen una serie de actividades sencillas de realizar y adaptadas a las características de las personas mayores.

Paseo

El paseo –o caminar– es una de las actividades más interesantes y presenta pocos peligros si la persona va acompañada y utiliza un producto de apoyo adecuado (bastón, muleta o andador). Tiene varias ventajas: estimulación física, contacto con el exterior, posibilidad de relaciones sociales, etc.

El mejor momento del día para el paseo es por la tarde. La mañana suele estar ocupada con actividades básicas, como levantarse, el aseo, el desayuno y la preparación de la comida. Además, el ejercicio es más adecuado antes de la noche y generalmente permite a la persona dormir mejor.

Es importante prever si la persona mayor quiere ir al baño, pregúntele o llévele allí antes de salir para evitar tener que volver precipitadamente. Muchas personas mayores temen sufrir una pérdida de orina en público y esto les limita sus salidas al exterior.

Es conveniente crear una rutina respecto a esta actividad, ya que es muy beneficiosa. Si la persona mayor no quiere salir todos los días o las condiciones climatológicas lo impiden, es conveniente programar esta actividad a días alternos o al menos salir 4 veces a la semana.

También es clave planificar dónde se quiere ir, deje a la persona mayor elegir el destino, pero fijen un punto de llegada. Dar sentido a esta actividad comienza por saber el lugar al que se desea ir (parque, visita a familiares o a amigos, visitar una exposición, una cafetería, ver un escaparate determinado, etc.).

Puede sacarse partido del paseo, no solo en el sentido físico, sino también en el cognitivo. El paseo representa la posibilidad de recibir estímulos visuales, auditivos y olfativos. Enfatizar estos estímulos y pedir a la persona que los identifique le ayudará a mantenerse mentalmente activo.

No olvide que el ritmo del paseo lo marcará la persona mayor, se trata de que esta actividad sea gratificante y relajante, no de que suponga un motivo de estrés. Pueden pactar antes de salir el tiempo que durará esta actividad para evitar sobreesfuerzos y fatiga.

El ritmo del paseo lo marcará la persona mayor, se trata de que esta actividad sea gratificante y relajante, no de que suponga un motivo de estrés. Pueden pactar antes de salir el tiempo que durará esta actividad para evitar sobreesfuerzos y fatiga. Por otra parte, planificar paseos, no significa que la persona mayor no pueda hacer otro tipo de actividad física, como el ejercicio físico. En el capítulo "Ejercicio físico", de este manual, se revisan los beneficios de esta actividad así como las recomendaciones para poder realizarla.

Cocina

Las actividades culinarias son dinámicas, estimulan la vista, el olfato y el gusto, por ello suelen dar buenos resultados siempre que se plantean. Aunque a priori podrían parecer más interesantes para las mujeres, por haberla desempeñado

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

durante toda la vida, también puede ser una tarea atractiva para los hombres, por su novedad y por la diversidad de labores que conlleva.

Es importante acondicionar el entorno para que la persona mayor pueda disponer de un espacio seguro y cómodo. Si utiliza silla de ruedas, será necesario habilitar una zona en la que la persona pueda maniobrar y pueda alcanzar los elementos necesarios. La adaptación de la cocina es un elemento clave.

La receta será elegida por la persona mayor y ella se encargará de seleccionar los ingredientes. El cuidador puede ser el "aprendiz" y seguir los pasos indicados por la persona, o por el contrario, este puede ser el instructor potenciando el aprendizaje de nuevas recetas por parte de la persona mayor.

Actividades artesanales y manualidades

La artesanía o las manualidades son actividades perfectas para crear una progresión en el tiempo. Estas actividades reclaman los cinco sentidos y muchas de ellas pueden realizarse en sedestación.

Al comienzo de la actividad es recomendable elegir un trabajo simple, que pueda hacerse por etapas, sobre todo si la manualidad seleccionada no se ha realizado nunca por la persona mayor.

548

Lo interesante de esta actividad es que la persona mayor se desplace al lugar en el que se imparten estas clases. En el caso de que no sea posible, por problemas de movilidad funcional o de accesibilidad (entorno rural), puede negociarse que una persona experta visite el domicilio de la persona. También existe la posibilidad de que cuidador y persona mayor se inicien al mismo tiempo en dicha actividad, utilizando videos de Internet o siguiendo manuales.

Actividades de jardinería y horticultura

Tanto la jardinería en zonas urbanas como la horticultura en zonas más rurales son actividades agradables que no requieren de grandes recursos para ser realizadas.

La jardinería es un elemento dinámico (las plantas crecen) que exige una responsabilidad y que responde a un objetivo. Tiene la ventaja de que puede separarse en sesiones cortas y que se mantiene durante todo el año. Para obtener éxito hay que seleccionar plantas fáciles de cuidar y que resistan sin excesivas atenciones.

La horticultura requiere un mayor esfuerzo físico, pero la recompensa es mucho mayor. Existe la posibilidad de crear un huerto adaptado.

Puede cultivarse un jardín de hierbas aromáticas en macetas: semillas de tomillo, perejil, albahaca, hierbabuena, romero, o crear un terrario en un recipiente de plástico transparente que pueda crear un paisaje.

Actividades religiosas y espirituales

Con frecuencia la religión juega un papel fundamental en las personas mayores que han recibido una educación religiosa. Es bueno para la persona que pueda continuar practicándola, si este es su deseo.

Presenta ventajas porque se trata de una fuente conocida de ayuda y apoyo frente a la situación de dependencia, también puede significar reencontrar una parte importante de su vida pasada. Además, pueden desarrollarse con el cuidador, con familiares o en solitario (rezar el rosario).

Existen varias posibilidades para realizar esta actividad. Si la persona puede desplazarse sin demasiado esfuerzo, la asistencia al acto religioso el sábado por la tarde o el domingo (o cualquier otro día de la semana) será bienvenido. Si por el contrario el desplazamiento es dificultoso, puede programarse los días que asistirá en directo y los días que participará a través de la emisión televisiva.

Al margen de la asistencia al acto religioso en sí, el cuidador puede animar a que la persona participe en las distintas actividades que proponen los centros religiosos.

Actividades básicas de la vida diaria

Las actividades básicas son las actividades dedicadas al autocuidado. Son actividades personales, íntimas y que se desarrollan en el ámbito privado de la persona. El apoyo del cuidador es fundamental cuando la persona mayor no tiene las capacidades físicas o cognitivas suficientes para desarrollarlas de forma independiente.

Sin embargo, esto no significa que no pueda colaborar en actividades como el aseo, el vestido o las transferencias para levantarse de la cama. La dependencia total es poco frecuente, siempre hay algún paso que pueda llevarse a cabo. El cuidador puede consensuar con la persona mayor las subtareas en las que puede colaborar y distribuirlas por semanas. Por ejemplo, durante la primera semana de mes colaborará en el vestido, abrochándose los botones de la camisa con un abrochabotones adaptado. Durante la segunda semana, colaborará en las transferencias desde la cama, utilizando una escalerilla de transferencias; durante la tercera semana, la persona mayor se desplazará

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

por el salón de la casa manejando la silla de ruedas de forma independiente, y así sucesivamente.

Actividades instrumentales de la vida diaria

De la misma forma que puede establecerse la colaboración en las actividades básicas, también puede programarse la participación de la persona mayor en distintas subtareas instrumentales.

Por ejemplo, en el cuidado de la ropa, puede encargarse de clasificar la ropa en función del color, o doblar la ropa una vez seca.

También puede colaborar ordenando determinados estantes de armarios o muebles. Responsabilizarse de que el aroma del hogar sea siempre agradable mediante el uso de ambientadores.

Puede encargarse de crear una agenda escrita con todos los contactos de amigos, familiares y conocidos, incluyendo fechas clave, como cumpleaños o aniversarios. El objetivo es, de nuevo, hacer partícipe a la persona de las actividades que se realizan en el hogar y hacerle sentir miembro y responsable a la vez.

En definitiva se trata de buscar aquellas subtareas que puedan ser realizadas con éxito y cuya realización reporte sentido y satisfacción a la persona mayor.

Juegos de mesa

Los juegos de mesa son una actividad clásica en entornos de mayores, ya sea en el propio domicilio o en instituciones. El ajedrez, el bingo, el dominó o las cartas son actividades populares en este perfil de población.

Los juegos de mesa son una actividad clásica en entornos de mayores, ya sea en el propio domicilio o en instituciones. El ajedrez, el bingo, el dominó o las cartas son actividades populares en este perfil de población, seguramente conocidas y practicadas con anterioridad. Tan interesante puede ser poner en juego habilidades adquiridas en estos juegos a lo largo de la vida como el proceso de aprendizaje de un nuevo juego. Se recomienda utilizar este tipo de actividades, principalmente por la tarde, ya que la mañana se destina a tareas más activas.

Acceso a las nuevas tecnologías

Las personas mayores no son los principales usuarios de las nuevas tecnologías, de hecho únicamente un 6% de las personas mayores de 74 años dicen

haber utilizado el ordenador en el último año. Sin embargo, sí manifiestan interés y cada vez comprenden mejor su manejo.

La brecha digital que afecta a las personas mayores está relacionada con disponer de ordenador, de conexión a la red desde lugares confortables, de competencias suficientes para usarlo, de capacidad para acceder a la información, pero también para convertirla en conocimiento útil y significativo para la persona.

No comunicarse por no disponer de teléfono móvil, no saber enviar un SMS o un *e-mail* provoca aislamiento social y generacional. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) acercan a entornos y personas; su desconocimiento limita las oportunidades de acceso a recursos y relaciones. Iniciar actividades relacionadas con las TIC con la persona mayor en situación de dependencia puede suponer un nuevo reto y una actividad estimulante.

En el aprendizaje para manejar las TIC, influye decisivamente la actitud de la persona mayor y en ella tiene mucha influencia el cuidador. Si este le ayuda y le anima a ser usuario de tecnología, la persona mayor se mostrará más receptivo.

El manejo de las TIC también puede representar una oportunidad de actividad intergeneracional, fomentando que los familiares más jóvenes enseñen a la persona mayor a utilizar el teléfono móvil o el ordenador.

En la red existen cursos gratuitos de formación para personas mayores, como por ejemplo, los impartidos por Campus Senior (<http://tecnologia.campusenior.es>). Estos cursos ofrecen la posibilidad de aprender a manejar una *tablet*, aplicaciones para el móvil, redes sociales o realizar compras en Internet. Es posible, además, acceder a cursos gratuitos financiados por diversas entidades sin ánimo de lucro (Unicaja, Vodafone, Fundación la Caixa, etc.) en los que se inicia el acceso al teléfono móvil y a Internet. La valoración de estos cursos por parte de las personas mayores es muy positiva.

Si se cuenta con un ordenador en la casa, pero la conexión a Internet no está disponible, también pueden iniciarse actividades divertidas, como ver fotos o vídeos, realizar una presentación en *power point* con anécdotas familiares para exponerla posteriormente en algún evento familiar o que la persona narre su historia vital.

De una forma más técnica, el ordenador y el acceso a Internet posibilitan realizar ejercicios de estimulación cognitiva. La Plataforma de Estimulación Cognitiva (PESCO) ofrece la posibilidad de descargar gratuitamente un programa y un curso de estimulación cognitiva para estimular la atención, la memoria, la planificación y el razonamiento. Otra página muy útil es la desarrollada por el Ayuntamiento de Madrid (<http://www.madridsalud.es/interactivos/memoria/memoria.php>), en

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

ella pueden encontrarse juegos interactivos sobre memoria, cálculo, refranes, números, reconocer figuras, hacer parejas o encontrar las diferencias.

Bibliografía

- Boletín sobre Envejecimiento, Perfiles y Tendencias. Envejecimiento en el mundo rural: necesidades singulares, políticas específicas. Ministerio de Trabajo Asuntos Sociales. Madrid, Junio 2004.
- Cota Cabanillas M. El empowerment como estrategia de intervención con personas mayores. En Discapacidad y Envejecimiento. Madrid: Escuela Libre Editorial, 2003.
- Enciso B. Por un acceso fácil y económico a las nuevas tecnologías. Informe. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012.
- Monreal P, Del Valle Gómez A. Las personas mayores como actores en la comunidad rural: innovación y empowerment. Athenea Digital 2010 noviembre; 17:171-87.
- Monreal P, Vilá A. Programa integral de atención a las personas mayores en una zona rural. Anuario de Psicología 2008; 39(3):351-70.
- Selmes J. Guía de actividades diarias o como ocupar el tiempo libre de un enfermo de Alzheimer. Guía Práctica Meditor. Madrid, 2000.
- Triadó Tur M.^ªC. Envejecer en entornos rurales. Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, 2003; 19. [Fecha de publicación: 13/06/2005]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-19.pdf>.

Anexo. Inventario de intereses ocupacionales de ocio

Categoría y ejemplos específicos de actividad	Grado de interés		
	Alto	Medio	Bajo
Jardinería/horticultura			
Trabajar en el jardín			
Plantas			
Identificar distintas plantas			
Recoger flores			
Espectáculos			
Teatro			
Cine			
Ver deportes			
Deportes			
Practicar deportes competitivos			
Practicar deportes no competitivos			
Gimnasia de mantenimiento			
Aeróbic			
Artes marciales			
Yoga/Relajación			
Bailes de salón			
Jazz			
Caminar			
Música			
Escuchar música			
Ir a conciertos			
Tocar un instrumento			
Informática			
Juegos interactivos			
Navegar por Internet			
Tratador de textos			
Análisis de datos			
Lectura			
Libros			
Revistas			
Periódicos			

III. Aspectos prácticos del cuidado a las personas mayores dependientes

Categoría y ejemplos específicos de actividad	Grado de interés		
	Alto	Medio	Bajo
Actividades creativas, artes y manualidades			
Poesía			
Narración de cuentos			
Prosa			
Carpintería			
Cerámica			
Pintura al óleo			
Dibujo			
Costura			
Macramé			
Estaño			
Medias de seda			
Reparación de objetos, etc.			
Actividades sociales			
Ser miembro de club, asociación...			
Cuidado de animales			
Juegos de mesa			
Cartas			
Damas			
Ajedrez			
Parchís			
Bingo/lotería			
Rompecabezas			
Actividades culturales			
Visitar museos			
Visitas instituciones			
Ver exposiciones, etc.			
Colección de objetos			
Voluntariado			
Compras			
Actividad culinaria			



Manual de buena práctica
en cuidados a personas mayores

IV

Recursos
de apoyo.

Deontología

*Mónica Merino Alainez
María Ángeles García Antón
Ana Isabel Corregidor Sánchez*

Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (39/2006, 14 de diciembre)

Introducción

La Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia (LPAPAD) se publica el 15 de diciembre de 2006 y entra en vigor el 1 de enero de 2007.

El Libro Blanco de la Dependencia estima que hay más de 1.125.000 personas dependientes y, según previsiones, irá aumentando en los próximos años. Surge entonces esta ley con el objeto de establecer un nuevo derecho ciudadano al garantizar la atención y el cuidado de las personas en situación de dependencia de toda España.

Se entiende por personas dependientes (principalmente personas mayores y con discapacidad) aquellas que necesitan ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Disposiciones generales

OBJETO (artículo 1): regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el derecho subjetivo a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Se garantiza así un contenido mínimo de derechos para todos los ciudadanos del territorio español. En el SAAD colaboran y participan:

1. Administración General del Estado.
2. Administraciones Autonómicas.
3. Administraciones locales.

PRINCIPIOS (artículo 3):

- Carácter público de las prestaciones.
- Acceso universal.
- Atención integral e integrada.
- Transversalidad de las políticas.
- Valoración de necesidades de las personas con criterios de equidad.
- Personalización en la atención.
- Establecimiento de medidas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental.
- Promoción de condiciones para llegar al mayor grado de autonomía posible.
- Permanencia de la persona en su entorno real.
- Calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios.
- Participación de las personas con dependencia, familiares y entidades que las representen.
- Colaboración de los servicios sociales y sanitarios.
- Participación de la iniciativa privada.
- La participación del tercer sector.
- La cooperación interadministrativa.
- Integración de las prestaciones de la Ley en las redes de servicios sociales de las comunidades autónomas.
- La inclusión de la perspectiva de género.
- La atención preferente a las personas en situación de gran dependencia.

Definiciones (artículo 2)

Autonomía: capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las ABVD.

Dependencia: estado de carácter permanente que por razones derivadas de la edad, enfermedad o discapacidad, y ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra/s personas o ayudas importantes para realizar ABVD u otros apoyos para su autonomía personal.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): se consideran las tareas más elementales de la persona, que le permitan desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia. Tales como: cuidado personal, actividades domésticas, movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

Cuidados no profesionales: atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.

Cuidados profesionales: los cuidados prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo, entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sea en su hogar o en un centro.

Asistencia personal: servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.

Requisitos de acceso y procedimiento

Los requisitos básicos para ser titular de los derechos establecidos en la Ley son:

- Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos.
- Tener nacionalidad española.
- Residir en territorio español y haberlo hecho durante 5 años, dos de los cuales deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.
- Estar empadronado en municipio español en el momento de la solicitud.
- En los supuestos de personas que reuniendo los requisitos anteriores, carezcan de nacionalidad española, se regirán por lo establecido en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España.

El procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia se iniciará a instancia del interesado o a través del Representante Legal o Guardador de Hecho.

Dirijase a su centro de Servicios Sociales correspondiente donde le orientarán y ayudarán en el proceso.

Cuadro 1. Procedimiento administrativo

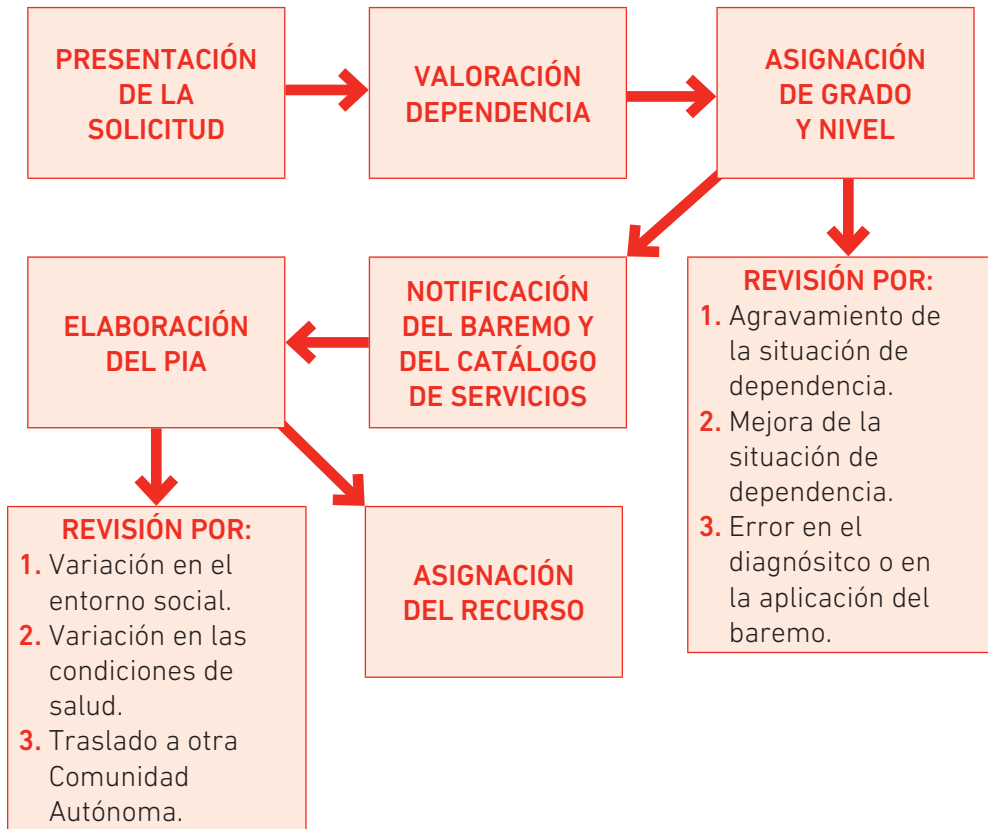


Tabla 1. Grados y puntos de dependencia

Grado de dependencia	Puntos
Sin grado reconocido	0-24
Grado I de dependencia moderada	25-49
Grado II de dependencia severa	50-74
Grado III de gran dependencia	75-89

Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, **al menos una vez al día** o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria **dos o tres veces al día**, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria **varias veces al día** y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Programa Individual de Atención

El PIA es el documento final donde consta la resolución final del procedimiento. Se resuelve el grado y nivel de dependencia asignado, así como la modalidad (en forma de servicio o prestación económica) de intervención más adecuada a las necesidades de la persona declarada en situación de dependencia.

Valoración de dependencia

Baremo de valoración de la situación de dependencia

La valoración de la situación de dependencia que pueda presentar una persona mayor se realiza a través de la aplicación del Baremo de Valoración de Dependencia (BVD) aprobado por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero de 2011.

Este baremo tiene como objetivo determinar la capacidad que tiene la persona para desempeñar tareas básicas de la vida diaria y también tareas instrumentales. Las tareas básicas son las actividades que se realizan para cuidar nuestro cuerpo, como por ejemplo, la higiene, el vestido o la alimentación. Las tareas instrumentales son actividades más complejas que sirven para relacionarse con el entorno, como las tareas domésticas o la movilidad en la calle.

VALORADORES DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Los valoradores de la situación de dependencia son profesionales sociosanitarios, como terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas o enfermeras. Estos profesionales han sido formados para entrevistar, aplicar el baremo de valoración

y detectar cualquier problema funcional que impida a la persona mayor ser independiente.

LUGAR Y PROCEDIMIENTO DE LA VALORACIÓN

Para obtener la información necesaria, el valorador de la situación de dependencia se desplaza al entorno habitual de la persona mayor, ya sea su domicilio, centro residencial, con el fin de realizar una entrevista personal y observar directamente cómo se desenvuelve esta persona en su entorno.

En esta visita, el valorador evaluará tres condicionantes clave para establecer la situación de dependencia: el nivel de desempeño, los problemas de desempeño y el tipo de apoyo que necesita la persona.

- **Nivel de desempeño:** puede ser positivo o negativo, cuando la persona es capaz de desarrollar la tarea por sí misma. Por ejemplo cuando es capaz de lavarse todas las partes del cuerpo y abrir/cerrar grifos. El nivel de desempeño será negativo cuando la persona mayor requiera el apoyo indispensable de otra/s personas para realizar la actividad.



Cuando el desempeño es negativo, el valorador tendrá que identificar cuáles son los problemas que impiden a la persona, ser independiente

- **Problemas de desempeño:** son aquellos problemas que impiden que la persona pueda llevar a cabo la actividad de forma independiente: pueden ser problemas de funcionamiento físico y/o problemas de funcionamiento mental.



Cuando existen problemas de tipo físico y/o mental, es necesario conocer la cantidad de ayuda que necesita la persona

- **Tipo de apoyo** de otras personas: el tipo de apoyo puede ser de:
 - *Supervisión:* únicamente son necesarias indicaciones verbales o gestuales para que la persona realice la actividad.
 - *Ayuda física parcial:* implica la ayuda física del cuidador. Por ejemplo, la ayuda del cuidador para que la persona mayor entre en la bañera o para levantarse de la cama.

- **Sustitución máxima:** implica la ayuda total del cuidador porque la persona mayor no puede hacer la actividad de ninguna manera. Por ejemplo, cuando la persona mayor no puede vestirse ninguna parte del cuerpo y necesita la ayuda total de otra persona.

Frecuencia de apoyo: se identifica considerando el número de ocasiones en que la persona necesita apoyo: casi nunca, algunas veces, bastantes veces, la mayoría de veces y siempre.

Actividades que la persona mayor tiene que realizar para que pueda valorarse su situación de dependencia. Cuando el valorador evalúa la situación de dependencia pide a la persona mayor que realice un total de 10 actividades de la vida diaria: comer y beber, higiene personal relacionada con la micción/defecación, lavarse, arreglarse, vestirse, mantenimiento de la salud, cambiar y mantener la posición del cuerpo, caminar por el hogar, caminar fuera del hogar y realizar tareas domésticas. En la tabla 2 se recogen estas actividades de forma detallada.

Es importante que la persona mayor realice estas actividades en la forma en la que lo hace habitualmente, es decir, que no fuerce su capacidad de desempeño y realice estas actividades por encima de sus posibilidades, intentando demostrar que su capacidad es mayor.

Tabla 2. Actividades que contempla el BVD (Real Decreto 174/2011)

Comer y beber

- Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos.
- Cortar o partir la comida en trozos.
- Usar cubiertos para llevar la comida a la boca.
- Acercarse el recipiente de bebida a la boca.

Higiene personal relacionada con la micción y la defecación

- Acudir a un lugar adecuado.
- Manipular la ropa.
- Adoptar o abandonar la postura adecuada.
- Limpiarse.

Lavarse

- Abrir y cerrar grifos.
- Lavarse las manos.
- Acceder a la bañera, ducha o similar.
- Lavarse la parte inferior del cuerpo.
- Lavarse la parte superior del cuerpo.

Realizar otros cuidados corporales

- Peinarse.
- Cortarse las uñas.
- Lavarse el pelo.
- Lavarse los dientes.

Vestirse

- Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado.
- Calzarse.
- Abrocharse botones y similares.
- Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo.
- Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo.

Mantenimiento de la salud

- Solicitar asistencia terapéutica.
- Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas.
- Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio.
- Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio.
- Pedir ayuda ante una urgencia.

Cambiar y mantener la posición del cuerpo

- Cambiar de tumbado a sentado en la cama.
- Permanecer sentado.
- Cambiar de sentado en una silla a estar de pie.
- Permanecer de pie.
- Cambiar de estar de pie a sentado en una silla.
- Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado.
- Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado.
- Cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado.

Desplazarse dentro del hogar

- Realizar desplazamientos para vestirse.
- Realizar desplazamientos para comer.
- Realizar desplazamientos para lavarse.
- Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado.
- Realizar desplazamientos entre estancias no comunes.
- Acceder a todas las estancias comunes del hogar.

Desplazarse fuera del hogar

- Acceder al exterior.
- Realizar desplazamientos alrededor del edificio.
- Realizar desplazamientos cercanos en entorno conocidos.
- Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos.
- Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos.
- Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos.

Realizar tareas domésticas

- Preparar comidas.
- Hacer la compra.
- Limpiar y cuidar de la vivienda.
- Lavar y cuidar la ropa.

ACTIVIDADES MÁS IMPORTANTES

De las actividades que contempla el baremo, las tareas que más influyen a la hora de establecer la situación de dependencia son: comer y beber, higiene personal relacionada con la micción/defecación, vestirse y desplazarse dentro/ fuera del hogar.

Catálogo del SAAD: servicios y prestaciones económicas

- Se contemplan tanto las prestaciones económicas como los servicios. Están destinadas tanto a la promoción de la autonomía personal como a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las ABVD.
- Los servicios tendrán carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas comunidades autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados.
- De no ser posible la atención mediante servicios, se incorporará la prestación económica vinculada.
- El beneficiario podrá, excepcionalmente, recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales.
- Las personas en situación de dependencia podrán recibir una prestación económica de asistencia personal.
- La prioridad en el acceso a los servicios vendrá determinada por el grado y nivel de dependencia y, a igual grado y nivel, por la capacidad económica del solicitante.
- La capacidad económica se determinará, en la forma que reglamentariamente se establezca, a propuesta del Consejo Territorial, en atención a la renta y patrimonio del solicitante. En la consideración del patrimonio se tendrán en cuenta la edad del beneficiario y el tipo de servicio que se presta.

Cuadro 2. Red de centros SAAD

La red de centros estará formada por:

- Centros públicos de las comunidades autónomas.
- Centros públicos de las entidades locales.
- Centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidados de situaciones de dependencia.
- Centros privados concertados debidamente acreditados.

Catálogo de servicios

A. Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal (art. 21)

- La finalidad es prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre servicios sociales y de salud.
- Se concreta en actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación.
- El Consejo Territorial del Sistema acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberán cumplir los planes que elaboran las comunidades autónomas.
- Los servicios se podrán prestar en los diferentes dispositivos que configuran la actual red de servicios sociales de cada comunidad autónoma.
- Algunos de estos servicios son:
 1. Servicio de habilitación y terapia ocupacional.
 2. Servicio de atención temprana.
 3. Servicio de estimulación cognitiva.
 4. Servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional.
 5. Servicio de habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual.
 6. Servicio de apoyos personales y cuidados en alojamientos especiales (viviendas tuteladas).

B. Servicio de teleasistencia (art. 22)

- Facilita asistencia a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, con apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, de inseguridad, soledad o aislamiento.
- Puede ser un servicio independiente o complementario al de ayuda a domicilio.

- Este servicio se prestará a las personas que no reciban servicios de atención residencial y así lo establezca su Programa Individual de Atención.

C. Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) (art. 23)

- Este servicio lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio con el fin de atender necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas.
- Las tareas y/o actividades pueden ser:
 - Atención de las necesidades del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros.
 - Cuidados personales: aseo, higiene.

Tabla 3. Intensidad SAD		
Servicio de ayuda a domicilio intensivo		
Grado III	Gran dependencia	46-70 horas/mes
Grado II	Dependencia severa	21-45 horas/mes
Grado I	Dependencia moderada	Máximo 20 horas/mes

D. Servicio de Centro de Día y de Noche (art. 24)

- Ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno.
- El objetivo es mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores.
- Cubre desde un enfoque biopsicosocial las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

E. Servicio de Atención Residencial (art. 25)

- Ofrece desde un enfoque biopsicosocial servicios continuados de carácter personal y sanitario.
- Se presta en los centros residenciales habilitados al efecto según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona.
- La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones,

fin de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

- Este servicio será prestado por las Administraciones Públicas en centros propios y concertados.

Catálogo de prestaciones económicas

La ley contempla tres tipos de prestaciones económicas:

A. Prestación económica vinculada a un servicio (art. 17)

- Tiene carácter periódico y se reconoce cuando no es posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado y nivel de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario.
- Tiene carácter personal y tiene que estar vinculada a la adquisición de un servicio.
- Las Administraciones Públicas competentes supervisarán, en todo caso, el destino y utilización, asegurándose el cumplimiento y finalidad para la que fueron concedidas.

B. Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (art. 18)

- Se concederá excepcionalmente cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su Programa Individual de Atención.
- Las condiciones de acceso se establecerán, previo acuerdo del Consejo Territorial, en función del grado y nivel de dependencia reconocido y de su capacidad económica.
- El cuidador debe ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que se determinen reglamentariamente.
- El Consejo Territorial promoverá acciones de apoyo a los cuidadores que incorporarán programas de formación, información y medidas para atender los periodos de descanso.

C. Prestación de asistencia personal (art. 19)

- Tiene como finalidad la promoción de la autonomía de personas con gran dependencia.

- Su objetivo es contribuir a la contratación de un asistente personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo.
- Previo acuerdo del Consejo Territorial del SAAD, se establecerán las condiciones específicas de acceso a esta prestación.

Para los nuevos solicitantes o los que aún no tuvieran resolución administrativa de reconocimiento de grado les serán aplicadas las siguientes cuantías máximas:

Tabla 4. Cuantías máximas de las prestaciones económicas

Grado	Prestación económica vinculada al servicio	Prestación económica de asistente personal	Prestación económica por cuidados en el entorno familiar
Grado III	715,07 €	715,07 €	387,64 €
Grado II	426,12 €	426,12 €	268,79 €
Grado I	300,00 €	300,00 €	153,00 €

* Las prestaciones económicas pueden variar en función de otras prestaciones de análoga naturaleza y finalidad.

Bibliografía

- Guía práctica de la ley de dependencia. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid: IMC, 2011.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Libro Blanco Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2004.
- Manual práctico las 101 dudas más frecuentes sobre la ley de dependencia. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid, 2012.
- Orden 2386/2008 por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia.

Ana Isabel Corregidor Sánchez
Rosa Matilla Mora

Otros recursos, servicios y productos de apoyo

Introducción

Envejecer en casa es el principal deseo de las personas mayores. La promoción y desarrollo de servicios sociosanitarios que protejan las situaciones de dependencia, el uso de productos de apoyo y la adaptación de la vivienda son tres líneas de acción fundamentales para conseguir este objetivo.

Tradicionalmente los servicios sociales respondían a una estructura dicotómica entre lo comunitario y lo institucional (vivir en la comunidad o vivir en centro residencial). Un modelo de atención a la dependencia ajustado al momento actual exige superar esta división y proponer *servicios integrados* en el entorno comunitario más cercano de las personas mayores. Así mismo, la atención institucional no debe excluirse de la comunidad, sino que debe estar integrada en esta y generar modelos de asistencia que se adapten a las necesidades de participación social de las personas y de sus familias.

En este capítulo se revisarán los actuales servicios de apoyo, así como modelos alternativos de residencias. También se mostrarán productos de apoyo que pueden ayudar a mejorar la situación de dependencia de las personas mayores y facilitar las actividades de cuidado que llevan a cabo familiares y cuidadores.

Recursos y servicios para envejecer en casa

Recursos sociales

SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD)

Los servicios domiciliarios tienen su origen en Gran Bretaña y en los países escandinavos con posterioridad a la II Guerra Mundial. En España, este servicio comienza a desarrollarse en la década de los 80 y es a partir del siglo XXI cuando se inicia su mayor expansión.

El conjunto de apoyos prestados en el domicilio de la persona se consideran los más idóneos para permitir vivir el máximo tiempo posible en su casa, retrasando o evitando la institucionalización. El Servicio de Ayuda a Domicilio es uno de los servicios sociales más representativos de este conjunto de apoyos sociales.

El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) es un “programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales, prestados en el domicilio de una persona mayor dependiente en algún grado. Los profesionales que normalmente componen los SAD son: trabajador social, terapeuta ocupacional, psicólogo y auxiliar de ayuda a domicilio.

En lo esencial, el SAD consiste en ofrecer una ayuda personal y/o determinados servicios en el domicilio de las personas mayores cuya autonomía se encuentra comprometida.

Cabe destacar que este servicio de atención domiciliaria constituye un programa individualizado, que requiere planificar de forma individual cada caso, para adaptarse con flexibilidad a las características y necesidades de cada persona y de su entorno físico y social. En la tabla 1 se recogen los principales objetivos de este servicio.

El SAD se sustenta en dos pilares fundamentales, la prevención y la rehabilitación. Por una parte, intentan *prevenir situaciones de dependencia* (prevenir caídas o accidentes, propiciar hábitos de vida saludables, reforzar vínculos familiares y sociales, promover el uso de productos de apoyo, etc.), y por otra parte, tienen como objetivo *recuperar capacidades funcionales* perdidas, mediante el fomento de actividades de la vida diaria, actividades instrumentales y de comunicación.

En general, la intervención del SAD puede resumirse en cuatro líneas de actuación:

572

- 1. Atención personal.** Se desarrolla en actividades de compañía, conversación y apoyo en las actividades de la vida diaria, como levantarse/acostarse, cambios posturales, lavarse, vestirse, comer, caminar u orientación temporo-espacial.
- 2. Atención doméstica.** Se realizan tareas como limpieza de la casa, compra de alimentos, cocinar y cuidado de la ropa. Hasta el momento, el peso de estas tareas ha sido muy alto. Sin embargo, el desarrollo de otros programas como las comidas/lavandería a domicilio está propiciando que la intervención del SAD se dirija a incidir más en otras líneas de actuación.

Tabla 1. Objetivos del Servicio de Ayuda a Domicilio

- Incrementar la autonomía de la persona mayor y la de su familia, para que pueda permanecer viviendo en su casa el mayor tiempo posible manteniendo el control sobre su propia vida.
- Conseguir cambios conductuales en la persona tendentes a mejorar su calidad de vida.
- Facilitarle la realización de tareas y actividades que no puede realizar de forma autónoma, sin interferir en su capacidad de decisión.
- Fomentar el desarrollo de hábitos saludables (alimentación, higiene, ejercicio físico...).
- Adecuar la vivienda a las necesidades de la persona atendida, mediante reparaciones, adaptaciones y/o instalación de productos de apoyo.
- Potenciar el desarrollo de actividades en el hogar y en el entorno comunitario.
- Incrementar la seguridad y la autoestima personal.
- Fomentar las relaciones sociales, estimulando la comunicación con el exterior, para prevenir posibles problemas de aislamiento y soledad.
- Mejorar el equilibrio personal del individuo, de su familia, y de su entorno mediante el reforzamiento de los vínculos familiares, vecinales y de amistad.
- Favorecer la prevalencia de sentimientos positivos ante la vida, desterrando actitudes nihilistas y autocompasiva.

3. Apoyo psicosocial. Se propicia que la persona mayor se mantenga activa socialmente, que se relacione, salga al exterior y participe en actividades sociales que tengan lugar en su entorno.

4. Apoyo familiar. La actitud de los trabajadores del SAD debe reforzar la cohesión familiar, en un espíritu de colaboración y nunca de sustitución del papel familiar.

Un aspecto decisivo para que el SAD pueda desarrollar estas líneas de actuación y cumplir con los objetivos previstos es la frecuencia horaria del mismo. Una resolución reciente (2012) de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad establece una modificación de la intensidad de protección, referidas a horas/mes. Según esta resolución, el número de horas que pueden corresponderle a una persona mayor está en relación al grado de dependencia que presente:

- Grado III: entre 46 y 70 horas/mes.
- Grado II: entre 21 y 45 horas/mes.
- Grado I: máximo de 20 horas/mes.

La provisión del servicio suele depender normalmente del municipio, con gestión directa o concertada de la corporación municipal o en su defecto de otra corporación local de mayor ámbito territorial (diputaciones provinciales, cabildos insulares, etc.). Para poder acceder a estos servicios, los ayuntamientos suelen tener información disponible a través de las concejalías de servicios sociales.

SERVICIO DE COMIDA Y LAVANDERÍA A DOMICILIO PARA MAYORES

Los servicios de comida y lavandería a domicilio son apoyos prestados normalmente por las corporaciones municipales. La mayoría se han implantando en las grandes ciudades, aunque comienza a haber iniciativas en pequeñas zonas rurales. La demanda y las valoraciones positivas hasta ahora obtenidas hacen pensar que estos servicios podrán ampliarse en breve.

Tanto el servicio de comida como el servicio de lavandería a domicilio se centralizan en un punto concreto y se distribuyen con un transporte especializado.

En el caso de la comida, esta se realiza en una cocina centralizada y se hace llegar a la persona mayor en un transporte adaptado y con condiciones de higiene y seguridad. La comida suele distribuirse por los domicilios en días alternos, previamente acordados con el usuario en atención al número de comidas solicitadas. Existen diversos tipos de dietas, en formato normal, triturado y de fácil masticación. La idoneidad de una u otra dieta deberá venir siempre avalada por un informe médico.

La lavandería a domicilio consiste en la recogida, lavado, planchado y entrega en el domicilio tanto de la ropa de hogar como de la ropa personal. La periodicidad del servicio puede ser semanal, quincenal o mensual.

Los destinatarios de estos programas son personas mayores que presenten algún tipo de discapacidad o dependencia que les impida realizar estas tareas. El coste de los servicios está en función de los ingresos del solicitante.

TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

El sistema de teleasistencia permite a las personas mayores entrar en contacto verbal con un centro de atención especializada, pulsando el botón de un medallón o pulsera que llevan constantemente puesto las 24 horas del día y todos los días del año.

Consiste en un dispositivo tecnológico (terminal de teleasistencia o dispositivo móvil) que conectado a la red telefónica y/o eléctrica permite la comunicación

con manos libres desde el domicilio con una central de atención que funciona las 24 horas del día y los 365 días del año.

La persona lleva un dispositivo sobre sí, normalmente en forma de medallón o pulsera que, al pulsarlo, desencadena una señal de alarma identificable en la central de escucha, donde de forma automática, se muestra en el ordenador del operador los datos identificativos de la persona mayor. Acto seguido se produce el contacto telefónico (sin manos) para detectar la causa de la llamada y buscar la solución más apropiada.

La evolución tecnológica también permite que la teleasistencia ofrezca además, dispositivos periféricos, como detectores de gas, detectores de humo, sensores de apertura de microondas y frigoríficos, sensores de ocupación de cama o sillón, dispensadores de medicación, equipos de deficiencias auditivas, detectores de caídas y GPS que previenen y detectan situaciones de riesgo.

La teleasistencia constituye un importante elemento de seguridad y tranquilidad, principalmente para las personas mayores que viven solas o pasan gran parte del día sin ninguna compañía y que son susceptibles de encontrarse en situación de riesgo por fragilidad o dependencia.

OTRAS PRESTACIONES Y RECURSOS DE SERVICIOS SOCIALES

En la siguiente tabla (tabla 2) se sintetiza la variedad de servicios comunitarios, domiciliarios, alojamientos y centros y otras prestaciones sociales que pueden servir de apoyo tanto al cuidador como a la persona mayor con dependencia.

Tabla 2. Prestaciones/recursos de servicios sociales			
Tipo de servicio social	Denominación	Objetivos	Actividades
Comunitarios	Centro cívico/cultural. Dirigidos a personas de todas las edades, fomentan las actividades dirigidas a la integración y participación, al ocio y entretenimiento. En estos centros las personas mayores pueden realizar actividades lúdicas, culturales, educativas, y deportivas, a la vez que se relacionan con personas de todas las edades. Algunos centros ofrecen actividades específicas para personas mayores.		
	Centros para mayores. Dirigidos a personas de más de 65 años, promueven la relación entre los mayores del entorno, a través de actividades que fomentan la relación social, el envejecimiento activo, la prevención de la dependencia y la ocupación del tiempo libre.		

Tabla 2. Prestaciones/recursos de servicios sociales (cont.)

Tipo de servicio social	Denominación	Objetivos	Actividades
Domiciliarios	Teleasistencia. Mediante un sencillo uso, a través de un pulsador, la persona se encuentra conectada a un centro de atención, que permite resolver todo tipo de emergencias en el domicilio, también realizan un seguimiento de la persona y sirven como recordatorio de situaciones de la vida cotidiana. Tiene como servicios complementarios detectores de gas, humo, movimiento, etc.		
	Ayuda a domicilio. Presta atención personal, doméstica y psicosocial, a personas con dificultades para realizar actividades de la vida diaria.		
	Comidas a domicilio. Proporciona la entrega en el domicilio de la alimentación adecuada a la persona.		
	Lavandería. Permite el acceso al servicio de lavandería con recogida y entrega de prendas para garantizar la higiene de la ropa.		
	Ayudas técnicas. Proporciona ayudas técnicas que permiten una mayor autonomía tanto en la movilización, como en el vestido, alimentación, etc.		
	Centro de día. Servicios de atención diurna, que favorecen el mantenimiento del mayor en el entorno, con la atención adecuada a su estado, en función del tipo de centro, se realizan actividades lúdicas y/o terapéuticas, proporcionan servicio de atención, manutención y transporte adaptado.		
	Centros de noche. Servicios de atención nocturna para personas mayores que precisan atención, cuidados y supervisión durante la noche.		
Alojamientos y centros	Pisos tutelados. Son unidades residenciales dirigidas a personas mayores que no presentan dependencia, disponen de una supervisión mínima y algunos servicios comunes.		
	Residencias. Centros de atención integral, dirigidos al ingreso temporal o permanente de las personas mayores, que proporcionan alojamiento, manutención y atención personal, sanitaria, psicosocial y rehabilitación.		

Tabla 2. Prestaciones/recursos de servicios sociales (cont.)

Tipo de servicio social	Denominación	Objetivos	Actividades
Otras prestaciones	Programa de vacaciones. Con el objetivo de promover el envejecimiento activo, permite a las personas mayores beneficiarse de viajes, con un objetivo turístico y cultural. Realizado a través de IMSERSO.		
	Programa de termalismo. Proporciona a los/las pensionistas, que por prescripción facultativa precisen los tratamientos que se prestan en los balnearios y que reúnan determinados requisitos, el acceso a precios reducidos a estos establecimientos. Realizado a través de IMSERSO.		
	Asociacionismo. Las asociaciones de personas mayores, favorecen la representación de los mayores en la sociedad, su visibilidad, y la realización de actividades.		

Tomada de Gómez Martín M.^ºP. Anuario Vivir Sano

Productos de apoyo para continuar viviendo en la comunidad

El término “Producto de Apoyo” ha sustituido al tradicional término “Ayuda Técnica” según la nueva norma UNE EN ISO 9999¹. Los productos de apoyo se definen como cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnologías y *software*) fabricado especialmente o disponible en el mercado para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Se clasifican en 11 niveles que a su vez se dividen en distintas subcategorías. En la tabla 3 se muestra esta clasificación, así como el número de productos de apoyo registrados en el Catálogo de Productos de Apoyo del Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEPAT).

Autores como Peterson y Stark, comprobaron que la modificación terapéutica de las condiciones del hogar incluyendo productos de apoyo tenía un impacto positivo en el funcionamiento diario de la persona mayor. Los productos de apoyo que con más frecuencia se instalan en los domicilios de las personas mayores están relacionados con la higiene y el aseo (asideros, alzadas de inodoro, tablas y asientos de bañera), adaptaciones de las entradas/salidas a terrazas y patios y productos de apoyo para salvar desniveles y escaleras.

En este capítulo se mostrarán productos de apoyo necesarios cuando se dan situaciones de dependencia severa y que pueden resultar muy útiles tanto para las personas mayores como para sus cuidadores.

¹ Esta norma es la versión oficial en español de la Norma Europea EN ISO 9999: 2007, que a su vez adopta la cuarta edición de la Norma Internacional ISO 9999: 2007.

Tabla 3.

Nivel	Categoría	Productos
04	Productos de apoyo para tratamiento médico personalizado.	201
05	Productos de apoyo para el entrenamiento/ aprendizaje de capacidades.	58
06	Ortesis y prótesis.	
09	Productos de apoyo para el cuidado y la protección personales.	218
12	Productos de apoyo para la movilidad personal.	374
15	Productos de apoyo para actividades domésticas.	185
18	Mobiliario y adaptaciones para viviendas y otros inmuebles.	504
22	Productos de apoyo para la comunicación y la información.	936
24	Productos de apoyo para la manipulación de objetos y dispositivos.	412
27	Productos de apoyo para mejorar el ambiente, herramientas y máquinas.	1
30	Productos de apoyo para el esparcimiento.	72

SILLAS DE RUEDAS

La silla de ruedas es un producto de apoyo que se considera muchas veces como un símbolo de enfermedad y pérdida, por esta razón muchas personas evitan usarla aun cuando la deambulaci3n ya no es segura ni eficiente. Existen muchos ejemplos de personas que utilizan la silla de ruedas para poder realizar ocupaciones significativas para sus vidas que de otro modo serían imposibles, estas personas han aprendido a sustituir la deambulaci3n por la silla de ruedas.

El uso de la silla de ruedas no exige que se tenga que usar todo el día. Puede ser útil para recorrer grandes distancias. Es importante analizar las necesidades de movilidad y los entornos de la persona que va a usar la silla de ruedas. La presi3n prolongada y continua sobre la pelvis, las tuberosidades isquiáticas y el cóccix puede producir úlceras o hacer que la cabeza del fémur se desplace hacia fuera del acetábulo y provoque la inclinaci3n de la pelvis. Por ello es importante seleccionar la silla de ruedas que más se adapte a las características de la persona y su nivel de actividad.

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA CUANDO SE NECESITA UNA SILLA DE RUEDAS

Los factores que han de considerarse antes de elegir una silla de ruedas para una persona mayor tienen que ver con las medidas antropométricas, el

transporte, la facilidad de adaptación de la misma y el entorno en el que se va a utilizar.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS Y TRANSPORTE

Cada persona necesita su silla de ruedas. Es fundamental que la silla de ruedas esté adaptada a las medidas antropométricas de su usuario. Si una silla de ruedas es alta, ancha o el ángulo de sedestación es inadecuado puede ocasionar graves perjuicios a nivel musculoesquelético.

Si la persona mayor va a acercarse con frecuencia a mesas o, por ejemplo, si va a utilizar el ordenador, los reposabrazos tienen que ser tipo escritorio. También han de ser abatibles para facilitar las transferencias.

En relación al transporte de la silla, es conveniente que la silla se desmonte sin herramientas y que ocupe el mínimo espacio cuando está plegada. Los chasis plegables y las ruedas de liberación rápida facilitan el transporte de la silla.

Los asientos y respaldos de tela facilitan el plegado de la silla y su transporte; además, son lavables; los acolchados y los rígidos mantienen mejor la postura correcta.

ADECUACIÓN A LA PERSONA MAYOR

Si la persona mayor tiene una enfermedad degenerativa, deben valorarse sus necesidades a largo plazo y asegurarse sobre la posibilidad de añadir accesorios o de modificar los componentes de la silla de ruedas.

Si además, la propia persona no puede maniobrar la silla de ruedas de forma independiente, deben existir mangos de empuje adecuados para que el cuidador pueda manejarla, también debe pensarse en el peso y adquirir una silla más ligera.

En el caso de tener escaso control postural, la silla de ruedas debe permitir la colocación de accesorios para que la persona mantenga una posición correcta, libre de presiones sobre las prominencias óseas.

ENTORNO DE USO DE LA SILLA

En el exterior son necesarias ruedas neumáticas o semineumáticas (amortiguan mejor) y ruedas delanteras medianas. Sin embargo, si el entorno de uso es únicamente en el interior del domicilio se recomiendan mejor ruedas macizas (no se pinchan) y pequeñas.

Deben quedar 5 cm a cada lado de la silla al pasar por las puertas (para una silla de 70 cm de ancho, las puertas deben ser de 80 cm). Además, hay que tener en cuenta el peso total de la silla, la longitud máxima (recomendación: 120 cm), la anchura total (recomendación: 70 cm) y la altura total (que no sobrepase los 110 cm).

No deben condicionarse las dimensiones de la silla por la anchura de las puertas de la casa, porque una silla estrecha puede ser muy perjudicial. Es recomendable buscar otras soluciones.

La elección de un producto de apoyo para la movilidad debe ser aconsejada por un terapeuta ocupacional, que entrenará en el uso si fuese necesario. El usuario debe estar presente para probarlo y ajustarlo antes de la adquisición.

GRÚAS PARA MOVILIZACIÓN

Las grúas son sistemas de elevación y traslado que se utilizan para evitar que el cuidador cargue con el peso de la persona asistida al realizar las movilizaciones (por ejemplo pasar de la cama a la silla de ruedas o a la bañera, etc.).

Las grúas que con más frecuencia se utilizan en el domicilio son las grúas de bipedestación y grúas de elevación y traslado. Otros tipos son las grúas de piscina o las grúas para introducir la silla de ruedas en el coche.

Las grúas de bipedestación se utilizan cuando la persona mayor no puede hacer por sí misma la incorporación, pero puede hacer buen apoyo con los pies y tiene suficiente tono muscular. Son útiles para el cambio de pañales o el uso del retrete. Estas grúas disponen generalmente de un solo arnés que se coloca a nivel dorsal y pasa por debajo de las axilas para elevar el tronco; tienen apoyos tibiales para evitar la flexión de las rodillas mientras se realiza la elevación. Algunas grúas disponen de un segundo arnés que ayuda a elevar la pelvis.

580

Cuando no es posible utilizar una grúa de bipedestación, puede utilizarse una grúa pasiva de elevación y traslado para pasar de una silla a otra. Es muy importante, en el uso de una grúa, que esta tenga potencia para levantar el peso de la persona y elegir el arnés que se corresponda con la función, talla y capacidad del usuario, según su tono muscular, situación cognitiva, actividad, etc. La incorrecta colocación del arnés condiciona en muchos casos la seguridad en el manejo de la grúa.

Un aspecto importante en relación a la selección de grúas es el tamaño de la misma. Será necesario elegir aquella grúa que soporte el peso que se necesita,

pero que también se adapte al espacio disponible en el hogar. Actualmente, en el mercado existen grúas de dimensiones reducidas y que soportan gran cantidad de peso. En relación también al espacio, es importante que las patas de la grúa puedan abrirse para acercarse al mobiliario y colocarlas paralelas para el traslado.

SALVAESCALERAS

Los salvaescaleras representan una solución útil para personas mayores usuarias de sillas de ruedas y que tienen escaleras antes de llegar a la entrada de su casa y/o viven en casas con más de una planta.

Se distinguen dos modelos principales, las plataformas y las sillas salvaescaleras. Las plataformas suelen instalarse en edificios públicos como tiendas, bibliotecas y Centros de Salud. No obstante, también pueden instalarse en domicilios particulares, para subir a un piso más alto o para bajar las escaleras hacia el jardín. El tipo, coste y tiempo de la instalación dependen de las características del hogar. Suelen instalarse plataformas cuando el tramo de escaleras es recto y cuando hay espacio suficiente para su instalación. También pueden instalarse plataformas salvaescaleras en tramos curvos, pero el espacio necesario es muy mayor. La mayor ventaja que ofrece este producto de apoyo, en comparación a la silla salvaescaleras, es que no es necesario tener una silla de ruedas en cada planta.

La silla salvaescaleras es otro producto de apoyo que puede utilizarse para salvar las barreras arquitectónicas debidas a la presencia de escaleras en el hogar. En el mercado ya pueden encontrarse silla salvaescaleras de un solo raíl que incorporan el giro automático del asiento y reposapiés. Estas características permiten que la silla pueda adaptarse a la mayoría de escalera, garantizando el giro de la silla para sentarse y levantarse de forma segura.

Servicios intermedios: Centros de Día y estancias temporales

Los servicios intermedios son un nivel de servicios que se sitúan entre el domicilio y los centros residenciales. Constituyen recursos formales de atención cuyo objetivo es prestar apoyo a la persona mayor y a sus cuidadores y favorecer que la persona continúe viviendo en su entorno. Existen gran variedad de recursos de este tipo: Centros de Día, estancias temporales en residencias, estancias de día o de noche en centros gerontológicos, vacaciones para personas dependientes, aunque los más extendidos son los Centros de Día y las estancias temporales.

Centros de Día

El artículo 24 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, define los Centros de Día como un servicio de atención integral a las personas en situación de dependencia, cuyo objetivo es “mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores”. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

El objetivo principal de estos centros es mejorar la calidad de vida tanto de la persona mayor como de sus cuidadores, mediante una intervención dirigida, por una parte, a proporcionar una atención integral a la persona mayor dependiente y, por otra, a ofrecer el necesario apoyo a la familia para posibilitar una permanencia adecuada de la persona mayor en su entorno habitual.

Para cumplir con este objetivo, los Centros de Día cuentan con un Plan General de Intervención (PI) que contempla tres áreas básicas: la persona mayor, la familia y el propio centro.

El equipo de profesionales que trabaja en los Centros de Día está formado por auxiliares de enfermería, médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta y trabajador social. Aunque no todos los profesionales están adscritos continuamente al centro, el médico y el psicólogo suelen establecer el servicio de atención en momentos puntuales de la semana.

Existen diferentes modalidades asistenciales, en función de las características del centro y también del usuario. Las modalidades más habituales son la atención continua y la asistencia parcial. En los Centros de Día que cuentan con atención continua los usuarios asisten diariamente al centro y durante todo el horario de atención. La asistencia parcial se caracteriza porque el usuario asiste al centro existiendo flexibilidad tanto en la frecuencia de asistencia como en el horario. Puede asistir, por ejemplo, días alternos y marcharse después de la comida.

El Centro de Día ofrece tres tipos de servicios y tres programas principales:

Servicios:

- **Servicios básicos:** transporte accesible, manutención y asistencia en las actividades básicas de la vida diaria.
- **Servicios terapéuticos:** atención social, atención psicológica, terapia ocupacional y fisioterapia.

- **Servicios complementarios**, en función de las características organizativas: peluquería, podología, cafetería, servicio de atención en fines de semana, etc.

Programas:

- **Programa de intervención terapéutica:** terapias funcionales, terapias cognitivas, terapias psicoafectivas y terapias socializadoras.
- **Programa sanitario:** alimentación y nutrición, aseo e higiene, control de esfínteres, prevención de caídas y atención básica de enfermería.
- **Programa de intervención con familias:** información, formación, grupos psicoeducación y grupos de autoayuda.

Estancias temporales

La estancia temporal se define como la permanencia en régimen de alojamiento, manutención y atención integral en un centro residencial por un periodo de tiempo limitado y predeterminado, originada por causas de carácter temporal y cuya duración se puede establecer previamente. Los motivos que con mayor frecuencia conducen a la solicitud de una estancia temporal por parte de las personas mayores y/o sus cuidadores se recogen en la tabla 4.

Tabla 4. Motivos de solicitud de una estancia temporal

- Personas que viven habitualmente solas que necesitan, después de una enfermedad, accidente o intervención quirúrgica, un periodo de convalecencia que no precisa atención hospitalaria.
- Personas incapacitadas que viven con su familia y tienen que quedarse solas por enfermedad, accidente o intervención quirúrgica de la persona que les cuida, o bien personas que viven con su familia, en cuyo seno se ha producido una circunstancia imprevista que impide la atención debida al anciano mientras se resuelve el problema.
- Personas que viven habitualmente solas que necesitan un lugar en donde alojarse mientras se realizan obras en su hogar.
- Por vacaciones o respiro familiar.

El ingreso temporal de una persona mayor en una residencia tiene como objetivo colaborar y servir de soporte a cuidadores y familiares en las tareas de atención que habitualmente prestan a personas en situación de dependencia cuando, por determinadas circunstancias de carácter transitorio, no pueden continuar atendiendo. En este sentido, los centros residenciales ofrecen a la persona mayor y a sus familias la posibilidad de alojarse por un periodo de tiempo concreto,

con las mismas atenciones y prestaciones que si fueran residentes ordinarios (servicio médico y de enfermería, menús personalizados, lavado y planchado de ropa, etc.).

Las estancias temporales tienen como objetivo ser un servicio con una doble finalidad:

- Apoyo a familias y cuidadores/as habituales.
- Apoyo a la persona mayor, fomentando la permanencia en su entorno habitual, mediante la puesta a su disposición de un recurso residencial alternativo, cuando por sus circunstancias de índole sanitaria o social no pueda permanecer en su domicilio habitual por un periodo de tiempo limitado.

Los destinatarios de este servicio pueden ser personas mayores de 60 años, que no padezcan enfermedad infecto-contagiosa ni trastornos de conducta que puedan perturbar la convivencia de los centros residenciales de mayores. Tendrán preferencia en el acceso a plazas de estancia temporal las personas que por su grado de dependencia, reconocido en aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, tengan derecho a ser atendidas en un centro residencial con carácter temporal cuando así lo contemple su Programa Individual de Atención. En igualdad de circunstancias, la prioridad se determinará según la capacidad económica del solicitante.

Modelos de alojamiento completo

Cuando la situación de dependencia es severa y el apoyo social es escaso, existen diferentes alternativas de residencia. Aunque los centros residenciales son la fórmula predominante, existen otros modelos de alojamiento completo que comienzan a desarrollarse en nuestro país y que están obteniendo buenos resultados. Estos modelos son los apartamentos individuales o bipersonales con servicio de apoyo y las unidades de convivencia.

Apartamentos individuales o bipersonales con servicios de apoyo

Los apartamentos individuales son una opción que se ha desarrollado principalmente en zonas urbanas. Los servicios que ofrecen pueden situarse en el mismo edificio o en algún centro gerontológico cercano. Son fundamentalmente servicios de lavandería, restaurante, comidas a domicilio, asistencia doméstica, servicios médicos y de enfermería, actividades de ocio y animación, etc.

Suelen incluir, dentro del complejo urbanístico que conforman, un centro de servicios con restaurante, peluquería, lavandería, gimnasio..., que se ofrecen

a los inquilinos que, voluntariamente, deseen hacer uso de ellos. También se ofrece atención a domicilio, servicios médicos y de enfermería y actividades de ocio para quien desee solicitarlos.

La intensidad y modalidades de los servicios complementarios varían en función del grado de dependencia de sus ocupantes, procurando adaptarse a sus diferentes estados de necesidad. Estos apartamentos y viviendas, que oscilan entre los 30 y 50 m², suelen disponer de teleasistencia o, en su defecto, de un dispositivo de alarma conectado a la conserjería del edificio o al centro de servicios, lo que proporciona seguridad a sus inquilinos, ya que funciona las 24 horas del día.

Unidades de Convivencia

Este tipo de residencia está muy extendido por diferentes países de Europa (Bélgica, Países Bajos, Alemania, Francia, Reino Unido y España) y de Norteamérica. Surgió como crítica al tipo de residencia tradicional y al modelo médico de intervención.

Se caracterizan porque el modo de vida es parecido al de un hogar y el abordaje terapéutico se desarrolla en torno a las actividades de la vida diaria.

Las viviendas se integran en la red local de servicios sociales y sanitarios, de los que reciben atención. Suelen estar atendidas por profesionales con diferentes grados de cualificación, pero con alto grado de implicación en este tipo de proyectos. La atención es de 24 horas al día, todos los días del año y se sustenta sobre el respeto a los derechos y deseos de las personas mayores, aunque ello suponga asumir ciertos riesgos.

Este tipo de viviendas, incluye entre sus destinatarios a las personas que tienen deterioro cognitivo y demencias. Para ellas, la solución de las pequeñas unidades de convivencia se sustenta en el reforzamiento del modo de vida familiar, siendo la comunicación y el contacto emocional el elemento esencial a trabajar, teniendo en cuenta los gustos y las preferencias de las personas atendidas.

Bibliografía

- Guía de Buena Práctica Clínica en Atención Domiciliaria. Francisco Toquero de la Torre y Julio Zarco Rodríguez. Madrid: IMC, 2005.
- Libro Blanco de Atención a personas en situación de dependencia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid, 2005.

- Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales.
- Moreno González A. Las estancias temporales: un recurso asistencial geriátrico al alza. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2010.
- Petersson I, Lilja M, Hammel J, Kottorp A. Impact of home modification services on ability in everyday life for people ageing with disabilities. J Rehabil Med 2008; 40(4):253-60.
- Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.
- Sebastián Herranz M, Valle Gallego I, Vigara Cerrato A. Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de Apoyo para la Autonomía Personal. CEAPAT.
- Silla de ruedas: http://www.ibv.org/es/libreria/catalogo-de-publicaciones/publicacion/show_product/94/86.html.
- Stark S, Landsbaum A, Palmer JL, Somerville EK, Morris JC. Client-centred home modifications improve daily activity performance of older adults. Can J Occup Ther 2009; 76:235-45.

*María Aurora Vilorio Jiménez
Primitivo Ramos Cordero*

Aspectos éticos y deontológicos en las personas mayores

Concepto de bioética

Las personas mayores tienen derecho a una atención sanitaria igual que cualquier otro colectivo de la población, bien sean adultos, jóvenes o niños. Por tanto, los aspectos y problemas bioéticos que se presenten han de recibir la misma consideración que en los restantes colectivos. Constitución Española (1978) y Ley General de Sanidad, art. 10 (1986).

La atención a los ancianos genera problemas éticos con una mayor frecuencia que en la mayoría de los grupos de edad. La bioética se define como “el estudio sistemático de las dimensiones morales, incluyendo la visión moral, decisiones, conductas y políticas de las ciencias de la vida y la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un marco interdisciplinar”.

La ética clínica intenta definir cuáles son las obligaciones de los profesionales con los enfermos. En medicina, en la práctica habitual, las cuestiones éticas parecen estar solo presentes cuando se trata de decisiones difíciles, pero realmente en la práctica médica y en la atención en general a las personas mayores, todas las decisiones contienen una dimensión ética. Prescribir un antibiótico o psicofármaco, ordenar la colocación de un catéter o una sonda de alimentación, establecer hidratación artificial o indicar una restricción física en pacientes agitados, son actos ordinarios y cotidianos, pero, aunque suelen formar parte de las rutinas asistenciales, contienen una gran carga ética en determinadas ocasiones y requieren una profunda reflexión y habilidades en el manejo, teniendo en cuenta qué medidas pueden ser las idóneas o más adecuadas para el paciente.

En la Facultad de Medicina se enseña a diagnosticar, curar, prescribir tratamientos, intervenir, actuar..., pero habitualmente no se enseña que en múltiples ocasiones, y más en el caso de los pacientes ancianos, es fundamental cuidar, aliviar, acompañar, y a veces suspender determinadas medidas o no intervenir con otras.

En las últimas décadas, los principios de la bioética han impregnado las actuaciones médicas y sanitarias en general, adquiriendo un relieve extraordinario, especialmente en algunos colectivos como el de los mayores, ya que a menudo en estos, entran en colisión los modernos procedimientos diagnósticos y terapéuticos con tecnología altamente resolutive, y en ocasiones incluso cruentos, con el declinar vital de las personas que abordan las fases finales de sus vidas, en algunos casos irreversibles, y en los que estos procedimientos poco o nada aportan, prolongando la supervivencia sin calidad alguna de vida y rayando lo que se ha venido denominando el *"encarnizamiento u obstinación terapéutica"*.

Principios de la ética

La bioética se basa en cuatro principios:

- **Beneficencia:** defiende que los pacientes deben ser tratados con el objetivo de lograr su mejor interés. Se trata de buscar siempre el beneficio de la actuación para el anciano.
- **No maleficencia:** se basa en evitar y prevenir en lo posible los perjuicios. Exige que las decisiones diagnóstico-terapéuticas que se tomen con los pacientes respeten el balance riesgo-beneficio y estén avaladas por la evidencia científica.
- **Autonomía:** los ancianos tienen derecho a decidir lo que ellos entienden como sus "intereses" y a participar en las decisiones que les atañen, es decir, se basa en respetar sus decisiones y preferencias.
- **Justicia:** busca el equilibrio cuando existen intereses en conflicto y la gestión de los recursos en función de la eficiencia y la equidad.

Estos son los principios de la ética clásicos, pero la Asociación Europea de Centros de Ética Médica (EACME) ha incluido otros principios, que complementan a los anteriores:

- **Integridad:** derecho del paciente al respeto, como ser humano, en su proyección física, psíquica y moral.
- **Dignidad:** respeto a los diversos aspectos de la condición humana y a los propios valores.
- **Vulnerabilidad:** necesidad de ayuda y cuidados determinados por la enfermedad.

Todos estos principios son consecuencia y están estrechamente relacionados con el desarrollo social, económico, sanitario, moral y espiritual de los pueblos e individuos que los integran; basta observar el principio de autonomía, que hoy es básico en la asistencia sanitaria, mientras que hace dos o tres décadas se llevaba a cabo de forma paternalista por los propios profesionales sanitarios, o por la familia del paciente, sin que este interviniera prácticamente en el mismo.

Hay que tener en cuenta también que los principios bioéticos, importantes para el adecuado cuidado del anciano, no son absolutos y a veces, en función de la situación, necesidad y progresión de la enfermedad, unos pueden entrar en conflicto con otros.

Principios legales

Existen además unos principios legales a tener en cuenta:

- **Capacidad:** aptitud para gestionar y realizar actos que sean decisivos para los intereses de una persona. Nadie puede ser incapacitado sin una sentencia judicial firme, y en virtud de las causas establecidas por la ley. En situaciones de emergencia, se pueden adoptar medidas cautelares de protección personal y patrimonial del anciano.
- **Competencia:** término legal por el que se reconoce que los ancianos tienen la capacidad cognitiva necesaria para ejecutar determinadas acciones legales, como firmar un contrato o hacer testamento.
- **Consentimiento informado:** decisión terapéutica legalmente válida tomada voluntariamente por un paciente con capacidad y basada en la información exhaustiva por un profesional de la salud sobre riesgos, beneficios y opciones alternativas.
- **Directrices anticipadas:** declaración legal que permite a los individuos articular valores y establecer preferencias terapéuticas que deberán ser respetadas en el futuro, si pierden su capacidad para tomar decisiones.

Discriminación al anciano

Discriminación social a los mayores

La sociedad en general, y en ocasiones de forma involuntaria o no intencionada, discrimina a los mayores a menudo, como consecuencia exclusiva de su edad;

denominándose “*ageísmo, etáismo o viejismo*”. Se trata de la discriminación en sus derechos, libertades, procederes sanitarios y reconocimiento social, en razón a su edad. Existen dos formas:

- 1. Discriminación positiva:** trato o actitud excesivamente proteccionista y paternalista, cayendo incluso en el infantilismo, evitando que tome sus propias decisiones y limitando el principio de autonomía decisoria.
- 2. Discriminación negativa:** trato o actitud de indiferencia, abandono, rechazo y culpa.

Actualmente incluso se ha acuñado un nuevo término, la “gerontofobia social”, para definir esta discriminación social hacia los mayores, personas a las que se nominan de varias formas, todas ellas con connotaciones negativas o despectivas, como “viejos”, “yayos”, “abueletes”, etc. Pero además, se han estereotipado y atribuido a la vejez múltiples mitos, de los cuales, no pocos tienen connotaciones discriminatorias negativas, como la actitud inflexible y rígida, la falta de arraigo y solidaridad, la inactividad, la improductividad, la falta de compromiso social y económico, la responsabilidad o culpa de la presión fiscal y de los impuestos, etc.

En definitiva, la sociedad puede discriminar a los mayores cuando incurre en una limitación de determinados derechos y principios, limitando la convivencia intergeneracional, con la falta de paciencia y comprensión hacia ellos, con la existencia de barreras ciudadanas y obstáculos arquitectónicos, con la precariedad de recursos sociales y sanitarios, con la ausencia de estudios de Geriátrica y Gerontología, con la ausencia de investigación, información y denuncia de los abusos y malos tratos, cuando fomenta una imagen negativa y/o un lenguaje sectario frente a estos en los medios de comunicación.

Discriminación sanitaria a los mayores

Igualmente, el sistema sanitario puede discriminar a los mayores, bien sea por defecto, por no molestarle o por dejarle tranquilo, pudiendo llegar a caer en el nihilismo terapéutico, o bien por exceso, cayendo en la sobreprotección e incluso en la obstinación o encarnizamiento terapéutico.

Nos podemos encontrar con las siguientes actitudes:

- 1.** Considerar que los ancianos simplemente “por su edad” inexorablemente han de padecer algunas enfermedades, como las demencias, diabetes mellitus, etc. Es decir, asociar siempre envejecimiento y enfermedad. A pesar de esta creencia, existen claros y múltiples ejemplos de personas que “envejecen con éxito”.

2. Considerar que determinadas enfermedades no precisan tratamiento médico (hipertensión arterial, diabetes mellitus, anemia, etc.) o quirúrgico, ya que simplemente son consecuencia de la edad y su tratamiento no va a modificar la evolución.
3. No prescribir rehabilitación para sus déficits funcionales porque estos no tendrán capacidad de compensar o adaptarse a su invalidez y están abocados al fracaso.
4. Prestar asistencia y vigilancia continua a todos los mayores pese a estar sanos, con una actitud proteccionista.

Además, el propio sistema sanitario no presenta una asistencia geriátrica especializada completamente desarrollada, como ocurre con otras especialidades, como la pediatría. Falta una formación básica en Geriátrica en las propias universidades de carácter obligatorio.

La edad constituye un criterio de exclusión para determinados programas poblacionales de cribado de patologías altamente prevalentes, como el cáncer de mama (hasta los 65 años hasta hace poco, y actualmente hasta los 70 años), o el cáncer colorrectal (hasta los 70 años). Asimismo, en líneas generales, los ancianos no son incluidos en estudios o ensayos clínicos. También, hasta hace poco tiempo algunas exploraciones complementarias, como endoscopias, SPETC, etc., o bien técnicas intervencionistas, como la angioplastia coronaria, fibrinólisis, diálisis, etc., o la utilización de unidades especiales como UCI. La edad en sí misma no es una contraindicación para recibir ciertas medidas terapéuticas, ni debería condicionar las posibles opciones de tratamiento, siempre que existan unas condiciones adecuadas en esa persona y unos potenciales beneficios. Las intervenciones terapéuticas en los mayores han de ser proporcionadas, equilibradas y racionales a la situación basal, clínica y, sobre todo, acordes al consentimiento de estos y de su entorno próximo.

Maltrato y negligencia

- **Maltrato:** conducta destructiva dirigida a un individuo, que ocurre en el contexto de una relación que denota confianza, y reviste suficiente intensidad o frecuencia para producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social y/o financiero. Puede ser frecuente en los mayores por su vulnerabilidad, soledad, falta de información y formación. En especial, en determinadas personas que presentan déficits cognitivos, demencia o trastornos psicoafectivos.

El maltrato puede ocurrir por acción (golpear, atacar con objetos, quemaduras, abusos sexuales), o bien por omisión (falta de atención, socorro, ayuda, cuidados, etc.), puede ser personal, institucional (dotación inadecuada de recursos para la atención a los mayores) o social.

Debemos siempre estar muy atentos a cualquier signo que nos haga sospechar la posibilidad de maltrato. En ocasiones, la intensa sobrecarga que el cuidado del mayor supone puede por desgracia resultar en maltrato por parte de sus cuidadores, situación que precisa de intervención lo antes posible para asegurar el bienestar del anciano, pero también del cuidador con sobrecarga.

- **Negligencia:** deficiencia al proporcionar los alimentos o servicios necesarios en orden a evitar daño físico, angustia o daño mental, por parte del cuidador.

Aunque nos pueda parecer increíble, existen múltiples situaciones que tras ser analizadas podrían ser ejemplos de maltrato al anciano, tales como: el aislamiento social o la ignorancia a los ancianos demenciados no permitiéndoles participar en conversaciones o no contestándoles, no atender a su debido tiempo sus demandas, utilizar un lenguaje y formas poco respetuosas o agresivas al dirigirnos a ellos, la manipulación, el mal uso, abuso y sustracción de sus ingresos o bienes, las amenazas de abandono o las presiones para manejar su voluntad o institucionalizarle, no preservar su intimidad y el pudor en el baño, el aseo, o ante el cambio de absorbente, adoptar comportamientos poco respetuosos ante las disfunciones sexuales, la falta de dedicación de tiempo, no cuidar el aspecto o la negligencia en el cuidado en cuanto a higiene y vestido, no duchar o bañar periódicamente y a temperatura adecuada, no ofrecer líquidos y alimentos suficientes y adecuados, prescindir de las gafas, los audífonos o las prótesis en personas que las necesitan, la falta de cuidados sanitarios (médicos, de enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, psicológicos), las caídas reiterativas que podrían haberse prevenido con una mayor atención, el empleo prematuro de absorbentes por comodidad de los cuidadores, la utilización indiscriminada y no justificada de medicamentos especialmente psicofármacos, la falta de administración de los medicamentos prescritos y los errores reiterativos en las tomas, la utilización de medidas de sujeción mecánica no justificadas, etc.

Es necesario informar y formar sobre del maltrato en los mayores, y todo aquel que tenga conocimiento del mismo ha de comunicar a Servicios Sociales y a la autoridad competente los hechos que provocan la ausencia de un trato correcto.

Toma de decisiones

En los mayores, a menudo asistiremos a conflictos o confrontaciones que van a llevar a una toma de decisiones complejas, en las que debemos deliberar y poner en práctica los principios de la bioética.

Puesto que con cierta frecuencia nos vamos a encontrar con decisiones complejas que precisan de un consenso y reflexión, hay una serie de principios que pueden sernos de gran ayuda para la toma de decisiones:

- **Cuidado apropiado:** es fundamental proveer de los cuidados necesarios respetando siempre la dignidad y esfera privada del anciano, sea capaz o no de tomar decisiones.
- **Cuidado continuado:** adaptado a las necesidades del anciano en cada momento y situación, y en la ubicación que se encuentre: en el domicilio, residencia u hospital. Además debemos transmitir la información necesaria entre los profesionales y cuidadores para asegurar la correcta atención en cada momento y lugar.
- **Colaboración con el entorno social del paciente:** siempre que sea posible y con el consentimiento del anciano, si es consciente y capaz, tener comunicación fluida entre las personas a su cargo (profesionales, cuidadores y familia) para consensuar aspectos de su cuidado y tratamiento.
- **Valoración conjunta:** interdisciplinar, todos los profesionales implicados en el cuidado y tratamiento deben colaborar de forma sistemática en la toma de decisiones.

Puntos importantes en la toma de decisiones

1. La ley reconoce **derechos básicos** para todas las personas, que son el respeto a la dignidad personal y la protección de la integridad física. Las limitaciones en la autonomía personal que aumentan con la edad avanzada, no deberían afectar a estos derechos. Debemos fomentar que el anciano sea capaz de expresar su deseo, que disponga del tiempo suficiente para tomar decisiones importantes y que pueda tomar decisiones sin presiones.
2. **Adecuación de los cuidados** en cuanto a la promoción y prevención de la salud, el tratamiento de procesos agudos cuando sea necesario, cuidados continuados y modificaciones y adecuación según vaya evolucionando la enfermedad y cambiando la situación, rehabilitación para mantener o recuperar la función perdida siempre que sea necesario y cuidados paliativos cuando llegue el momento. Es decir, administrar los cuidados adecuados

dentro en un contínuum en función de las necesidades, situación y fase de la enfermedad.

- 3. Instrucciones previas, directrices anticipadas o testamento vital:** cualquier persona puede redactar instrucciones anticipadas respecto al tratamiento y cuidados que quiere o no quiere recibir, en el caso de que llegue el momento en que no tenga capacidad de decisión. Y mientras pueda decidir, puede actualizar, modificar o cancelar en cualquier momento las directrices o instrucciones.

La Constitución Española, arts.1 y 10, reconoce la libertad, la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad como valor superior de su Ordenamiento Jurídico, la Ley 41/2002, la Ley 3/2005, de 23 de mayo (LCM 2005, 262), y el Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, regulan el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario, creando un Registro adscrito a la Consejería de Sanidad que permitirá que los ciudadanos, en un momento de lucidez, reflexionen y dejen constancia de sus instrucciones previas en lo que se refiere a los límites de su futura atención sanitaria (cuidados, tratamientos y destino de su cuerpo u órganos).

El Documento de Instrucciones Previas se entregará al médico encargado de su asistencia, o persona del equipo sanitario en quien delegue, para incorporarlo a la historia clínica. En los casos de personas incapacitadas, y que no pueden expresar su voluntad, el médico o personas del equipo sanitario en quien delegue, tendrán acceso al Registro de Instrucciones Previas.

- 4. Representante autorizado:** cualquier persona puede nombrar un representante autorizado en cualquier momento previamente, para que, si llega el punto en que no sea capaz de tomar decisiones, esa otra persona pueda dar su opinión o participar en la decisión de medidas a llevar a cabo.
- 5. Principios básicos para la toma de decisiones a lo largo del tiempo:** algunas decisiones en la atención al anciano van a resultar complejas (trastornos del comportamiento, colocación de sondas para nutrición artificial, cuestiones como ubicación futura, consejos a familiares y cuidadores sobre cuidados en domicilio). Todas estas decisiones deberían dirigirse en la medida de lo posible, teniendo en cuenta los deseos y valores del anciano.
- 6. Información al paciente:** el paciente mayor tiene derecho a ser informado por el médico o la persona responsable de su cuidado de cualquier diagnóstico e intervenciones terapéuticas que van a ser llevadas a cabo, para que pueda decidir con plena libertad. Debe proporcionarse la información de forma adecuada, con lenguaje comprensible, adaptada a su situación

y explicando posibles alternativas, junto con los posibles riesgos y beneficios de cada una de ellas. Si el anciano no puede decidir, será la persona de confianza o el tutor legal el que decida en su lugar (especialmente en los ancianos con deterioro cognitivo, cuadros confusionales, inconscientes o con trastornos psiquiátricos que limiten su capacidad de decisión). Igualmente el anciano puede negarse a recibir la información y delegar la misma en sus familiares.

- 7. Consentimiento informado:** expresa la autonomía o el derecho para controlar el destino propio y ejercer la voluntad personal. Para múltiples procedimientos diagnósticos y terapéuticos es necesario el consentimiento del anciano otorgado libremente y después de ser adecuadamente informado y si es capaz de decidir.

La Ley General de Sanidad y la Ley de Autonomía del paciente determinan que el titular del derecho a la información sobre su enfermedad es el propio paciente o el tutor en caso de que esté incapacitado; debiendo por tanto informarle según su capacidad de comprensión, y a sus familiares o allegados si así estos lo autorizan. El grado de información dependerá del nivel que desee o sea capaz de asumir.

Una vez informado de forma precisa y veraz del proceso que padece, las posibles alternativas, los riesgos y beneficios que conllevan, el paciente, su tutor o representante procederán a plasmar su consentimiento por escrito para llevar a cabo las actuaciones médicas pertinentes (diagnósticas, terapéuticas, ensayos clínicos, etc.) o, como es obvio, negarse a llevarlas a cabo si así lo considera.

- 8. Obtención de consentimiento informado en ancianos incapacitados:** si la persona no es capaz de decidir, se debe aclarar si se han redactado previamente directrices anticipadas o si hay una persona que haya sido nombrada representante o si está incapacitado y existe tutor legal. Si la decisión tomada parece ir en contra de los deseos del anciano y existe conflicto o sospecha de otro tipo de intereses contrarios a los deseos del paciente, se debe poner en conocimiento del juez. En caso de ausencia de instrucciones, persona responsable o tutor legal, o si no se puede contactar con ellos en caso de situación grave o urgente que ponga en peligro la vida del paciente, los profesionales deben tomar sus decisiones en función de las opciones, alternativas y adecuación de las medidas. Siempre que sea posible, el entorno sociofamiliar del paciente debe ser incluido en este proceso de toma de decisiones.

- 9. Obtención del consentimiento informado en investigación:** las personas mayores no deben ser excluidas de la investigación clínica, pero deben

asegurarse las mayores condiciones de seguridad, debe estar controlada por un comité de ética y eludirá otros fines que no sea el propio beneficio del paciente y el encarnizamiento terapéutico.

Especial atención merece el consentimiento informado en proyectos de investigación que involucre a ancianos con incapacidad debido a la demencia, debe informarse de forma exhaustiva y ser analizado con los familiares, representantes o tutor legal.

10. Uso de medidas de restricción: el uso de medidas de restricción o limitación de la libertad supone una invasión de los derechos de los pacientes ancianos, y con frecuencia no reduce los riesgos, incluso puede aumentarlos, por lo que deberían reducirse las restricciones físicas a las siguientes situaciones: cuando el comportamiento de la persona supone un verdadero peligro para su salud, seguridad o integridad física o la de terceras personas; cuando no puede evitarse dicha alteración del comportamiento con otras medidas (control del dolor, determinados fármacos...) y han fracasado el resto de opciones terapéuticas. Siempre se debe recoger por escrito el motivo de su uso, comienzo, medidas empleadas, tiempo, reevaluaciones y respuesta.

La sujeción debe ser reevaluada, evitando el uso indefinido y retirar lo más precozmente posible en todos aquellos momentos en los que no se precisen. Los dispositivos que se utilicen deben ser homologados para minimizar el riesgo de accidentes. En el momento que se instauren, deben establecerse medidas de vigilancia y control, así como programar movilizaciones con cierta periodicidad.

11. Institucionalización: obviamente, siempre que sea posible, el entorno ideal para el anciano es su entorno familiar en el domicilio. Con cierta frecuencia, muchos factores (ausencia o sobrecarga del cuidador, necesidad de cuidados profesionales difíciles de proporcionar en el domicilio, complejidad de los tratamientos), impiden la permanencia del anciano en su domicilio y es necesaria la institucionalización. Sobre todo, esto suele ocurrir en el caso de enfermedades neurodegenerativas (demencia, enfermedad de Parkinson), ictus y otras enfermedades avanzadas que requieren cuidados específicos (insuficiencia cardíaca o respiratoria...).

Los mayores, en la medida de lo posible, deben ser informados y conviene que participen en la elección del ingreso en estos centros. Al ingreso, puede ser difícil la adaptación en los primeros días/semanas, ya que supone un cambio en sus costumbres, con horarios y dietas rígidos, con personas desconocidas, en múltiples ocasiones deben aceptar la ayuda de otras personas para sus actividades básicas y se

ve limitada su privacidad. Las personas mayores institucionalizadas tienen derecho a una asistencia integral, digna, con una valoración interdisciplinar de la que se derive un plan de atención individualizado para cada persona.

12. Limitación del esfuerzo terapéutico o encarnizamiento terapéutico: un término ampliamente empleado en los últimos años es el de tratamiento fútil, que es aquella medida que no es útil o eficaz para el objetivo que ha sido diseñado. A veces incluso, es fútil para alcanzar un objetivo, pero útil para otro. En muchos tratamientos no existen estudios amplios en personas mayores, y se valoran en función de los resultados en otras poblaciones más jóvenes y también menos frágiles. En el momento actual, se empieza a dar importancia a “dar vida a los años”, no a “dar años a la vida” (es decir, a primar la calidad, por encima de la cantidad), lo que influye mucho en la toma de decisiones y en tener en cuenta la futilidad o no de un tratamiento.

Hay que tener en cuenta, que llegado el momento, los pacientes ancianos deben beneficiarse de los cuidados paliativos y evitar el encarnizamiento terapéutico (que consiste en medidas excesivas o extraordinarias en situaciones con escasas posibilidades de obtener el resultado esperado o en ancianos en situación terminal y que muchas veces generan efectos secundarios o síntomas que van a provocar mayor perjuicio).

El anciano con demencia

Son uno de los grupos más frágiles y vulnerables de toda la sociedad. Es fundamental tener en cuenta sus derechos y velar por ellos en una situación en que acaban siendo incapaces de entender, poder valorar y tomar decisiones que atañen incluso a las cuestiones más básicas de su vida diaria. Dentro de las cuestiones éticas más importantes a tener en cuenta en los ancianos con demencia, nos encontramos con las siguientes:

1. Información sobre el diagnóstico: cuando un paciente se queja de problemas de memoria, se debe informar del riesgo de que esos problemas pueden ser importantes y que se debe realizar una valoración más exhaustiva con unos test específicos.

Aunque el riesgo de suicidio es pequeño, se debe tener en cuenta. Hay que respetar si el paciente quiere conocer o no el diagnóstico; además hay que tener en cuenta que muchas veces los familiares tienen miedo a la posible reacción ante dicho diagnóstico y tienden a intentar ocultarlo. En pacientes en fases leves de la enfermedad y con conciencia de la misma, hay que

respetar su deseo de recibir la información, asimismo, como una clara negativa a ser informado y el delegar en el familiar o cuidador. La información debe darse de forma apropiada para evitar en la medida de lo posible la ansiedad o sufrimiento.

- 2. Directrices anticipadas o testamento vital:** en las fases precoces de la enfermedad se mantiene la capacidad de toma de importantes decisiones médicas y sociales. Además, decisiones importantes médicas y sociales deben tomarse en las fases iniciales de la enfermedad. El evitar que los pacientes participen en estas decisiones no solo reduce la autonomía del paciente, sino que además se corre el riesgo de ignorar la voluntad del paciente mientras son todavía capaces de tomar decisiones, lo que puede suponer posponer decisiones hasta que se pierda la capacidad.

Durante las fases moderadas y finales de la enfermedad, los pacientes pierden la capacidad para determinar lo que desean. Para respetar al máximo la autonomía del paciente cuando se convierte en incompetente, se podría utilizar la práctica de preguntar a los pacientes en las fases iniciales qué quieren hacer y/o quién tomará las decisiones por ellos cuando no las puedan tomar por sí mismos, para su mayor beneficio. Esto incluye cuestiones como el uso de antibióticos, de sujeciones mecánicas, de alimentación enteral o hidratación artificial.

Los familiares pueden considerar que sus tareas como cuidadores se complican a medida que el curso de la enfermedad empeora. Y muchas veces se angustian ante la toma de decisiones, buscando qué querría su familiar. Si la persona con demencia no ha discutido previamente esto con su familia, puede ser difícil decidir qué hacer.

Mientras el paciente es competente, se debe discutir las directrices anticipadas y animarle a que lo haga con su familia, ya que el hacerlo permite facilitar su futuro, conocer los deseos del paciente y estrechar lazos, reduce la angustia y estrés del cuidador ante la toma de decisiones complejas en fases avanzadas de la enfermedad y permite preservar la autonomía del paciente el mayor tiempo posible.

- 3. Manejo de la demencia:** si existe un diagnóstico de demencia (como sabemos la más frecuente es la enfermedad de Alzheimer), debe iniciarse tratamiento específico para la enfermedad con anticolinesterásicos o memantina, junto con las medidas no farmacológicas necesarias (terapia cognitiva). Además es necesario tratar la comorbilidad del paciente e información/formación al cuidador sobre el diagnóstico, manejo y recursos específicos.

- 4. Incapacidad y tutor legal:** la privación de la capacidad cuando la enfermedad no permite a la persona velar por sus propios intereses debe

hacerse siempre en interés de la persona afectada por la demencia y nunca en interés de terceras personas; lo que se busca es la protección del sujeto, asegurando su cuidado, atención personal y preservación de sus intereses patrimoniales. El proceso de incapacitación es judicial y además existen grados de incapacitación adaptándola a la situación o grado de enfermedad que padezca la persona. Las personas que pueden promover la demanda de incapacitación son: el cónyuge, descendientes, ascendientes, hermanos y el Ministerio Fiscal.

5. Consentimiento informado: mientras sea capaz, debe darlo el propio paciente; sin embargo, según avanza la enfermedad y si no existe tutor legal, debería ser designado un representante en caso de necesitar un consentimiento informado para un determinado procedimiento.

6. Internamiento involuntario: según el Código Civil, artículos 211 y 271.1: “El internamiento de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, aunque esté sometida a tutela, requerirá la previa autorización judicial salvo que razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al juez, y siempre en el plazo de las primeras 24 horas”. Es decir, un internamiento involuntario (tanto en hospital como en Residencia) requiere de la autorización de un juez.

7. Permiso de conducción: los profesionales debemos dejar reflejado en el informe médico la recomendación de no conducir, cuando el deterioro cognitivo que presente el paciente suponga una limitación y, por lo tanto, un peligro para su propia seguridad y la de terceros. Igualmente se debería solicitar la reevaluación de dicha capacidad.

El anciano al final de la vida

Dado que existe otro capítulo en este manual dedicado a este tema, solamente abordar brevemente cuestiones complejas que nos podemos encontrar en esta fase y que pueden generar angustia o sobrecarga en los cuidadores y familiares y deben ser abordadas y consensuadas, con el paciente si fuera posible, y en el caso de aquellos con demencia avanzada o en situación en que no pueden decidir, con la familia. Por supuesto, las decisiones se deben tomar de forma individualizada en función de la situación, pronóstico, deseos y valores del anciano:

- Es importante tener claras cuestiones concernientes a las maniobras de resucitación cardiopulmonar, tratamientos para prolongar la vida (que pueden resultar, según el caso, medidas extraordinarias y agresivas) y la

provisión de cuidados paliativos cuando sea necesario para asegurar el confort de estos pacientes.

- Igualmente son de gran interés las cuestiones relacionadas con la nutrición y la hidratación artificial.
- Otra decisión compleja la constituye el uso de antibióticos cuando existen infecciones de repetición en la fase terminal, y muchas veces el uso de antibióticos en la fase final de la vida solo tiene como objetivo el aliviar síntomas (como fiebre o secreciones).
- Fase de agonía: debe asegurarse el empleo de los tratamientos necesarios para asegurar el control de síntomas y confort en estos pacientes. Los ancianos tienen derecho a una muerte digna, mediante un proceso de agonía controlado y si es preciso ante síntomas refractarios que no puedan ser controlados con otras opciones, emplear la sedación paliativa como medida para asegurar el confort en los últimos días de vida.

Bibliografía

- Alzheimer Europe. Los derechos legales de las personas con demencia. <http://www.alzheimer-europe.org>.
- Aspectos legales y éticos. En: Beers MH, Berkow R, editores. Manual Merck de Geriatria. 2.ª edición. Madrid: Harcourt, 2001; 123-5.
- Clerencia Sierra M, y cols. Aspectos Bioéticos. En: Tratado de Geriatria para Residentes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid: IM&C, 2006; 123-32.
- Guía Práctica del Buen Trato a las Personas Mayores. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid, 2011.
- Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales (IMSERSO) y Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2006.
- Ramos Cordero P y cols. Asistencia emocional y afectiva. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: AG Tecnopublicaciones, 2007; 135-48.
- Ribera Casado JM. Problemas éticos en la atención geriátrica. En Geriatria en Atención Primaria (4.ª Edición). José Manuel Ribera Casado y Alfonso J. Cruz Jentoft. Madrid: Grupo Aula Médica, SL, 2008; 181-9.

- Ribera Casado JM, Gil Gregorio P. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Clínicas Geriátricas XI. Madrid: Editores Médicos, SA, 1995.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Vejez, negligencia, abuso y maltrato. Observatorio de de personas mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 2004.

Primitivo Ramos Cordero

Buenas prácticas en el manejo de residuos sanitarios en la atención de las personas mayores

Introducción

Hoy en día, el manejo correcto de los residuos sanitarios constituye un reto para disminuir los riesgos hacia la salud y al medio ambiente, que podrían producirse mediante una deficiente gestión de los mismos.

Los residuos sanitarios son productos de la actividad sanitaria que se lleva a cabo en organizaciones sanitarias (hospitales, Centros de Salud, etc.), sin embargo, a menudo se olvida que son muchos los dispositivos que llevan a cabo actividad sanitaria dentro de organizaciones no sanitarias (dispositivos de atención sociosanitaria), como las residencias de personas mayores, Centros de Día, laboratorios, instituciones penitenciarias, etc., e incluso en algunos domicilios, en los cuales por la actividad asistencial que se presta a mayores dependientes, encamados, etc., producen residuos asimilables a los sanitarios desde el punto de vista de protección de la salud pública y del medio ambiente.

En los últimos años hubo un uso abusivo de material desechable, tanto en el uso doméstico como sanitario, aumentando considerablemente la cantidad de residuos. Frente a esto, muchos hospitales y centros sanitarios adoptaron como solución la incineración en hornos propios, altamente contaminantes en gases, para los que la Unión Europea está elaborando normas tan estrictas que hacen que las incineradoras de residuos sanitarios deban ser dispositivos especializados difícilmente abordables por un centro sanitario.

Marco normativo, legislativo y conceptual

Existe normativa relativa a los residuos peligrosos europea (Directiva 91/689/CEE), de rango nacional (R.D. 1163/1986 y Ley 10/1998, de Residuos, de 21 de abril) y normativa específica de cada comunidad autónoma. En estas se llega a las siguientes definiciones:

- **Residuos sanitarios:** "todos los residuos, cualquiera que sea su estado, generados en centros sanitarios, incluidos los envases, y residuos de envases que los contengan o los hayan contenido".
- **Residuos biosanitarios:** "residuos sanitarios específicos de la actividad sanitaria propiamente dicha, potencialmente contaminados con sustancias biológicas al haber entrado en contacto con pacientes o líquidos biológicos".
- **Residuos citotóxicos:** "residuos compuestos por restos de medicamentos citotóxicos y todo material que haya estado en contacto con ellos, que presentan riesgos carcinogénicos, mutagénicos o teratogénicos".

Tipos de residuos y contenedores

Los residuos generados por actividades sanitarias se pueden clasificar entre cuatro y siete grupos, dependiendo de la normativa de cada comunidad autónoma (unas aglutinan en un solo grupo, lo que otras comunidades dividen en dos, etc.) (tablas 1 a 3).

- **TIPO I:** residuos sólidos asimilables a urbanos, procedentes de la actividad cotidiana del centro: material administrativo, papel, cartón, residuos de cocina, comida, envases, vidrio, residuos de jardinería, mobiliario, colchones, envases de medicamentos, escombros, etc. No son específicos de la actividad asistencial, por tanto no son tóxicos. No presentan riesgos para la salud ni para el medio ambiente. Recogidas en bolsas negras de galga (grosor) 69.
- **TIPO II:** son residuos biosanitarios no infecciosos (material de curas, gasas, vendas, algodón, compresas, absorbentes, textiles manchados con fluidos corporales, apósitos, guantes, mascarillas, bolsas de orina vacías, sondas, catéteres, contenedores de suero, yesos, residuos de análisis, curas o pequeñas intervenciones quirúrgicas, etc.). Requieren medidas de prevención en su manipulación, ya que son una reserva importante de gérmenes oportunistas que, a través de las manos, pueden llegar a afectar a los restantes pacientes, residentes o personas con las que conviva. Fuera del centro o del domicilio no requieren tratamiento especial y se tratan como residuos sólidos urbanos. La recogida debe efectuarse en bolsas verdes de galga (grosor) 200.
- **TIPO III:** residuos biosanitarios infecciosos, como tubos y bolsas de sangre, pequeños restos anatómicos excepto los dientes, animales de laboratorio, objetos punzantes y cortantes, líquidos corporales (sangre y derivados) en cantidad superior a 100 ml. Estos residuos exigen el cumplimiento de medidas de prevención en la manipulación, recogida, almacenamiento,

transporte, tratamiento y eliminación, por representar riesgos para los trabajadores, para la salud pública o el medio ambiente. Deben seguir procesos de gestión especiales por parte de empresas autorizadas por las comunidades autónomas. El contenedor deberá llevar la identificación de "Biopeligroso". Se almacenarán en contenedores rígidos, amarillos (agujas, jeringas, etc.), o si son de mayor tamaño en almacenes intermedios en cubos negros, de 30-60 litros, con tapa.

- **TIPO IV:** restos humanos procedentes de operaciones quirúrgicas, mutilaciones, abortos y cadáveres. Su gestión depende de la Policía Sanitaria Mortuoria.
- **TIPO V:** residuos químicos de laboratorios: líquidos, aguas y reactivos químicos. Se eliminarán en su envase original.
- **TIPO VI:** residuos citotóxicos, compuestos tóxicos utilizados para tratar el cáncer y todo el material que haya estado en contacto con ellos (guantes, batas, mascarillas). El material contaminado por extravasación y las excretas de pacientes durante al menos las 48 horas tras el tratamiento con citotóxicos. Los contenedores deberán llevar la identificación de citotóxico. Estos dos grupos (V y VI) deben ser gestionados por empresas autorizadas.
- **TIPO VII:** residuos radiactivos de baja y media intensidad procedentes de laboratorios y cirugías especiales. Los gestiona la Empresa Nacional de Residuos Radiactivos.

Lo esencial es tener clara la clasificación, tipo o grupo al que pertenece cada residuo, ya que en función de estos se separarán y depositarán en el recipiente adecuado para cada uno de ellos (bolsas negras, bolsas verdes, depósitos rígidos azul o amarillo). La recogida y manipulación de los residuos sanitarios deberá efectuarse siguiendo los criterios de asepsia e inocuidad. Las bolsas o contenedores no se llenarán más del 80% aproximadamente de su capacidad, con la finalidad de evitar salpicaduras, derrames o sobrepresiones. Una vez llenados, cerrar y trasladar al almacén temporal para su recogida.

- **Residuos grupo I, no peligrosos:** se eliminan en bolsas y no precisan rotulación.
- **Residuos grupo II y III:** se recogerán en bolsas y recipientes cuyas características técnicas se adaptarán a los criterios siguientes: estanqueidad total, opacidad a la vista, resistentes a la rotura, asepsia total en su exterior, ausencia total en su exterior de elementos sólidos, punzantes y cortantes, volumen ≤ 70 litros, cierre hermético de fácil apertura y que no pueda abrirse de forma accidental. No precisan rotulación los del grupo II.

- **Residuos grupo III, sangre y hemoderivados:** la sangre, derivados y secreciones orgánicas se verterán por el desagüe conectado a la red de saneamiento del centro sanitario, residencia o domicilio, no siendo necesaria la desinfección previa de estos residuos, salvo en el caso de los residuos sanitarios líquidos específicos que proceden de infecciones no endémicas en España y los cultivos líquidos de microbiología, que deben tratarse como residuos sanitarios específicos sólidos.

El vertido por el desagüe debe hacerse con especial precaución, evitando las salpicaduras y la formación de aerosoles. Si el recipiente con el líquido biológico es difícil de abrir, no agujerearlo ni forzarlo, eliminarlo como un residuo sanitario específico sólido (grupo III).

- **Residuos sanitarios grupo III cortantes y punzantes:** los residuos cortantes y punzantes han de ser recogidos en recipientes impermeables, rígidos y a prueba de pinchazos, de color amarillo. Una vez llenos los recipientes, se eliminarán como residuos sanitarios específicos. Requieren rotulación.
- **Residuos grupo IV, citostáticos:** se recogerán en contenedores de un solo uso, de polietileno o de poliestireno, de color azul, rígidos, que permitan la incineración completa, y que sean resistentes a los agentes químicos y a los materiales perforantes, y dispondrán de cierre hermético. Se rotularán con "Material Contaminado Químicamente: Citostáticos o Citotóxicos". Los residuos sanitarios especiales (radiactivos, químicos, cadáveres, líquidos de radiografía, etc.) siguen una normativa concreta que los regula. Requieren rotulación.

Transporte y manejo interno

Los residuos sanitarios deben transportarse al almacén de residuos sanitarios con una periodicidad máxima de 12 horas.

Los contenedores o estructuras de soporte y sistemas de transporte han de limpiarse en lugares adecuados con agua a presión y detergentes. Se recomienda que los sistemas de transporte y los contenedores no tengan rincones, para facilitar la limpieza.

Recomendaciones para la seguridad de los trabajadores durante el transporte y manipulación de los residuos en un centro hospitalario o residencial:

- Usar los envases-contenedores apropiados según el tipo de residuo.
- Evitar la rotura de bolsas utilizando bolsas de galga adecuada (≥ 220 mg/cm²).

- No manipular ni vaciar una bolsa dentro de otra, ni comprimirla con las manos o pies.
- No compactar los residuos en su interior y no sobrellenarlos más del 80%.
- No almacenar las bolsas una encima de otra, sino una al lado de la otra en horizontal.
- Está prohibido encapsular las agujas.
- No se debe rebuscar ni manipular el contenido de los contenedores.
- No acercarse las bolsas al cuerpo, a las piernas, o ponerlas en lugares de paso.
- Mantener el contenedor cubierto con la tapa y cerrar herméticamente para su retirada.
- No arrastrar las bolsas por el suelo, sino que se utilizarán los sistemas de transporte.
- En el carro de transporte no se deben comprimir para poder transportar mayor cantidad, ni sobrepasar el nivel que impida el cierre de la tapa.
- Los residuos se manejarán con guantes resistentes a los pinchazos por agujas, vidrios o materiales punzantes. Se utilizará ropa adecuada y exclusiva para este trabajo, y en el momento de acabarlo se ducharán y cambiarán de ropa. Si en la manipulación se producen aerosoles o salpicaduras, utilizar gafas y mascarilla.
- A los trabajadores encargados del manejo de los residuos sanitarios, se les recomienda la vacunación antitetánica y antihepatitis B y A.

Almacenamiento

Los centros dispondrán de zonas de almacenamiento en las plantas para la recogida y acumulación temporal de los envases o contenedores de residuos, a los que se denominan almacenes intermedios. En estos existirán contenedores con tapas, en los que se almacenarán las bolsas de color negro con residuos urbanos (grupo I) y asimilables a urbanos (grupo II), procediendo al cierre de la tapa. Los residuos de los contenedores se evacuarán como mínimo dos veces al día a un depósito general, en el cual no se mantendrán más de 24 horas. Los contenedores se limpiarán y desinfectarán todos los días.

Tabla 1. Grupos o tipos de residuos según normativas de comunidades autónomas

Grupo	Castilla y León	Madrid	Grupo
GRUPO I ASIMILABLES A URBANOS	Cartón, papel y material de oficina. Envoltorios, plásticos. Residuos de cocinas, bares y comedor. Residuos de jardinería. Residuos de talleres. Material voluminoso (muebles, colchones). Residuos de limpieza de habitaciones.	Cartón, papel, metales, vidrio, restos de comida, residuos oficinas, comedores, cafetería, almacenes, salas de espera y similares. Residuos de jardinería, mobiliario y, en general, todos los residuos urbanos o municipales.	GRUPO I RESIDUOS GENERALES
GRUPO II SANITARIOS NO ESPECÍFICOS	Textiles manchados con fluidos corporales no infecciosos. Material de curas: compresas, vendas, algodón, apósitos, yesos... Bolsa de orina vacía, sonda vesical, nasogastrica. Material de recogida de líquido corporal: bolsa de colostomía, vial de medicación vacío.	Material manchado con líquidos biológicos. Material de curas: vendas, gasas, guantes y desechables quirúrgicos. Bolsas de sangre vacía, de orina, colostomía, sondas. Filtros de diálisis, tubuladuras.	GRUPO II BIOSANITARIOS ASIMILABLES A URBANOS
GRUPO III SANITARIOS ESPECIALES	Residuos sanitarios infecciosos. Residuos anatómicos. Residuos de sangre y hemoderivados líquidos. Aguja y material punzante y cortante. Vacunas virus vivos atenuados. Medicamentos desechados. Material de laboratorio microbiológico.	Residuos de enfermedades infecciosas: fiebre hemorrágica, ébola, rabia, muermo, carbunco, encefalitis por artrópodos, difteria, tularemia, viruela, cólera, disenteria, tuberculosis, fiebre Q. Filtros de diálisis de pacientes con hepatitis B, C y VIH. Aguja, bisturí, lancetas, capilares, portaobjetos, cubreobjetos, pipetas y cristal en contacto con productos biológicos. Residuos de análisis microbiológicos, placas de Petri, hemocultivos, vacunas vivas o atenuadas, residuos de animales infecciosos. Líquidos corporales (sangre o derivados), en cantidades > 100 ml. Tejido o parte pequeña del cuerpo, excepto los dientes.	GRUPO III BIOSANITARIOS ESPECIALES
GRUPO IV CITOSTÁTICOS Y SUSTANCIAS QUÍMICAS	Residuos citostáticos. Medicamentos caducados. Pilas botón. Líquido fotográfico, fijador y revelador. Formol. Disolventes no clorados.	Residuos, órganos enteros, huesos y restos óseos, así como restos anatómicos que comprendan hueso o parte de hueso.	GRUPO IV CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS
		Residuos caracterizados como peligrosos por contaminación química.	GRUPO V QUÍMICOS
		Medicamentos citostáticos, así como aquellos otros cuyo manejo inadecuado implique riesgo para la salud del personal manipulador.	GRUPO VI CITOTÓXICOS
		Empresa Nacional de Residuos Radiactivos, S.A. (ENRESA).	GRUPO VII RADIOACTIVOS



Tabla 2. Residuos, tipos y grados de contaminación (según normativa y clasificación de Castilla-La Mancha)

COLORES DE CONTENEDORES		GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	GRUPO IV
Requerimientos de gestión fuera del centro productor mayor según nos desplazemos hacia la derecha					
		GRADO DE CONTAMINACIÓN			
GRUPO I	GRUPO II			PELIGROSOS	
GRUPO III	GRUPO IV	NO PELIGROSOS		ESPECIALES	
No sanitarios, procedentes de actividad auxiliar: oficina, cocina, jardinería, mantenimiento, etc.		Restos orgánicos, papel y cartón, vidrios, envases, etc.		Fluorescentes, tóner, cartuchos de tinta, etc.	
	NO BIOCONTAMINADOS	Residuos biosanitarios asimilables a urbanos (yesos, materiales de un solo uso, vendas sin restos de sangre u otros fluidos corporales de pacientes infecciosos, etc.).		Productos químicos empleados en actividades sanitarias y cuyos residuos se asimilan a residuos industriales (termómetros, disolvente, reactivos químicos, baño de revelar radiografías).	
		Residuo biocontaminado tras tratamiento.		Residuos sanitarios contaminados o biopeligrosos: <ul style="list-style-type: none"> • Material del tratamiento de enfermedades infecciosas. • Residuos anatómicos de poca entidad procedentes de cirugía o anatomía patológica. • Vacunas vivas y atenuadas. • Agujas y material cortante y punzante. 	
SANITARIOS		BIOCONTAMINADOS		Restos anatómicos infecciosos de gran entidad.	
Requerimientos de gestión dentro del propio centro productor mayor según nos desplazemos hacia abajo					
ESPECIFICIDAD					

Tabla 3. Residuos y gestión (según normativa y clasificación de Castilla-La Mancha)

Grupo/tipo	Residuos	Gestión
<p>Tipo I: residuos sanitarios asimilables a residuos municipales; residuos procedentes de actividades auxiliares</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Papel y cartón. • Material de oficina. • Restos de cocinas, bares y comedores. • Materiales desechados de talleres y mantenimiento. • Residuos de actividades de jardinería. • Residuos de pacientes no infecciosos no incluidos en los tipos II y III. 	<ul style="list-style-type: none"> • No requieren exigencias especiales durante la gestión intrahospitalaria, pero sí de cara a la gestión posterior. • Separar correctamente como residuos municipales o residuos peligrosos para su posterior depósito o gestión. • Contenedor azul: papel y cartón. • Contenedor verde: vidrio. • Contenedor amarillo: envases. • Contenedor verde oscuro: orgánica y fracción resto.
<p>Tipo II: residuos sanitarios no específicos; residuos procedentes de la actividad sanitaria directa, pero no infecciosos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Material de curas. • Yesos. • Ropa. • Material de usar y tirar contaminado con sangre, secreciones y/o excreciones. • Residuos biocontaminados después de tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es necesario observar medidas de prevención en la manipulación, la recogida, el almacenamiento y el transporte, pero solo en el ámbito del centro sanitario. • Fuera del mismo se pueden tratar como cualquier residuo asimilable a urbano. • En algunas regiones se recomienda que la recogida del grupo II se lleve a cabo mediante bolsas de polietileno de galga adecuada, nunca inferior a 220 g/cm².
<p>Tipo III: residuos sanitarios específicos de riesgo; residuos biocontaminados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Residuos infecciosos: residuos de pacientes y animales con enfermedades infecciosas (ver Tabla 1. GRUPO III). • Residuos anatómicos: cualquier resto anatómico humano. • Sangre y hemoderivados en forma líquida: recipientes que contengan sangre o hemoderivados, u otros líquidos biológicos. Se trata siempre de líquidos, en ningún caso de materiales cerrados o que hayan absorbido estos líquidos. • Agujas y material punzante y cortante: cualquier objeto punzante o cortante utilizado en la actividad sanitaria, independientemente de su origen (agujas, pipetas, hoja de bisturí, portaobjetos, cubreobjetos, capilares y tubos de vidrio). • Vacunas vivas y atenuadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas de prevención en la manipulación, la recogida, el almacenamiento y el transporte, el tratamiento y la eliminación, tanto dentro como fuera del centro generador. • Presentan riesgo para la salud laboral y pública. • Según normativas específicas, depositar en recipientes rígidos, herméticos y rotulados con la indicación "Residuos de riesgo". Los residuos cortantes y punzantes se recogerán en recipientes rígidos más pequeños, identificados con el letrero "Residuos de riesgo".
<p>Tipo IV: residuos tipificados en normativas singulares</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Residuos citotáticos (RD 665/97). • Restos de sustancias químicas: residuos contaminados con productos químicos con carácter de residuo industrial (pilas, tóner, fluorescentes, termómetros, disolventes, reactivos químicos, baños de revelado de radiografías, medicamentos, etc.). • Medicamentos caducados. • Aceites minerales y sintéticos. • Residuos con metales. • Residuos radiactivos: contaminados con sustancias radiactivas, tratados y recogidos por ENRESA exclusivamente. • Restos anatómicos humanos con entidad: cadáveres y restos humanos con entidad procedentes de abortos u operaciones quirúrgicas (Decreto 2263/1974). 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión sujeta a requerimientos especiales higiénicos y medioambientales dentro y fuera del centro generador. • Recomendado que los residuos citotáticos del grupo IV se depositen en recipientes rígidos de polietileno o poliestireno, de un solo uso y herméticos. • Rotulados indicando: "Material contaminado químicamente. Citotáticos".

Los residuos sanitarios se podrán almacenar durante un periodo máximo de 72 horas, que se puede alargar a 1 semana si dispone de un sistema de refrigeración (temperatura máxima 4 °C).

El almacén o depósito tendrá fácil acceso, estará bien señalizado, ventilado, iluminado y acondicionado para poder limpiarlo y desinfectarlo a diario; con paredes y suelos impermeables, toma de agua y sumidero. No afectará a espacios vecinos, estará protegido (temperaturas elevadas, animales, etc.), deberá poder cerrarse, y tendrá acceso al mismo el personal autorizado.

En caso de no disponer de un sistema de tratamiento propio, las operaciones de carga en los vehículos de transporte se tendrán que realizar con seguridad, limpieza y agilidad. Estas instalaciones tendrán que permitir una fácil limpieza y desinfección.

Eliminación

Fuera de los centros, los residuos del grupo II se tratarán y eliminarán como residuos asimilables a los municipales.

El tratamiento y eliminación de los residuos sanitarios considerados peligrosos (grupos III y VI) deben atender a criterios de inocuidad, asepsia y salubridad con el fin de garantizar la eliminación de los gérmenes patógenos y la protección del medio ambiente.

Los residuos del grupo III se pueden eliminar en hornos de incineración autorizados, fuera de los centros sanitarios. La combustión a alta temperatura (800 °C) destruye los agentes infecciosos, y convierte el residuo biosanitario en un material esterilizado, de menor tamaño.

Pero el riesgo mayor proviene de una incineración inadecuada, por ello muchos países, como medida alternativa a la incineración, utilizan el tratamiento de los residuos mediante la esterilización por vapor caliente a presión, en autoclave, y una vez triturados, se eliminan como residuos urbanos. Otro método es el tratamiento por microondas, aunque es más complejo, puesto que primero hay que humedecer los residuos para que las microondas sean efectivas.

También pueden eliminarse como residuos asimilables a urbanos si previamente han sido tratados incluso los residuos cortantes y punzantes.

La eliminación de residuos citostáticos o citotóxicos se realiza mediante neutralización química o incineración a una temperatura que garantice su destrucción total.

El domicilio como productor de residuos sanitarios

Especial mención requieren los residuos sanitarios domésticos generados de la asistencia domiciliaria en enfermos crónicos, dependientes, encamados, etc. El tipo de intervenciones que se llevan a cabo en los mismos es de menor complejidad; sin embargo, no es menos cierto, que pese a ello, se producen residuos biosanitarios infecciosos, como pequeños restos anatómicos al curar las úlceras por presión, algunos líquidos corporales (sangre y derivados), objetos punzantes y cortantes, gasas, algodón, vacunas, etc.

Algunos de estos mismos residuos, en los centros sanitarios (hospitales, centros de salud) y en las residencias son clasificados como "Biopeligrosos", y son gestionados por empresas autorizadas, ya que requieren unas medidas de prevención en la manipulación, recogida, almacenamiento, transporte, tratamiento y eliminación, por representar riesgos para los trabajadores, para la salud pública y para el medio ambiente.

Hemos de insistir que la única diferencia de estos residuos respecto a otros residuos sanitarios tratables de su misma naturaleza es exclusivamente el lugar de producción (domicilio particular, en lugar de un centro sanitario).

Al no ser objeto de regulación ni de tratamiento específico, los residuos sanitarios domésticos son gestionados como residuos sólidos urbanos ordinarios, con los consiguientes riesgos para la salud pública y el medio ambiente. Otros países de nuestro entorno sí que los contemplan como residuos por el auto-tratamiento (productos de desecho infeccioso, material punzante o cortante, medicamentos, etc.), lo cual demuestra su importancia.

Desde aquí instar a un manejo prudente y cauteloso para evitar efectos adversos y lesiones.

Bibliografía

- Decreto 83/1999, de 3 de junio, de la Comunidad de Madrid.
- Guía de Gestión de Residuos Sanitarios. Comisiones Obreras. Castilla-La Mancha.
- http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_372.
- Ley 5/2003, de Residuos de la Comunidad de Comunidad de Madrid.
- Ley 10/1998, de Residuos, de 21 de abril.

- Martí Solé M.^ªC, Alonso Espadalé RM.^ª NTP 372. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Ramos Cordero P, y cols. Guía de Higiene Integral en Residencias de Personas Mayores. Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. Imprime Novodispres SL, 2004.



Sociedad Española de Geriátría y Gerontología

Con la colaboración de

